

Cadre d'élaboration des guides
de pratique dans le secteur des
services sociaux

Cadre d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux

Février 2015

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

Document rédigé par

**Sylvie Beauchamp, Martin Drapeau,
Carmen Dionne et Jean-Pierre Duplantie**

Avec la collaboration de

**Pierre Dagenais, Jean-Marie Moutquin,
Monique Fournier, Julie Lane et du sous-comité
scientifique sur les guides de pratique dans le secteur
des services sociaux de l'INESSS**

Le présent document a été présenté au Comité scientifique permanent de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) à sa réunion du vendredi 31 octobre 2014.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ce document est accessible en ligne dans la section Publications de notre site Web.

Équipe de projet

Auteur

Sylvie Beauchamp, Ph. D.

Martin Drapeau, Ph. D.

Carmen Dionne, Ph. D.

Jean-Pierre Duplantie, Ph. D.

Collaboration

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

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

Monique Fournier, M. Sc., DEA

Julie Lane, M.A. Ph. D.

Direction

Véronique Déry, M.D., M. Sc.

Recherche d'information scientifique

Lysane St-Amour, M.B.S.I.

Édition

Responsable

Renée Latulippe

Coordination

Patricia Labelle

Révision linguistique

Littera Plus

Traduction

Jocelyne Lauzière

Graphisme

Magali Bérubé

Vérification bibliographique

Denis Santerre

Dépôt Légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

Bibliothèque et Archives Canada, 2015

ISSN 1915-3082 INESSS (imprimé)

ISBN 978-2-550-72190-1 (imprimé)

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF)

ISBN 978-2-550-72191-8 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2015.

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

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Cadre d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux. Document rédigé par Sylvie Beauchamp, Martin Drapeau, Carmen Dionne, Jean-Pierre Duplantie, 2015: 1-81.

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

Siège social

2535, boulevard Laurier,
5^e étage

Québec (Québec) G1V 4M3

Téléphone : 418 643-1339

Courriel : inesss@inesss.qc.ca

Montréal

2021, avenue Union,
bureau 10.083

Montréal (Québec) H3A 2S9

Téléphone : 514 873-2563

Autres contributions

L'Institut tient aussi à remercier les membres du comité sur les guides de pratique dans le secteur des services sociaux, qui ont contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés.

Sous-comité scientifique sur les guides de pratique dans le secteur des services sociaux

Carmen Dionne, Université du Québec à Trois-Rivières
Chantal Caron, Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
Diane Berthelette, Université du Québec à Montréal
Geneviève Cloutier, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
Jean-Marie Moutquin, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
Jean-Pierre Duplantie, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
Julie Lane, Centre de santé et de services sociaux (CSSS) – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS)
Louise Nadeau, Université de Montréal
Martin Drapeau, Université McGill
Pierre Dagenais, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
Sébastien Carrier, Université de Sherbrooke
Sylvie Beauchamp, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Organisations membres du comité sur les guides de pratique dans le secteur des services sociaux

Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec
Association des centres jeunesse du Québec
Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement - CRDITED
Centre de santé et de services sociaux de Bordeaux–Cartierville–Saint-Laurent - Centre affilié universitaire (CAU)
Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale - Centre affilié universitaire (CAU)
Centre de santé et de services sociaux de Sherbrooke - Centre affilié universitaire (CAU)
Centre de services en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire
Centre jeunesse de Québec - Institut universitaire
Institut de réadaptation en déficience physique de Québec - Institut universitaire
Fonds de recherche québécois sur la société et la culture
Ministère de la Santé et des Services sociaux
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
Université de Montréal
Université de Sherbrooke
Université du Québec à Montréal
Université du Québec à Trois-Rivières
Université McGill
Regroupement provincial des comités des usagers

Les auteurs, pour le compte de l'INESSS, tiennent aussi à souligner la contribution des membres de la direction de l'Institut, notamment le Comité scientifique permanent en santé et en services sociaux de l'INESSS qui a approuvé le document.

Déclaration d'intérêts

Aucun conflit à signaler.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Le contenu ne reflète pas forcément les opinions des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

COMITÉ SCIENTIFIQUE PERMANENT EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

Membres

M. Pierre Dostie

- Directeur des clientèles en Dépendances (CSSS et Centre de réadaptation en dépendances), Santé mentale, Enfance, jeunesse et famille, et Santé publique au CSSS de Jonquière
- Chargé de cours en travail social, Université du Québec à Chicoutimi

M. Hubert Doucet

- Consultant en bioéthique
- Professeur associé, Faculté de théologie et de sciences des religions, Université de Montréal

M. Serge Dumont

- Directeur scientifique, CSSS de la Vieille-Capitale
- Directeur du Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé
- Professeur titulaire, École de service social, Université Laval
- Chercheur, Centre de recherche en cancérologie, Hôtel-Dieu de Québec

M^{me} Isabelle Ganache

- Consultante en éthique, Commissaire à la santé et au bien-être
- Professeure adjointe de clinique, Programmes de bioéthique, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal

M. Jude Goulet

- Pharmacien, chef du Département de pharmacie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

M^{me} Marjolaine Landry

- Professeure, Département des sciences infirmières, Centre universitaire de Drummondville, Université du Québec à Trois-Rivières
- Chercheuse, Centre affilié universitaire, Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

M^{me} Claudine Laurier

- Pharmacienne
- Professeure titulaire, Faculté de pharmacie, Université de Montréal

M^{me} Esther Leclerc (présidente)

- Infirmière
- Ex-directrice générale adjointe, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

D^r Michaël Malus

- Médecin de famille,
- Chef du département de médecine familiale et responsable du Centre Réseau Intégré Universitaire (CRIU) Herzl de l'Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis
- Professeur associé, Département de médecine familiale, Université McGill

D^r Maurice St-Laurent

- Gériatre
- Professeur agrégé de clinique, Faculté de médecine, Université Laval

M. Jean Toupin (vice-président)

- Professeur titulaire, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke
- Chercheur, Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Membres citoyens

M. Marc Bélanger

- Psychoéducateur à la retraite
- Professionnel expert de l'intervention des autorités publiques et de l'organisation des services en interdisciplinarité et intersectorialité (santé et services sociaux, justice, éducation) auprès des personnes éprouvant des difficultés d'adaptation psychosociale

M^{me} Jeannine Tellier-Cormier

- Professeure en soins infirmiers à la retraite, Cégep de Trois-Rivières

Membres experts invités

M. Éric A. Latimer

- Économiste et professeur titulaire, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université McGill
- Chercheur, Institut universitaire en santé mentale Douglas

M. Aimé Robert LeBlanc

- Ingénieur, professeur émérite, Institut de génie biomédical, Département de physiologie, Faculté de médecine, Université de Montréal
- Directeur adjoint à la recherche et au développement, Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

D^r Réginald Nadeau

- Cardiologue et chercheur, Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- Professeur émérite, Faculté de médecine, Université de Montréal

D^r Raghu Rajan

- Hématologie et oncologue médical, Centre universitaire de santé McGill
- Professeur associé, Université McGill
- Membre du Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO) et du programme de gestion thérapeutique des médicaments

Membre observateur MSSS

Poste en processus de renouvellement

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	i
RÉSUMÉ	ii
SUMMARY: PRACTICE GUIDELINE DEVELOPMENT FRAMEWORK IN THE SOCIAL CARE SECTOR ...	iv
SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS	vi
GLOSSAIRE	vii
INTRODUCTION	1
Ce qu'est un guide de pratique	2
Ce que n'est pas un guide de pratique	3
Mobilisation des connaissances	4
PHASE 1 DÉCISION DE PRODUIRE UN GUIDE DE PRATIQUE	7
1.1 Besoin et priorité	7
1.1.1 Priorisation des thématiques	8
1.2 Autres stratégies possibles pour réaliser les objectifs.	9
1.3 Étude de la problématique	9
1.3.1 Détermination des aspects à l'étude.	10
1.3.2 Détermination et compréhension des contextes et des milieux d'intervention visés	10
1.3.3 Identification et compréhension des utilisateurs visés	12
1.4 Synthèse	13
1.5 Définition de la question décisionnelle	13
1.6 Objectif général et objectifs spécifiques du guide de pratique	14
1.7 Facteurs facilitant et contraignant l'utilisation du guide.	15
PHASE 2 COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES	17
2.1 Processus général de consultation	17
2.2 Constitution d'un groupe d'experts	17
2.2.1 Sélection des experts	19
2.2.2 Conflits d'intérêts	19
2.3 Définition de la ou des questions de pratique	20
2.4 Repérage et analyse des guides de pratique existants	23
2.4.1 Évaluation de la qualité d'un guide de pratique existant	23
2.4.2 Adoption et adaptation d'un guide de pratique existant	24
2.5 Guide de pratique inédit : types de données	25
2.5.1 Données scientifiques	25
2.5.2 Données contextuelles et expérientielles	31

PHASE 3 ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS	37
3.1 Processus délibératif	37
3.2 Triangulation des données scientifiques, contextuelles et expérientielles	38
3.3 Élaboration initiale des recommandations et appréciation de leur force	39
3.4 Formulation définitive des recommandations	41
PHASE 4 FINALISATION ET IMPLANTATION D'UN GUIDE DE PRATIQUE	45
4.1 Utilisateurs visés dans leur contexte et leur milieu	45
4.2 Formats du guide de pratique et révision	47
4.3 Stratégies d'implantation du guide de pratique	48
4.3.1 Validation de la stratégie d'implantation	50
4.4 Évaluation des retombées du guide de pratique	51
4.5 Veille informationnelle	51
4.6 Mise à jour	51
CONCLUSION	53
ANNEXE A STRATÉGIE DE RECHERCHE D'INFORMATION SCIENTIFIQUE	55
ANNEXE B MATRICE DE RESSOURCES HUMAINES ET BUDGÉTAIRES DES PROJETS DE L'INESSS	63
ANNEXE C PROCESSUS GÉNÉRAL DE CONSULTATION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ ET DE L'INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX	65
ANNEXE D DIAGRAMME EN MATIÈRE DE CONFLIT D'INTÉRÊTS	67
ANNEXE E EXAMEN SYSTÉMATIQUE DES RECHERCHES DU SCIE : LIGNES DIRECTRICES [RUTTER <i>ET AL.</i>, 2010]	69
ANNEXE F BANQUES DE DONNÉES QUÉBÉCOISES SOUVENT CONSULTÉES DANS UN OBJECTIF DE COLLECTE DE DONNÉES CONTEXTUELLES	71
RÉFÉRENCES	73

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Sites d'intérêt répertoriant des guides de pratique	23
Tableau 2	Exemples de certaines techniques de collecte de données contextuelles, leurs avantages et leurs inconvénients*	34
Tableau 3	Triangulation des données contextuelles et expérientielles avec les données scientifiques	39
Tableau 4	Cadre d'analyse de la force des recommandations	41
Tableau 5	Défis et questions liés au processus d'implantation d'un guide de pratique	46
Tableau 6	Types d'obstacles à l'implantation d'un guide de pratique selon Rainbird <i>et al.</i> , 2006	50

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Processus général d'élaboration d'un guide de pratique.	2
Figure 2	Processus général de mobilisation des connaissances dans l'élaboration d'un guide de pratique	5
Figure 3	Cadre d'analyse écologique selon Bronfenbrenner [1979] et son application (encadré) avec la thématique des jeunes placés sous la protection de la LSJPA.	12
Figure 4	Décision de produire un guide de pratique	16
Figure 5	Exemple d'un cadre d'analyse de l'intégration sociale appliqué à de jeunes contrevenants et à leur famille dans une perspective développementale	22
Figure 6	Complémentarité des données scientifiques, contextuelles et expérientielles.	32
Figure 7	Processus de collecte et d'analyse des données servant à élaborer un guide de pratique	36
Figure 8	Processus d'élaboration des recommandations d'un guide de pratique	44
Figure 9	Finalisation et implantation du guide de pratique	52

LISTE DES ENCADRÉS

Encadré 1	Définition de cadre de référence, lignes directrices, normes de pratique et évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (ETMISSS).	3
Encadré 2	Définitions des concepts macro, exo, méso et microsystème selon Bronfenbrenner [1979].	11
Encadré 3	Exemple de recommandations pour le passage à la vie autonome des jeunes*.	43
Encadré 4	Stratégies d'implantation selon la taxonomie EPOC	48

PRÉFACE

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 aider à réaliser ces objectifs.

Les guides de pratique de qualité sont l'expression d'une volonté collective de favoriser, au meilleur des connaissances, la santé et le bien-être de nos populations. Cependant, les méthodologies d'élaboration des guides de pratique pour le secteur des services sociaux sont encore peu développées. Pour combler cette lacune, l'INESSS a créé un comité sur les guides de pratique dans le secteur des services sociaux. Son mandat général était de prendre connaissance de la littérature scientifique et des guides de pratique existants dans le secteur pour proposer des orientations relativement à leur élaboration et leur utilisation. Ce comité est formé de représentants d'associations 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'universitaires ainsi que d'usagers.

Les travaux du comité ont conduit à une première édition d'un guide publié par l'INESSS en 2012 et intitulé : *Vers l'élaboration d'un guide de pratique dans le secteur des services sociaux – Position du Comité sur les guides de pratique dans le secteur des services sociaux de l'INESSS*. La présente version élaborée de concert avec le comité et son sous-comité scientifique est une mise à jour de la publication de 2012. Pour répondre davantage aux besoins du milieu, elle clarifie les zones grises de la littérature méthodologique, se veut davantage didactique et illustrée par des exemples concrets. Le présent cadre d'élaboration s'arrime aux guides méthodologiques de l'INESSS auxquels il fait référence.

L'INESSS tient à remercier les membres du comité sur les guides de pratique en services sociaux de leur contribution riche et soutenue tout au long des travaux.

Luc Boileau,
président-directeur général par intérim

RÉSUMÉ

Le présent cadre d'élaboration est le fruit de la consultation d'acteurs clés, notamment les membres du comité sur les guides de pratique dans le secteur des services sociaux. La méthode proposée est structurée en quatre phases interdépendantes, soit : 1) la décision de produire un guide, 2) la collecte et l'analyse des données de divers types, 3) l'élaboration des recommandations, et 4) la finalisation et l'implantation d'un guide de pratique sur le terrain.

La première phase vise essentiellement à prendre la décision de produire, ou non, un guide de pratique. Le décideur, en interaction avec certaines parties prenantes, devra poser les jalons suivants pour collecter l'information qui guidera son choix :

- Déterminer les besoins associés à une situation problématique.
- Prioriser une thématique qui pourra faire l'objet d'un guide de pratique.
- Convenir que l'élaboration d'un guide de pratique est le meilleur moyen pour répondre à un besoin, de préférence à une autre stratégie.
- Repérer les guides de pratique existants en vue de leur évaluation.
- Étudier la problématique.
 - Déterminer les aspects à considérer pour satisfaire ses besoins.
 - Analyser les milieux et le contexte d'intervention.
 - Évaluer l'applicabilité du guide de pratique auprès des utilisateurs visés.
 - Vérifier la disponibilité de données scientifiques.
- Poser la question décisionnelle (PICOTS).
- Formuler l'objectif général et les objectifs particuliers du guide de pratique.
- Reconnaître les facteurs facilitant et contraignant l'utilisation éventuelle du guide de pratique
- Décider de produire, ou non, un guide de pratique.

La deuxième phase a pour objet la collecte et l'analyse des différentes formes de données. Cette tâche est généralement confiée à un producteur de guide de pratique reconnu pour son expertise dans le domaine. Celui-ci devra réaliser les tâches suivantes :

- Établir un processus général de consultation.
 - Constituer un groupe d'experts.
 - Gérer les situations de conflit d'intérêts.
- Définir la ou les questions de pratique.
 - Appuyer la question de pratique sur un cadre d'analyse.
 - Déterminer les finalités de la pratique et les indicateurs de résultats ou de résultats intermédiaires mesurables.
- Mesurer, analyser et évaluer la qualité des guides de pratique existants en vue d'une adaptation ou d'une adoption.
- Colliger les données scientifiques d'un guide de pratique inédit :
 - Interroger les banques de données pertinentes.
 - Repérer les études scientifiques relatives à la question de pratique.
 - Analyser les études retenues au moyen d'une revue systématique.

- Évaluer la qualité des études retenues au moyen de grilles et du repérage des biais.
- Déterminer les effets d'une pratique par la synthèse des résultats.
- Colliger et analyser les données contextuelles et expérientielles.

La troisième phase consiste à élaborer les recommandations du guide de pratique. Un groupe d'experts est alors mis à contribution. Ces derniers analyseront les différentes données en adoptant un processus délibératif, processus qui doit être transparent. Un procès-verbal des rencontres sera rédigé et mis à la disposition du public. Les opinions divergentes devront être consignées sous forme de rapport minoritaire et les décisions prises devront être justifiées. L'objectif de la délibération est de formuler les recommandations en réalisant les travaux suivants :

- Délibérer quant aux avantages et aux risques liés à une pratique.
 - Trianguler les données scientifiques avec les données contextuelles et expérientielles.
- Élaborer les recommandations initiales et apprécier leur force.
- Formuler les recommandations définitives.

La phase 4 vise à finaliser et à implanter le guide de pratique sur le terrain. Au cours de cette phase, la contribution d'un spécialiste en transfert des connaissances est souhaitable. Les tâches suivantes devront alors être réalisées :

- Raffiner la compréhension des utilisateurs visés à propos de leur contexte et de leur milieu respectifs.
- Déterminer et justifier les différents formats que prendra le guide de pratique.
- Choisir différentes stratégies d'implantation et valider ce choix auprès d'utilisateurs visés.
- Évaluer périodiquement les retombées du guide de pratique.
- Établir la date de péremption du guide de pratique.

Les guides de pratique sont donc une construction commune qui implique la participation de diverses parties prenantes et d'experts dans un objectif annoncé de mobilisation des connaissances. Ces guides font partie des outils permettant d'améliorer la pratique. Leur élaboration est, notamment, conditionnelle à la disponibilité des données scientifiques et elle impose une méthode rigoureuse quant à leur collecte, leur analyse et leur synthèse. Ces données scientifiques doivent être triangulées avec les données contextuelles et expérientielles afin d'évaluer les avantages et les risques dérivés des recommandations. Enfin, l'application du présent cadre d'élaboration devra être faite en toute transparence et être consignée dans une perspective d'amélioration continue de la méthode proposée. Un processus structuré de mobilisation des connaissances devra être instauré en amont afin de favoriser l'utilisation du guide de pratique par les utilisateurs visés dans leur propre contexte et leur milieu d'intervention particulier.

SUMMARY PRACTICE GUIDELINE DEVELOPMENT FRAMEWORK IN THE SOCIAL CARE SECTOR

This development framework is the product of a consultation of key actors, especially the members of the Social Care Practice Guideline Committee. The proposed method is structured into four interdependent steps: (1) decide to produce guidelines; (2) collect and analyze various types of data; (3) develop recommendations; (4) finalize and implement the practice guideline in the field.

The first step basically involves deciding whether or not to produce a practice guideline. The decision maker, interacting with selected stakeholders, must do the following groundwork to collect the information that will guide this decision:

- Determine the needs associated with a problem situation.
- Identify a priority topic that could be covered by the practice guideline.
- Agree that developing a practice guideline is the best means to respond to a need, in preference to another strategy.
- Identify existing practice guidelines in order to assess them.
- Study the problem situation:
 - Determine the aspects to consider to meet the identified needs.
 - Analyze the settings and the intervention context.
 - Assess the applicability of the practice guideline to the target users.
 - Determine the availability of scientific evidence.
- Formulate the decision question (PICOTS).
- Formulate the general objective and the specific objectives of the practice guideline.
- Recognize the enablers and barriers concerning the potential use of the practice guideline.
- Decide whether or not to produce a practice guideline.

The second step is aimed at collecting and analyzing different types of data. This task is generally entrusted to a practice guideline producer with recognized expertise in the field. The producer must perform the following tasks:

- Establish a general consultation process.
 - Form an expert panel.
 - Manage conflict-of-interest situations.
- Define the practice question(s).
 - Support the practice question with an analytical framework.
 - Determine the aims of the practice and the measurable final or intermediate outcome indicators.
- Measure, analyze and assess the quality of existing practice guidelines for the purpose of adapting them or adopting them.
- Collect scientific evidence from an unpublished practice guideline:
 - Query the relevant databases.
 - Identify scientific studies related to the practice question.
 - Analyze the selected studies by means of a systematic review.
 - Assess the quality of the selected studies by means of checklists and bias identification.
 - Determine the effects of a practice by synthesizing the results.
- Collect and analyze contextual and experiential data.

The third step consists in developing the recommendations in the practice guideline. An expert panel is now involved in the process. The experts will analyze the different data by adopting a deliberative process, which must be transparent. Summaries of the meetings will be drafted and made public. Diverging opinions must be documented in a minority report and the decisions made must be justified. The objective of the deliberation is to formulate recommendations by performing the following tasks:

- Deliberate on the benefits and risks of a given practice.
 - Triangulate the scientific evidence with the contextual and experiential evidence.
- Develop initial recommendations and assess their strength.
- Formulate the definitive recommendations.

The fourth step is meant to finalize and implement the practice guideline in the field. During this step, it is advisable to involve a knowledge transfer specialist. The following tasks must be performed:

- Refine the understanding of the target users, their contexts and settings.
- Determine and justify the different formats that the practice guideline will take.
- Select different implementation strategies and validate the choice with the target users.
- Periodically assess the effects of the practice guideline.
- Establish the expiry date of the practice guideline.

Practice guidelines are therefore a joint production involving the participation of various stakeholders and experts with the declared objective of mobilizing knowledge. These guidelines are part of the tools for improving practices. Their development is contingent upon the availability of scientific evidence, in particular, and requires a rigorous methodology applied to collecting, analyzing and synthesizing the evidence. The scientific evidence must be triangulated with the contextual and experiential evidence in order to assess the benefits and risks derived from the recommendations. Finally, this development framework must be applied with the utmost transparency and must be documented from the perspective of the continuous improvement of the proposed method. A structured knowledge mobilization process must be initiated upstream to encourage the target users to apply the practice guidelines in their particular contexts and intervention settings.

SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

AERDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
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
ETMISSS	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux
FQCRDITED	Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
GIN	Guidelines International Network
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
HAS	Haute Autorité de Santé (France)
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IOM	Institute of Medicine
IRDPPQ	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
LSJPA	<i>Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents</i>
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
OTSTCFQ	Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
OPQ	Ordre des psychologues du Québec
OQLF	Office québécois de la langue française
SCIE	Social Care Institute for Excellence
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
WHO	World Health Organisation

GLOSSAIRE

Base de données bibliographiques

Source indexée de références bibliographiques, informatisée ou imprimée, décrivant des documents tels que des articles de revues et des rapports scientifiques.

Efficacité pratique

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

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.

Efficience

Capacité d'obtenir le bénéfice maximal possible compte tenu des ressources disponibles.

Essai clinique

Étude expérimentale rigoureuse et supervisée, incluant des sujets humains, et visant à évaluer les résultats d'une ou de plusieurs interventions.

Essai clinique randomisé

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

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

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

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

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

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

Partie prenante

Personnes ou groupes qui sont potentiellement ou effectivement concernés par l'élaboration d'un guide de pratique [Piérart *et al.*, 2012].

Recherche de synthèse

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

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

approche de synthèse des données scientifiques qui sert à repérer, à évaluer et à synthétiser les preuves scientifiques qui permettront de répondre à une question de recherche spécifique de façon systématique et explicite [INESSS, 2013a].

Validité externe

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

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.

Sauf exception, 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

L'INESSS a publié en 2012 un guide intitulé : *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*. Ce document présentait l'énoncé de principes pouvant guider les diverses parties prenantes dans leur décision d'élaborer un guide de pratique. Selon les partenaires de l'INESSS, ce guide méthodologique a été bien accueilli et employé dans le milieu. Cependant, après utilisation, certains constats ont été dressés. Les partenaires ont exprimé le besoin que les méthodes proposées soient à la portée des professionnels scientifiques du réseau, qu'elles soient d'illustrées par des exemples concrets et que certaines façons de faire soient précisées. Le besoin de tenir compte des pratiques innovantes du milieu a aussi été soulevé. C'est pourquoi le document a été révisé afin qu'il réponde encore davantage à ces besoins.

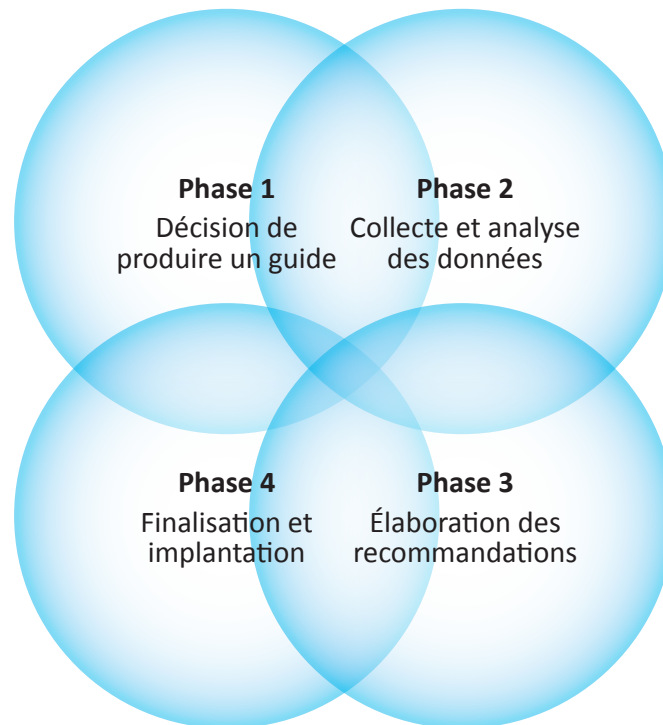
Le cadre d'élaboration invite à la prudence, car il nécessite une réflexion à toutes les étapes pour être appliqué avec rigueur et cohérence. Il s'adresse à certaines parties prenantes habilitées à prendre part à la décision de produire un guide (le « décideur »), à colliger les diverses données constitutives des recommandations qui en découlent (les « producteurs ») et à en favoriser l'utilisation (les « utilisateurs¹ »).

Comme pour la version précédente de l'ouvrage, l'INESSS a consulté des acteurs clés, notamment les membres du comité sur les guides de pratique dans le secteur des services sociaux. Cette consultation a été menée au cours des deux dernières années. La présente version est également bonifiée par une mise à jour de la littérature. La stratégie de recherche d'information scientifique est présentée à l'**annexe A**. Le lecteur pourra consulter la version originale de 2012 à l'adresse Internet suivante : inesss.qc.ca. La démarche méthodologique y est présentée en détail et elle ne sera donc pas répétée dans la présente version.

Le processus d'élaboration d'un guide de pratique est structuré dans le présent document en quatre phases interdépendantes, à savoir : **1) la décision de produire un guide ; 2) la collecte et l'analyse des données de divers types ; 3) l'élaboration des recommandations ; et 4) la finalisation et l'implantation d'un guide de pratique sur le terrain**. Ces phases ont été bonifiées afin de préciser certains éléments méthodologiques et de préparer davantage la **mobilisation des connaissances** nécessaire à la production et à l'implantation du guide de pratique sur le terrain. Chacune des phases est constituée d'étapes et de concepts ou d'approches clés qui y sont liées. Dans le cas précis des étapes critiques, un résumé de celles-ci, mettant en lumière les principales actions, est présenté au terme de la section qui les concerne. La **figure 1** présente le processus général d'élaboration d'un guide de pratique.

1. Ainsi nommés dans l'ensemble du texte.

FIGURE 1
Processus général d'élaboration d'un guide de pratique



Ce qu'est un guide de pratique

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*), qui s'est étendu ensuite à d'autres domaines d'intervention dont celui des services sociaux (*evidence-based practice*) [Pilling, 2008]. Ce mouvement a été amorcé par une culture de prise de décision fondée sur des données scientifiques [Gray *et al.*, 2009; Oxman *et al.*, 2009; Gambrill, 2003; WHO, 2003].

Une analyse des définitions tirées des guides de pratique a permis de dégager différentes finalités associées aux utilisateurs cibles, aux méthodes d'élaboration ainsi qu'aux objectifs poursuivis [Hollon *et al.*, 2014; WHO, 2012; Rosen et Proctor, 2003; APA, 2002; Field et Lohr, 1990]. Les travaux du comité sur les guides de pratique dans le secteur des services sociaux de l'INESSS ont permis d'élaborer une conception de ces guides appuyée sur la littérature consultée et qui rend compte de la démarche globale d'élaboration d'un guide de pratique. Ainsi, un guide de pratique est conceptualisé ici de la façon suivante :

Recommandations élaborées de façon systématique et transparente, par et pour les parties prenantes d'une intervention en services sociaux. Ces recommandations sont fondées sur les meilleures données scientifiques disponibles et appuyées sur des données contextuelles ainsi que sur le savoir d'experts, notamment les chercheurs, les gestionnaires, les intervenants, les usagers et leurs proches. Elles sont présentées dans un format clair et concis, pour soutenir la prise de décision et orienter la pratique des parties prenantes. [INESSS, 2012]

En trame de fond, les guides de pratique proposent une démarche professionnelle en reconnaissant l'autonomie et la spécificité de chaque partie prenante, réduisant ainsi la discrimination [NICE, 2008; Pilling, 2008; Rosen *et al.*, 2003]. Ils mettent de l'avant des enjeux et des principes tels que le respect de l'autonomie, la bienfaisance, la justice distributive et peuvent ainsi réduire la discrimination [NICE, 2008; Pilling, 2008; Rosen *et al.*, 2003]. Ils sont présentés de façon claire et concise pour en faciliter l'utilisation [Graham *et al.*, 2006].

Ce que n'est pas un guide de pratique

Au Québec, divers types de documents traitant de la pratique d'intervention existent sous différents libellés. Ces documents doivent être distingués du guide de pratique. Les définitions de cadre de référence, de lignes directrices, de normes de pratique et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (ETMISS) sont présentées à l'**encadré 1**.

ENCADRÉ 1

Définition de cadre de référence, lignes directrices, normes de pratique et évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (ETMISS)

Cadre de référence : Orientations élaborées pour ou par les parties prenantes d'un champ d'intervention ou d'un secteur d'activité. Elles énoncent un ensemble de principes généraux qui sous-tendent un champ d'intervention, comme les buts à atteindre en fonction de considérations d'ordre éthique, économique, légal, politique ou social.

Note : Un cadre de référence n'est pas directif, mais il pourrait servir d'énoncé de principes préliminaire à un plan d'action ou à un document normatif².

Lignes directrices : Prescriptions élaborées par une autorité légitime à l'intention des parties prenantes d'une intervention particulière. Ces prescriptions sont fondées sur des référentiels comme des règlements, des textes de loi ou des données scientifiques robustes. Elles déterminent la ligne de conduite à adopter ou la façon de procéder au cours d'une intervention. Elles peuvent aussi conseiller sur les façons possibles de se conformer à une loi ou à un règlement. Elles sont généralement consignées dans un document produit par une autorité qui a une responsabilité totale ou partielle à l'égard de l'intervention.

Note : Si une ligne directrice peut découler d'une loi ou d'un règlement, elle n'a toutefois pas force de loi².

Normes de pratique : Consignes ou critères établis par une autorité et imposés aux parties prenantes concernées par une intervention particulière. Elles dictent une ligne de conduite en fixant les caractéristiques d'une intervention ou d'un processus, fournissant ainsi une certaine garantie de sécurité, de performance et de qualité dans un contexte prédéfini. Elles sont généralement inscrites dans un document produit par une autorité légitime, telle une organisation d'agrément.

Note : Le manquement à une norme de pratique peut conduire à une sanction¹.

ETMISS : Document destiné à soutenir la décision d'introduction, de remboursement, d'optimisation ou de retrait de l'utilisation d'une technologie, d'un médicament ou d'une intervention en santé ou en services sociaux [INESSS, 2013b].

Note : Le document peut être inédit ou être une mise en contexte d'une revue systématique ou d'une autre ETMISS déjà produite.

Bien que tous ces types de documents visent à recommander une pratique, leur finalité et leur portée diffèrent. Les lignes directrices et les normes de pratique s'imposent par leur caractère directif et réglementaire. Elles sont généralement rédigées par une autorité ayant un certain droit de regard sur l'intervention. Pour leur part, les guides de pratique, comme les cadres de référence, ne sont ni directifs ni imposés. Cependant, les interventions visées par les cadres de référence sont de l'ordre des principes généraux, tandis que les guides de pratique visent à soutenir le jugement professionnel à l'occasion d'interventions particulières.

2. Définition élaborée par le comité sur les guides de pratique dans le secteur des services sociaux de l'INESSS.

Mobilisation des connaissances

Un guide de pratique est en quelque sorte une synthèse critique de divers types de données afin 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 pour améliorer la qualité des services. Cependant, bon nombre d'entre eux sont peu utilisés après leur diffusion [Grol, 2001]. C'est pourquoi, avant même de commencer le processus d'élaboration d'un guide de pratique, il faut penser à en favoriser l'utilisation sur le terrain.

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 [AETMIS, 2011; 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. Dans une revue de la littérature sur ce thème, Ward et ses collaborateurs [2009] ont repéré 63 de ces modèles ou cadres théoriques. Le présent document ne les décrit toutefois pas. Le lecteur qui s'intéresse à cette question peut consulter diverses études de synthèse réalisées par des chercheurs québécois [Fournier, 2012; AETMIS, 2011; Gervais et Chagnon, 2010; Lemire *et al.*, 2009; Landry *et al.*, 2008].

*La mobilisation des connaissances a pour but de répondre aux besoins des milieux concernés dans l'utilisation efficiente des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux. Elle consiste à **rassembler, échanger, concilier et disséminer** des connaissances provenant de sources et d'acteurs différents en vue d'une action concertée [INESSS, 2013c].*

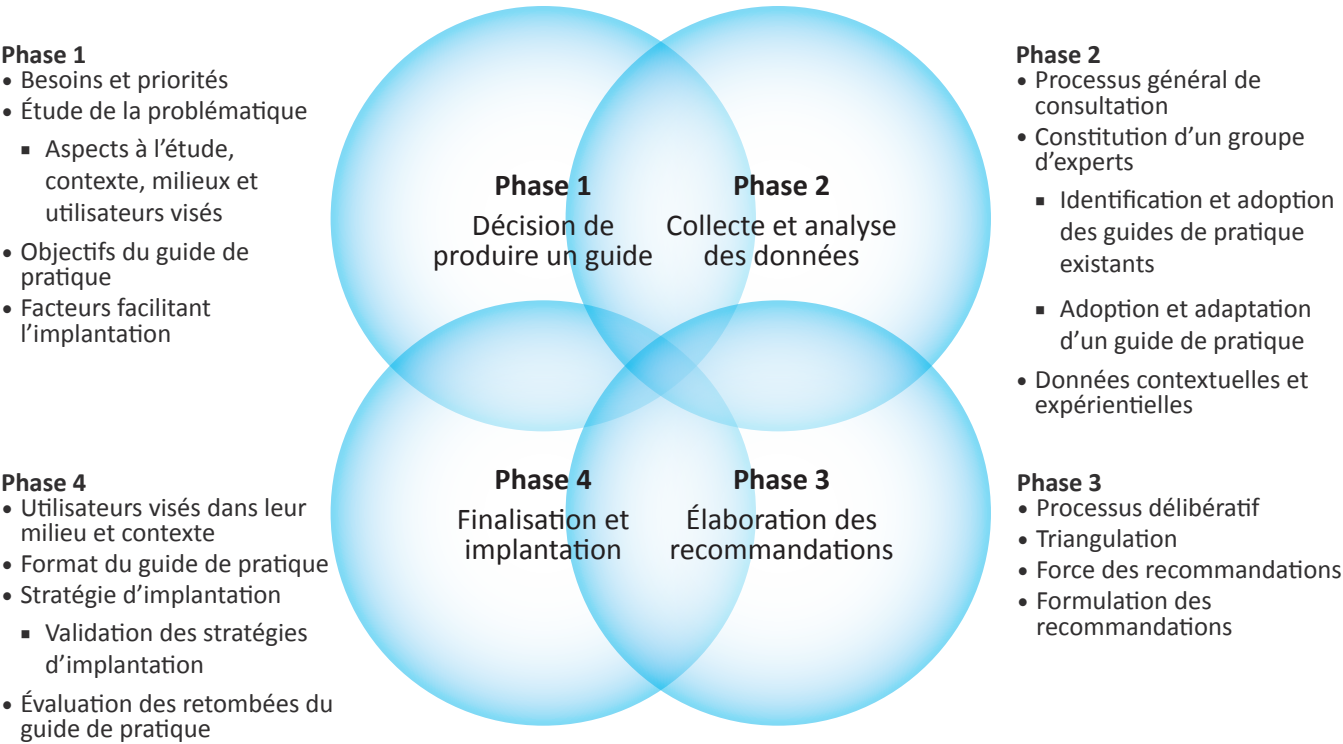
Le modèle proposé dans le présent document se veut dynamique et multidirectionnel pour favoriser la **mobilisation des connaissances**. Il implique l'apport constant de diverses parties prenantes de l'environnement dans lequel sera implanté le guide de pratique [Ward *et al.*, 2009]. Il favorise les **échanges continus de connaissances**, c'est-à-dire un **effort coopératif** qui implique des interactions entre les parties prenantes, et ce, à chacune des étapes de l'élaboration d'un guide de pratique. Ultimement, cette coproduction des connaissances conduira à leur appropriation par les utilisateurs visés [Fournier, 2012].

La mobilisation des connaissances fait donc référence à des activités interactives entre diverses parties prenantes pendant l'ensemble du processus d'élaboration d'un guide de pratique, de la décision de le produire à sa production et à sa diffusion. Elle peut être assimilée à la notion d'échange de connaissances définie comme : « [...] un effort coopératif des chercheurs et des décideurs visant à résoudre des problèmes grâce à des activités de transfert et d'échange. Un bon échange de connaissances implique des interactions entre chercheurs et décideurs et amène chaque partie à développer ses connaissances dans le cadre de la planification, de la production, de la diffusion et de l'application de la recherche (nouvelle ou existante) à la prise de décision³ ». La mobilisation des connaissances se distingue de la diffusion ou du transfert des connaissances qui se réalisent en fin de processus par des activités comme des publications ou des conférences [Trocmé *et al.*, 2009].

3. Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS). *Glossaire des termes dans le domaine du transfert et de l'échange de connaissances* [site Web]. Disponible à : <http://www.fcass-cfhi.ca/publicationsandresources/resourcesandtools/GlossaryKnowledgeExchange.aspx>.

La **figure 2** présente le processus général de mobilisation des connaissances sous-jacent au cadre d'élaboration des guides de pratique. Pour chacune des quatre phases, les étapes critiques des échanges de connaissances sont mentionnées.

FIGURE 2
Processus général de mobilisation des connaissances dans l'élaboration d'un guide de pratique



PHASE 1

DÉCISION DE PRODUIRE UN GUIDE DE PRATIQUE

La phase 1 a pour objet la décision de produire ou non un guide de pratique. Il s'agit généralement d'un travail d'équipe. Même si la décision revient généralement à un décideur, les **échanges avec certaines parties prenantes** permettent de recueillir l'information nécessaire pour guider son choix. Ces parties prenantes peuvent 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 soutien d'un expert en contenu ou en transfert des connaissances peut aussi être nécessaire.

Au terme de cette première phase, le décideur devrait considérer les éléments suivants en vue de l'élaboration d'un guide de pratique :

1. *Le **besoin** qui doit être comblé **en priorité** est reconnu.*
2. *La **meilleure stratégie possible** pour réaliser les objectifs est un guide de pratique.*
3. *L'**étude de la problématique** tient compte des aspects à étudier, du contexte, des milieux d'intervention et de tous les utilisateurs visés.*
4. *La **synthèse** de l'information prépare la question à l'étude et les objectifs du guide de pratique.*
5. *La **question décisionnelle** est clairement formulée.*
6. *L'**objectif** du guide de pratique est établi.*
7. *Les facteurs qui facilitent et ceux qui entravent l'**utilisation ultérieure** du guide de pratique sont connus, applicables ou surmontables.*

Cette phase du processus d'élaboration d'un guide de pratique ne peut être prise à la légère. Elle impose une réflexion à chacune de ses étapes. Le décideur aurait avantage à **s'associer à différentes parties prenantes** pour le soutenir dans la collecte et l'analyse de l'information préalable à la décision de produire un guide de pratique. Il devra suivre ces étapes en séquence pour mieux soutenir ou documenter sa prise de décision. Cependant, il peut aussi décider en cours de processus que l'élaboration d'un guide de pratique n'est pas la solution pour répondre à ses besoins et choisir une autre option mieux adaptée. L'ensemble de cette phase est illustré à la **figure 4**, p. 16.

1.1 Besoin et priorité

Le **besoin** de produire un guide de pratique peut prendre plusieurs formes et être déclenché par différentes situations ou divers contextes. Une situation peut être de nature **professionnelle, légale, économique, organisationnelle, sociale, éthique, politique ou de nature multiple** (voir la figure 4, page 30). La décision peut aussi être engendrée 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 la modification d'une loi ou les contraintes économiques découlant de la hausse marquée d'une problématique sociale. Les besoins perçus des parties prenantes, comme ceux liés à leurs **croyances et à leurs valeurs**, doivent aussi être considérés.

Le besoin peut également émerger de la pratique, 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 être complexe ou se complexifier et ainsi nécessiter l'acquisition de nouvelles compétences ou connaissances. Elle peut également devenir désuète compte tenu des nouvelles connaissances issues de la recherche, de données probantes qui proposent, par exemple, une nouvelle pratique davantage sécuritaire, efficace ou efficiente. Le besoin peut donc émerger de diverses parties prenantes de la pratique : les usagers et leurs proches, les intervenants, les gestionnaires, les planificateurs ou les chercheurs associés. Cependant, **le besoin ne peut aller à l'encontre des valeurs et de l'éthique des intervenants, des usagers et de leurs proches**, car ils seront les premiers concernés lors de l'implantation du guide de pratique.

1.1.1 Priorisation des thématiques

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. Pour ce faire, le décideur doit d'abord établir les ressources disponibles pour élaborer un guide et juger de ses moyens pour réaliser son projet. L'**annexe B** présente une matrice de ressources humaines et budgétaires associée aux projets de l'INESSS, qui peut guider les décideurs sur le plan financier.

Lorsque les ressources financières sont disponibles, les thématiques abordées (p. ex. soutien au logement des personnes en perte d'autonomie, intégration sociale des jeunes en difficulté) doivent alors faire l'objet d'un classement des **priorités**. Certains auteurs ou organismes proposent différents critères afin de prioriser les thématiques des guides de pratique [NICE, 2008; SIGN, 2008; Ketola *et al.*, 2007; APA, 2005; APA, 2002; NZGG, 2001; Battista et Hodge, 1995].

Par exemple, le New Zealand Guidelines Group (NZGG) priorise les thématiques des guides de pratique en santé selon les critères suivants :

- Le problème est important, il touche un grand nombre de personnes et les taux de morbidité ou de mortalité sont élevés (**le fardeau du problème**).
- Le problème est suffisamment complexe pour susciter un débat au sujet des recommandations.
- Il existe des preuves d'écarts entre la pratique actuelle et la pratique appropriée.
- Il n'existe pas de guides de pratique valides ou pertinents sur le sujet.
- 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, elle 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 [NZGG, 2001].

Par ailleurs, 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, ils suggèrent le cadre suivant d'établissement des priorités, lequel pourrait être applicable au secteur social :

- Avant de déterminer les thématiques d'un guide de pratique, les producteurs doivent considérer la consultation des membres de leur organisation respective, des utilisateurs visés et des autres parties prenantes.
- La participation de représentants des patients (usagers et leurs proches⁴) 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, de la probabilité que le guide contribuera à l'amélioration de la santé, du coût pour le système de santé et sur le plan des données.
- 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).

4. Les termes usagers et leurs proches ont été ajoutés par les auteurs du présent cadre.

Le choix d'une thématique se fonde sur des **considérations objectives** dont celles portant sur le **fardeau du problème** et sa prévalence, la **complexité** des interventions, les **variations dans la pratique**, les **ressources et les données scientifiques disponibles** [NICE, 2008; SIGN, 2008; Ketola *et al.*, 2007; NZGG, 2001; Battista et Hodge, 1995]. Cependant, ce choix impose aussi de prendre en considération des **aspects subjectifs** tels que l'expérience, les **valeurs**, les **connaissances** et les **croyances** des milieux et des parties prenantes [SIGN, 2008; NZGG, 2001].

Le choix d'une thématique se fonde tant sur des données objectives que subjectives comme l'expérience, les valeurs, les connaissances et les croyances des milieux et des parties prenantes.

La détermination du besoin et la priorisation des thématiques ne sont qu'un premier pas pouvant mener à la décision de produire un guide de pratique. Toutefois, d'autres avenues peuvent s'avérer plus utiles pour répondre à un besoin. Ce n'est qu'après avoir complété l'ensemble de la phase 1 (voir la figure 4, page 30) que le décideur pourra conclure sur l'élaboration d'un guide de pratique.

Au terme de cette étape, le décideur aura reconnu les besoins associés à une situation qui pose un problème et qui doit être évaluée. Il sera en mesure de prioriser une thématique qui pourra faire l'objet d'un guide de pratique.

1.2 Autres stratégies possibles pour réaliser les objectifs

Le décideur doit aussi convenir que la production d'un guide de pratique constitue la stratégie la plus efficiente dans le contexte actuel ou à venir. Pour répondre à la question décisionnelle (voir la section 1.5), il doit considérer d'autres avenues possibles telles que les revues systématiques, les évaluations de technologies ou de modes d'intervention (ETMI), les audits, la formation ponctuelle ou continue ou encore des stratégies de communication, de gestion, voire la réglementation (voir la figure 4). Chacune de ces stratégies vise des objectifs particuliers, et chacune a sa raison d'être et son utilité.

Si l'élaboration d'un guide de pratique s'avère la meilleure stratégie possible, le décideur doit alors 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, il doit considérer son adoption ou son adaptation au contexte d'intervention plutôt que la production d'un nouveau guide (voir phase 2).

Au terme de cette étape d'examen des diverses stratégies, le décideur (avec son équipe) aura convenu que l'élaboration d'un guide de pratique est, ou n'est pas, la meilleure stratégie pour répondre à un besoin. S'il décide de produire un guide de pratique, il devra aussi s'assurer de repérer les guides existants, en vue de leur évaluation.

1.3 Étude de la problématique

L'étude de la problématique est également nécessaire avant de prendre la décision d'élaborer un guide de pratique. Elle sert essentiellement à répondre aux questions suivantes : 1) Quels aspects devront être traités ? 2) Dans quels contextes et milieux le guide devra-t-il être intégré ? et 3) Quels sont les utilisateurs visés ? Au cours de cette étape, le décideur doit généralement consulter des parties prenantes habilitées à répondre à ces questions pour soutenir sa décision.

1.3.1 Détermination des aspects à l'étude

Un guide de pratique traite généralement d'aspects à évaluer pour répondre à un besoin d'intervention. Ces aspects touchent habituellement **l'efficacité, l'efficience** ou la **sécurité**⁵ d'une intervention ainsi que des questions **organisationnelles, éthiques** ou **légal**es et **juridiques**. Par exemple, une thématique portant sur l'intégration sociale des jeunes placés en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA)⁶ pourrait avoir été priorisée. L'aspect à l'étude servira à déterminer sous quel angle cette thématique sera abordée.

*Dans l'exemple d'un guide de pratique portant sur des jeunes placés en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA), l'analyse des aspects à l'étude pourra conduire à la question suivante: quelles sont les approches psychosociales **efficaces, légales ou juridiques** et **sécuritaires** pour favoriser l'intégration sociale de ces jeunes ?*

Par ailleurs, les guides de pratique requièrent suffisamment de **données scientifiques** de diverses formes pour permettre de formuler des recommandations. Le décideur doit donc s'assurer de leur présence, sans qu'il soit nécessaire à cette étape d'en faire l'évaluation.

*À cette étape, une connaissance sommaire de la **disponibilité des données scientifiques** s'avère fondamentale dans la décision d'élaborer un guide de pratique.*

1.3.2 Détermination et compréhension des contextes et des milieux d'intervention visés

Avant de décider d'élaborer un guide de pratique, il faut connaître son contexte d'utilisation. Le **contexte** se comprend comme un ensemble de circonstances dans lesquelles s'insère un fait ou un événement, par exemple une intervention. Il peut être défini comme l'ensemble des aspects directement significatifs d'une situation, (p. ex. **l'organisation** et **l'accessibilité** des services, les **valeurs** et les **croyances** des groupes ciblés) dans un environnement élargi (p. ex. les **coûts** pour le système de santé, la **formation** des intervenants, les **disparités culturelles** des groupes ciblés, les zones grises dans les **lois** et les **règlements** en vigueur) (adapté de : Huberman et Miles [1991], p. 161). Le contexte intègre aussi la **conjoncture économique**, les **politiques** institutionnelles ou ministérielles et les **ententes** interministérielles, et ce, au moment présent ou dans une perspective à long terme. Les données contextuelles peuvent 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.

Le contexte intègre aussi les **milieux d'intervention** [Bate, 2014]. L'analyse des milieux peut renseigner sur **l'état de santé et de bien-être** des usagers et de leurs proches et sur ce qui est fait en guise d'intervention. Elle peut fournir de l'information sur les mesures **d'efficacité de la pratique courante** et les **conditions d'application** de celle-ci (gravité du problème et des problèmes concomitants, intensité et fréquence des interventions, etc.). Cette information s'avère fort utile puisqu'elle peut rendre compte tant des pratiques désuètes que de celles habituellement appliquées et éprouvées scientifiquement. Elle peut ainsi contenir des données de comparaison avec des pratiques dont l'efficacité est considérée comme prometteuse ou éprouvée selon les données issues de la littérature scientifique. Elle renseigne aussi sur le **besoin**, la **volonté** et la **capacité de changement** en matière de pratique (p. ex. financière) et, par conséquent, sur le **potentiel d'utilisation des guides de pratique**. Cependant, cette information peut 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'élaboration d'un guide de pratique ne pourrait donc pas satisfaire son besoin. L'action sur les politiques de gestion serait davantage appropriée.

⁵ Les concepts d'efficacité, d'efficience et de sécurité sont définis au glossaire.

⁶ P. 21 (ajout) Gouvernement du Canada. Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (L.C. 2002, ch. 1). Disponible à : <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/Y-1.5/>.

*Les guides de pratique peuvent viser divers **milieux** d'intervention. Ils peuvent porter sur une intervention pratiquée à l'échelle nationale, régionale ou locale. Ils peuvent s'adresser à un regroupement de milieux qui partagent ou non la même mission ou un milieu d'intervention particulier tel qu'un organisme communautaire ou un établissement.*

Une **grille de lecture** peut être utile pour structurer la collecte et l'analyse des données contextuelles. Par exemple, le modèle de l'écologie humaine et sociale permet de dresser un tableau-synthèse de l'environnement. L'environnement est défini par l'ensemble de ses composantes qui renvoient aux concepts de **micro-, méso-, exo- et macro-système** reconnus particulièrement en sciences sociales et en santé publique [Bronfenbrenner, 1979]. L'encadré 2 propose des définitions de ces concepts.

À cette étape du processus, la collecte et l'analyse des données doivent demeurer sommaires. Ces données visent essentiellement à fournir un tableau descriptif des contextes et des milieux d'intervention afin de soutenir la décision de produire un guide de pratique et de préparer la mobilisation des connaissances conséquente. Par ailleurs, l'analyse des données contextuelles sera raffinée à la phase 2.

ENCADRÉ 2

Définitions des concepts macro, exo, méso et microsystème selon Bronfenbrenner [1979]

Macrosystème : Normes et règles des structures institutionnelles (formelles et informelles) qui régissent les libertés d'action dans un environnement : « les institutions qui soutiennent la culture ou la sous-culture, telles que les systèmes économiques, sociaux, éducatifs, juridiques et politiques dont les micro, méso, et exosystèmes sont la manifestation concrète. » Bronfenbrenner [1979] ne limite pas les propriétés du macrosystème à sa dimension structurelle. Il l'étend aux dimensions d'un véhicule d'information et d'idéologies qui fournissent un sens aux divers systèmes en présence, à leurs rôles, à leurs activités et à leurs interrelations.

Exosystème : Systèmes d'aménagement qui n'impliquent pas la présence de l'intervention, mais qui l'influencent. L'exosystème est une extension du mésosystème embrassant les structures sociales concrètes, formelles et informelles, qui enferment ou empiètent sur les milieux immédiats et, par conséquent, y exercent une influence ou même déterminent ou délimitent ce qui se passe. Ces structures englobent, entre autres, le monde du travail, le voisinage, les « mass-médias », les administrations gouvernementales (locales, provinciales et nationales), la distribution des biens et des services, les facilités de communication et de transport, et les réseaux sociaux officiels.

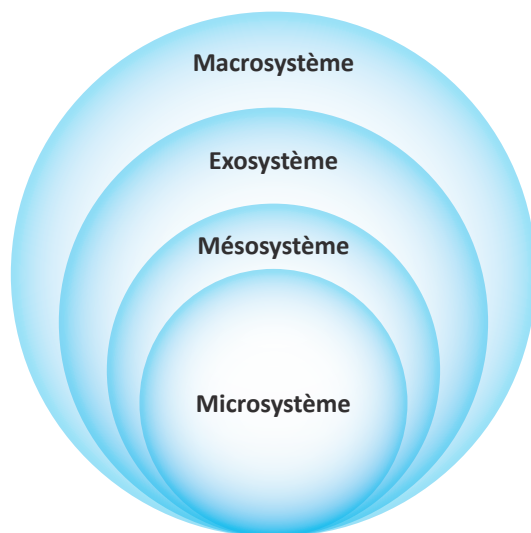
Mésosystème : Interrelations entre les milieux essentiels concernés par l'intervention à un moment précis. [...] le mésosystème est le système des microsystèmes. Par exemple, le mésosystème peut comprendre les interrelations entre l'hôpital, le centre de réadaptation, la famille, etc.

Microsystème : Patron d'activités, de rôles et de relations interpersonnelles expérimentés dans des lieux donnés et pour un laps de temps défini. C'est le milieu immédiat de l'intervention. Le terme crucial de cette définition est l'expérience qui ne se limite pas aux propriétés objectives du milieu, mais qui s'étend aux perceptions subjectives des utilisateurs (p. ex. : usagers et leurs proches, intervenants).

Si l'une de ces composantes est déstabilisée par certaines circonstances comme une récession économique, la prévalence accrue d'une problématique sociale ou l'introduction d'une innovation, l'environnement en ressentira les effets. D'autres cadres d'analyse peuvent aussi être appliqués (voir Shlonsky et Mildon [2014] pour des exemples). Une application de ce cadre d'analyse écologique à l'exemple des jeunes placés en vertu de la LSJPA est présentée à la page suivante (figure 3).

FIGURE 3

Cadre d'analyse écologique selon Bronfenbrenner [1979] et son application (encadré) avec la thématique des jeunes placés sous la protection de la LSJPA



Source : Bronfenbrenner, 1979.

Macrosystème : Charte canadienne des droits et libertés, Charte des droits et libertés de la personne, LSJPA, Loi sur la protection de la jeunesse, etc.

Exosystème : Les systèmes sociaux suivants : administrations gouvernementales (locales, provinciales et nationales), ordres professionnels, le monde du travail, le voisinage, etc.

Mésosystème : Interrelations entre les milieux d'intervention, la famille, les pairs, etc.

Microsystème : Activités, valeurs, préférences à l'école, dans la famille, au centre jeunesse, avec les pairs et les intervenants, etc.

1.3.3 Identification et compréhension des utilisateurs visés

L'analyse du milieu ne se limite 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 évoluent des **utilisateurs** animés par des connaissances, des expériences, des habitudes professionnelles, des valeurs et des croyances en fonction desquelles le guide doit être ajusté. Ces utilisateurs peuvent se situer à différents niveaux décisionnels, dont celui des **intervenants**, des **bénévoles**, des **enseignants**, des **parents**, des **usagers** et de leurs **proches**, des **gestionnaires** ou des **planificateurs** (voir la figure 4, page 30). Cette analyse du milieu peut aussi porter sur des représentations, par exemple celles de la relation entre le gestionnaire, l'intervenant et l'utilisateur ainsi que leurs expériences de vie, leurs conditions de vie et de travail, leurs préférences, leurs valeurs et leurs attentes. Les données contextuelles sont fondamentales, car elles constituent **les bases d'une intervention sociale et se veulent à la fois globales et ontologiques, soit centrées sur l'environnement et l'utilisateur**. Ainsi, le processus d'analyse de la problématique exige non seulement de préciser le contexte et les milieux auxquels s'adressent les guides de pratique, mais aussi de bien connaître les divers utilisateurs. Les interactions avec les parties prenantes sont particulièrement nécessaires à cette étape.

Poursuivons avec l'exemple des jeunes placés en vertu de la LSJPA. Les jeunes, les parents, les tuteurs et les intervenants pourraient être les premiers utilisateurs de l'intervention. Si l'intervention visée va à l'encontre de faits objectifs (p. ex. description de tâches, compétences et expériences, disponibilité) ou des valeurs et des croyances (acceptabilité, crédibilité d'une intervention), elle sera inapplicable. Le décideur devra alors proposer des solutions pour surmonter les obstacles associés à l'application ou convenir d'un milieu d'intervention plus approprié.

Au terme de cette étape relative à la détermination des contextes, des milieux d'intervention et des utilisateurs, le décideur aura analysé la situation problématique, déterminé les aspects à considérer pour satisfaire ses besoins et déterminé les milieux et le contexte d'intervention. Il se sera aussi assuré de la disponibilité de données scientifiques au cœur de l'élaboration du guide et de l'applicabilité du guide de pratique auprès des utilisateurs visés. Dès lors, il pourra être en mesure de décider de produire, ou non, un guide de pratique.

1.4 Synthèse

Lorsque l'information a été colligée, il est utile que le producteur en fasse une synthèse afin de préparer la question à l'étude et de préciser les objectifs du guide de pratique. En concertation avec les parties prenantes, le décideur reconnaît un besoin qu'il est nécessaire de satisfaire, et de façon prioritaire (p. ex. l'intégration sociale des jeunes placés en vertu de la LSJPA). Il détermine les aspects à l'étude (p. ex. efficacité, légalité et sécurité), les milieux d'intervention (p. ex. familial et centre jeunesse) et il s'assure de l'applicabilité du guide de pratique auprès des utilisateurs visés (p. ex. jeunes, parents, intervenants, syndicats, gestionnaires).

1.5 Définition de la question décisionnelle

Le décideur doit traduire la problématique en question décisionnelle, et ce, en fonction des enjeux qu'il a déterminés. La *question décisionnelle* doit préciser clairement les éléments reconnus afin de circonscrire la portée du produit attendu. Les éléments **PICOTS**⁷ [IOM, 2011b] sont une formule recommandée parmi d'autres lorsqu'il s'agit d'élaborer un guide de pratique inédit. L'élaboration d'un guide de pratique est tributaire de ces éléments PICOTS. Le décideur doit les rédiger en considérant la date butoir du dépôt du guide de pratique. La réalisation d'une formule PICOTS trop large, c'est-à-dire qui inclut un vaste spectre d'éléments (p. ex. toutes les populations, tous les diagnostics, toutes les interventions) prend nécessairement plus de temps que si elle était circonscrite. Un exercice de précision des éléments du PICOTS s'impose parfois pour que le guide respecte les échéanciers de production, répondant ainsi aux besoins décisionnels. Par ailleurs, le décideur doit anticiper les répercussions attendues de l'utilisation du guide, notamment sur l'organisation des services ainsi que sur les ressources humaines et financières (revoir l'**annexe B**).

7. La formule PPOH (**p**opulations, **i**ntervention, **p**rofessionnel, **r**ésultats, **m**ilieu (*health care setting*)) peut aussi être utilisée lorsqu'il s'agit d'adapter un guide existant [ADAPTE Collaboration, 2009]. La formule PPOH a d'abord été développée dans une perspective d'adaptation (voir la section 2.4 *Repérage et analyse des guides de pratique existants*, p. 23) des guides de pratique existants afin de définir les questions cliniques et les stratégies de recherche de guides de pratique pertinents [ADAPTE Collaboration, 2009].

Les éléments PICOTS

- P** Les **populations** à qui s'adresse l'intervention: les **usagers** ainsi que leurs caractéristiques comme un problème, le groupe d'âge et le genre (p. ex. les jeunes contrevenants) ainsi que les **intervenants** (p. ex. travailleurs sociaux).
- I** L'**intervention** sur laquelle portera le guide de pratique (p. ex. la médiation familiale).
- C** Le **comparateur**, s'il y a lieu. Le comparateur est l'intervention qui sera comparée à celle sur laquelle portera le guide de pratique (p. ex. intervention actuelle).
- O** Les **résultats** attendus (outcomes) de l'intervention (p. ex. accès aux services, à l'emploi, aux loisirs).
- T** Le **moment** (timing) de la mesure des effets d'une intervention (à 6 mois, 12 mois, 36 mois, etc.).
- S** Le **milieu** (setting) dans lequel se déroulera l'intervention (p. ex. le domicile, le centre jeunesse) [INESSS, 2013a; IOM, 2011b].

Au terme de cette étape relative à la question décisionnelle, le décideur aura formulé les éléments PICOTS afin de circonscrire la portée du produit attendu en fonction de ses besoins décisionnels, des échéanciers de production et des ressources humaines et financières disponibles.

1.6 Objectif général et objectifs spécifiques du guide de pratique

Si la question décisionnelle inspire le processus d'évaluation subséquent, les **objectifs** du guide de pratique préparent son utilisation et tracent la voie à son implantation (**voir phase 3**). Rappelons que les guides de pratique sont formulés comme des recommandations dont l'objectif est de soutenir les intervenants dans leur pratique. Le guide ne peut **en aucun cas servir comme source de normes de pratique ou de lignes directrices** (voir section *Ce que n'est pas un guide de pratique* p. 3). Ainsi, un guide de pratique suggère une façon de faire tout en laissant **place au jugement professionnel** ou personnel. Son **objectif général** ne peut être directif. Il doit plutôt viser à proposer, guider, aider et soutenir la prise de décision par les intervenants, et ce, idéalement avec la collaboration des usagers et de leurs proches.

Contrairement à une ETMI qui établit des constats ou formule des recommandations quant à l'introduction, au remboursement, à l'optimisation ou au retrait d'une technologie ou d'un mode d'intervention, un guide de pratique propose des recommandations pour guider une pratique éprouvée.

Cependant, l'**objectif général** n'indique pas la portée du guide de pratique. C'est pourquoi le décideur (avec son équipe) doit convenir des objectifs spécifiques eu égard aux utilisateurs visés par les recommandations. Les **objectifs spécifiques** sont généralement formulés à l'aide de verbes d'action comme : décrire, distinguer, évaluer ou choisir. Ils annoncent le contenu du guide de pratique. Dans une perspective de reddition de comptes, les objectifs spécifiques énoncés doivent toujours être **mesurables** afin que les résultats escomptés puissent être ultérieurement évalués.

Dans l'exemple des interventions auprès des jeunes placés en vertu de la LSJPA, le décideur peut convenir que l'objectif général du guide sera de soutenir les intervenants dans leur pratique de la médiation familiale. Plus précisément, le guide pourrait viser à former les intervenants concernant les principes de la médiation, à circonscrire des conditions d'applicabilité de la pratique, à fournir des indicateurs de la réalisation des objectifs ainsi que des outils d'évaluation.

Au terme de cette étape, le décideur (avec son équipe) aura formulé l'objectif général et les objectifs spécifiques du guide de pratique. Il se sera assuré que ces objectifs sont accessibles et mesurables en vue de l'implantation du guide.

1.7 Facteurs facilitant et contraignant l'utilisation du guide

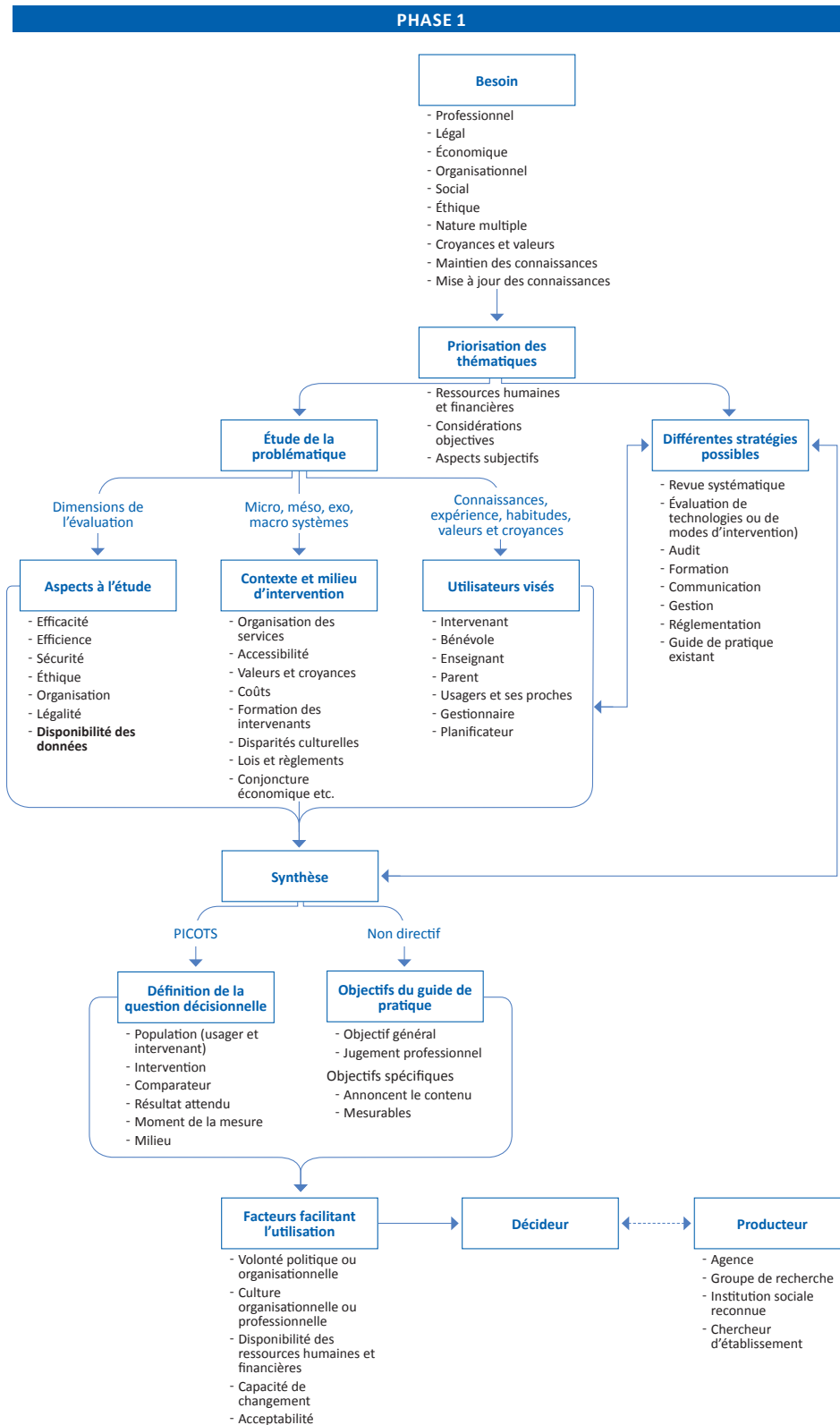
Un guide de pratique nécessite temps et argent, mais plusieurs de ces guides ne sont pas utilisés après leur diffusion [Grol, 2001]. C'est la raison pour laquelle le décideur doit s'assurer de posséder tous les atouts pour en favoriser l'utilisation. D'emblée, prendre la décision de concevoir un guide de pratique implique la planification de toutes les étapes du processus. 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 diffèrent selon le contexte et le guide de pratique envisagé. Ils peuvent être de diverses natures, par exemple **la volonté politique ou organisationnelle, la culture organisationnelle ou professionnelle, la disponibilité des ressources humaines et financières, la capacité de changement, l'acceptabilité**, etc. [Davies *et al.*, 2010; Graham *et al.*, 2006; Davis *et al.*, 2004; Graham *et al.*, 2003; Curry, 2000].

Les facteurs suivants sont à considérer pour faciliter l'implantation d'un guide de pratique: 1) prévoir une stratégie d'implantation dès la prise de décision d'élaborer un guide; 2) prévoir la participation de toutes les parties prenantes, qui est nécessaire à l'adoption du guide; 3) tenir compte des caractéristiques du milieu; 4) obtenir l'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 [INESSS, 2012].

Il existe différentes méthodes pour préciser les facteurs qui facilitent ou qui contraignent l'utilisation d'un guide de pratique. La consultation des parties prenantes est généralement l'une de ces méthodes. Il est cependant préférable de formaliser ces consultations au moyen de techniques comme les entrevues individuelles ou de groupe ou bien des questionnaires. Cette formalisation permet de structurer la consultation et d'orienter l'analyse des facteurs facilitant ou contraignant l'utilisation du guide de pratique. Ainsi, le décideur peut dès lors entreprendre des interventions (formation, aménagement du temps de travail, ressources matérielles additionnelles, etc.) pour surmonter les contraintes et bonifier les facteurs facilitant. **L'engagement des parties prenantes** dans le choix de ces interventions est fondamental quant à la mobilisation des connaissances pour la future implantation du guide de pratique [Grimshaw *et al.*, 2012].

Au terme de cette phase, le décideur est prêt à faire la demande à un producteur pour qu'il élabore un guide de pratique, même s'il peut se charger lui-même de le produire. Ce producteur peut être une agence, un groupe de recherche ou toute organisation sociale reconnue. Il peut aussi s'agir d'une personne seule néanmoins soutenue par une équipe, par exemple un chercheur.

FIGURE 4
 Décision de produire un guide de pratique



PHASE 2

COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES

La phase 2 a pour objet la collecte et l'analyse des différentes formes de données en vue d'élaborer les recommandations. Au cours de cette phase, le décideur et le producteur (et leur équipe respective) entrent en interaction de façon plus formelle, mais ils peuvent avoir commencé leurs échanges à la phase 1. Le producteur est celui à qui le décideur reconnaît l'expertise nécessaire pour élaborer le guide. Une fois la demande acceptée, le producteur et le décideur doivent continuer à interagir tout au long du processus de production du guide de pratique. En gardant le contact, ils s'assurent que les travaux répondent au besoin initial et ils peuvent s'entraider pour la collecte des données à venir. Un retour à la phase 1 permet alors de favoriser la cohérence et la pertinence du processus de collecte et d'analyse des données et de préciser, au besoin, certains des éléments ou des dimensions abordés à la phase 1.

Au terme de la phase 2, le producteur devrait avoir réalisé les étapes suivantes :

1. *Le processus général de consultation est établi.*
2. *Un groupe d'experts est constitué.*
3. *La question de pratique est définie.*
4. *Les guides de pratique existants, s'il y a lieu, sont sélectionnés et évalués.*
5. *Les données scientifiques sont colligées et analysées et leur qualité est évaluée.*
6. *Les données contextuelles et expérientielles sont collectées et analysées.*

Le présent chapitre décrit chacune de ces étapes séquentielles qui nécessitent la coopération de différents experts pour la collecte, l'analyse et la synthèse des divers types de données. L'ensemble de cette phase est présenté à la **figure 7**, p. 36.

2.1 Processus général de consultation

Un guide de pratique est constitué de recommandations visant à soutenir le jugement professionnel. Pour ce faire, des organismes producteurs de guides de pratique ont établi des processus généraux de consultation conduisant à l'élaboration des recommandations. À titre d'exemple, l'**annexe C** présente les processus de consultation de trois organismes producteurs de guides de pratique, à savoir : l'Institut National d'excellence en santé et en services Sociaux, l'Organisation mondiale de la Santé et la Haute Autorité de Santé [INESSS, 2013d; WHO, 2012; HAS, 2010]. Ces organisations mettent en œuvre des **méthodes systématiques de validation continue** de leurs travaux d'élaboration des recommandations. Cette validation est faite par la consultation de diverses parties prenantes ou par la délibération, dans le but de **triangler** les types de données issues de la littérature scientifique avec d'autres types de données.

Le producteur doit convenir d'un processus général de consultation des parties prenantes. Cependant, la participation de réviseurs externes est fortement conseillée. Ces derniers, avec impartialité, sont chargés de commenter le guide de pratique afin qu'il soit conforme aux normes de qualité établies.

Le présent cadre d'élaboration des guides de pratique ne propose pas un processus général de consultation. Chaque organisation peut, suivant sa capacité et ses besoins, convenir d'une telle démarche.

2.2 Constitution d'un groupe d'experts

L'élaboration d'un guide de pratique est une tâche complexe qui nécessite l'apport de différents experts à diverses étapes du processus. En règle générale, les experts sont définis comme des personnes ayant acquis une connaissance ou une habileté reconnue dans un domaine donné.

Il peut s'agir de chercheurs, de pairs aidants, d'usagers et de leurs proches, d'intervenants, de gestionnaires ou autres. Cependant, le qualificatif « expert » ne peut être attribué à tout venant. Un expert doit être **reconnu** comme tel par ses pairs et être en mesure de **représenter un groupe** – on doit éviter qu'il rende compte d'une anecdote ou d'une expérience unique ou limitée. La **crédibilité** des experts peut être établie à partir d'indicateurs comme l'expérience, l'engagement social, les travaux d'intervention ou de recherche, les publications, l'enseignement ou la formation, les communications, etc., le tout reconnu par ses pairs [WHO, 2012; IOM, 2011a; HAS, 2010; SIGN, 2008; WHO, 2003].

À cette étape, il importe de convenir des droits d'auteurs (p.ex. individus, organisation, groupe de travail).

A priori, l'élaboration d'un guide de pratique nécessite la contribution d'un bibliothécaire ou spécialiste en information scientifique et d'un ou deux chercheurs ou professionnels de recherche. Comme à la phase 1, la contribution de différentes expertises est nécessaire. Les experts doivent être choisis pour leurs compétences reconnues en fonction de la thématique dont traitera le guide de pratique [Moher *et al.*, 2010; Madan *et al.*, 2007]. L'analyse du contexte et des milieux d'intervention (phase 1) peut guider le producteur quant au choix des experts qui participeront à l'élaboration d'un guide de pratique. Différents regroupements d'experts peuvent alors être mis à contribution. Cependant, il n'est pas recommandé de constituer un groupe homogène regroupant des acteurs d'une même discipline ou exerçant des fonctions similaires. 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 tous les groupes d'intérêts⁸ et toutes les disciplines pertinentes soient représentés [Moher *et al.*, 2010; SIGN, 2008; Madan *et al.*, 2007; Ricci *et al.*, 2006; NZGG, 2001; Eccles *et al.*, 1996a; Eccles *et al.*, 1996b; Field et Lohr, 1990]. La collaboration interdisciplinaire permet d'organiser le travail en misant sur la complémentarité des savoirs et la représentation de plusieurs points de vue [Fortier, 2002]. Le *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* [SIGN, 2008] reconnaît ainsi les avantages associés aux divers points de vue des experts :

- Tous les groupes pertinents sont représentés, assurant ainsi une expertise à toutes les étapes de l'élaboration du guide de pratique.
- 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 [p. 23] (traduction libre).

Un groupe d'experts est généralement constitué suivant une méthode de diversification. Sans viser la représentativité, cette diversification peut être faite de différentes façons en fonction de ce que commande la question décisionnelle (phase 1). Une sélection appropriée des experts permet d'organiser le travail en misant sur la complémentarité des savoirs et des expertises. Elle assure la crédibilité du guide de pratique, qui dépend, notamment, de la qualité de leurs échanges [Rycroft-Malone, 2001].

8. Groupe d'intérêts : entités qui cherchent à représenter les intérêts d'une section particulière de la société afin d'influer sur les processus politiques [Saurugger, 2002].

Dans l'exemple d'un guide portant sur l'intégration sociale des jeunes placés en vertu de la LSJPA, différents experts peuvent être mis à contribution comme des chercheurs spécialisés en enfance et en méthode, des intervenants et gestionnaires en centre jeunesse et en milieu communautaire, des parents, des enseignants, des pairs aidants, etc.

Sans viser la représentativité, un groupe d'experts devrait être constitué suivant une méthode de **diversification**. Cette diversification peut être réalisée de différentes façons, en fonction de ce que commande la question décisionnelle définie à la phase 1. Elle permet de miser sur la complémentarité des savoirs et des expertises et ainsi d'assurer la **crédibilité du guide de pratique** [Rycroft-Malone, 2001]. La contribution d'un expert peut être continue tout au long de l'élaboration du guide de pratique comme à des moments précis lorsqu'une expertise plus pointue est nécessaire.

De par leur savoir expérientiel, certains **usagers** peuvent aussi être des experts reconnus par leurs pairs et être considérés comme crédibles. Ils peuvent renseigner l'équipe de production sur les valeurs, les préférences, les croyances ou la culture des groupes visés par le guide de pratique. Ils peuvent fournir de l'information essentielle 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 **de sa stratégie d'implantation** [Kelson *et al.*, 2012; NICE, 2012; Krahn et Naglie, 2008; SIGN, 2008; Verkerk *et al.*, 2006; NZGG, 2001]. Les usagers sont donc une composante nécessaire à la constitution des groupes d'experts [Van de Bovenkamp et Trappenburg, 2009].

2.2.1 Sélection des experts

L'exclusion comme l'inclusion de certains experts doivent être rationnellement justifiées et les modalités visant à déterminer les secteurs d'activité ou les disciplines contributives au guide de pratique doivent toujours être explicites. Afin de viser une plus grande **transparence**, les critères de sélection des experts qui participeront à l'élaboration des guides de pratique doivent être énoncés. Ces critères de sélection favorisent la **diversification** des experts et des milieux [HAS, 2010]. À la base, les critères de sélection suivants sont proposés :

- La crédibilité scientifique, professionnelle ou de représentation ;
- Le domaine de savoir ;
- Le milieu d'activité (national, régional, communautaire, institutionnel, privé) ;
- La disponibilité.

La constitution d'un groupe d'experts doit aussi 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 de persuasion devant être davantage représentés ou appuyés par des pairs.

2.2.2 Conflits d'intérêts

Un conflit d'intérêts survient lorsqu'une personne se trouve dans une situation où, objectivement, son jugement professionnel dans l'exercice d'une fonction est susceptible d'être ou de paraître tributaire d'autres considérations, qu'elles soient de nature personnelle, financière ou associées à ses activités professionnelles. Un conflit d'intérêts peut être réel ou apparent. Le conflit d'intérêts résulte d'une situation où l'indépendance, donc la qualité du jugement professionnel d'une personne, est menacée. D'emblée, il est important de mentionner qu'il ne s'agit pas, en soi, d'une faute, mais être en situation de conflit d'intérêts peut devenir une occasion de faute⁹.

9. Tiré du Code d'éthique des experts externes et cadre d'application aux partenaires de l'INESSS (document interne).

En principe, aucun des experts contribuant à l'exercice ne devrait avoir de conflit d'intérêts de nature à influencer sur la qualité, l'exactitude ou les résultats de l'évaluation, y compris l'animateur du groupe. Cependant, la présence de certains spécialistes de contenu est nécessaire. Ces spécialistes ont certes un intérêt à participer à l'élaboration du guide de pratique. Certains ont fait carrière en traitant des thématiques abordées, par exemple en y travaillent grâce à l'obtention de subventions de recherche. En règle générale, cette situation est souhaitable et ne doit pas être considérée comme un conflit d'intérêts. Par ailleurs, la participation d'autres experts qui tirent une partie importante de leur revenu de services liés à l'élaboration de 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, 2011a; La Vaque *et al.*, 2002].

Enfin, un processus de gestion des conflits d'intérêts doit être mis en place. De plus, une **déclaration de conflit d'intérêts** qui indique que chacun des membres est exempt de toute relation financière ou personnelle susceptible d'infléchir les résultats et qui, le cas échéant, précise le conflit d'intérêts doit aussi être signée par tous (voir, à titre d'exemple, le *Code d'éthique des experts externes et cadre d'application aux partenaires* de l'INESSS) et être **consultable sur demande**. Le choix de placer cet exemple en annexe vise à ne pas alourdir le texte.

Au terme de cette étape relative aux groupes d'experts, le producteur aura déterminé son processus général d'élaboration du guide de pratique et constitué son groupe d'experts en fixant les critères de sélection et en gérant les conflits d'intérêts.

2.3 Définition de la ou des questions de pratique

Au cours de la phase 1, la **question décisionnelle** a été énoncée et structurée suivant les éléments PICOTS (ou une autre formule) afin de préciser la portée du produit attendu par le décideur. La **question de pratique**, quant à elle, fonde la collecte des données en traduisant la question décisionnelle en un problème scientifique. Poser la question de pratique est une étape particulièrement importante et d'autant plus difficile. Tout le processus de collecte et d'analyse des données en est tributaire. Il est donc essentiel d'y consacrer temps et réflexion. Par ailleurs, la question de pratique doit fréquemment être subdivisée en plusieurs questions clés de recherche qui pourront faire ultérieurement l'objet de plusieurs revues systématiques distinctes [INESSS, 2013a].

La question de pratique précise sous quel angle sera abordée la question décisionnelle. Un **cadre d'analyse** est alors nécessaire pour transformer la question décisionnelle en question de pratique. Le cadre d'analyse est cette lunette ou cet angle selon lequel est étudiée la problématique. C'est un ensemble de références ou de notions délimitées qui permettent de définir la finalité de l'intervention et de préciser les indicateurs de résultats. Il peut être explicitement inspiré d'une théorie, d'un modèle ou d'une approche [Huberman et Miles, 1991]. Autant ce cadre permet de circonscrire la problématique pour qu'elle puisse être convenablement abordée, autant il limite la portée de l'analyse. Ainsi, aucun cadre d'analyse n'est parfait et tous présentent leurs limites. Il convient alors de préciser les dimensions qui ne seront pas abordées. La détermination des **limites du cadre d'analyse** et du guide de pratique subséquent est un fondement de sa crédibilité.

Formuler une question de pratique exige d'assurer la cohérence de ses éléments structurels. Par exemple, les éléments suivants (intégrant PICOTS), peuvent être utiles pour guider la formulation de la question à l'étude :

- *Cadre d'analyse de la problématique*
- *Aspects à l'étude*
- *Finalité de l'intervention*
- *Population à l'étude*
- *Intervention évaluée*
- *Milieu ou contexte de l'intervention*
- *Indicateurs de résultats*

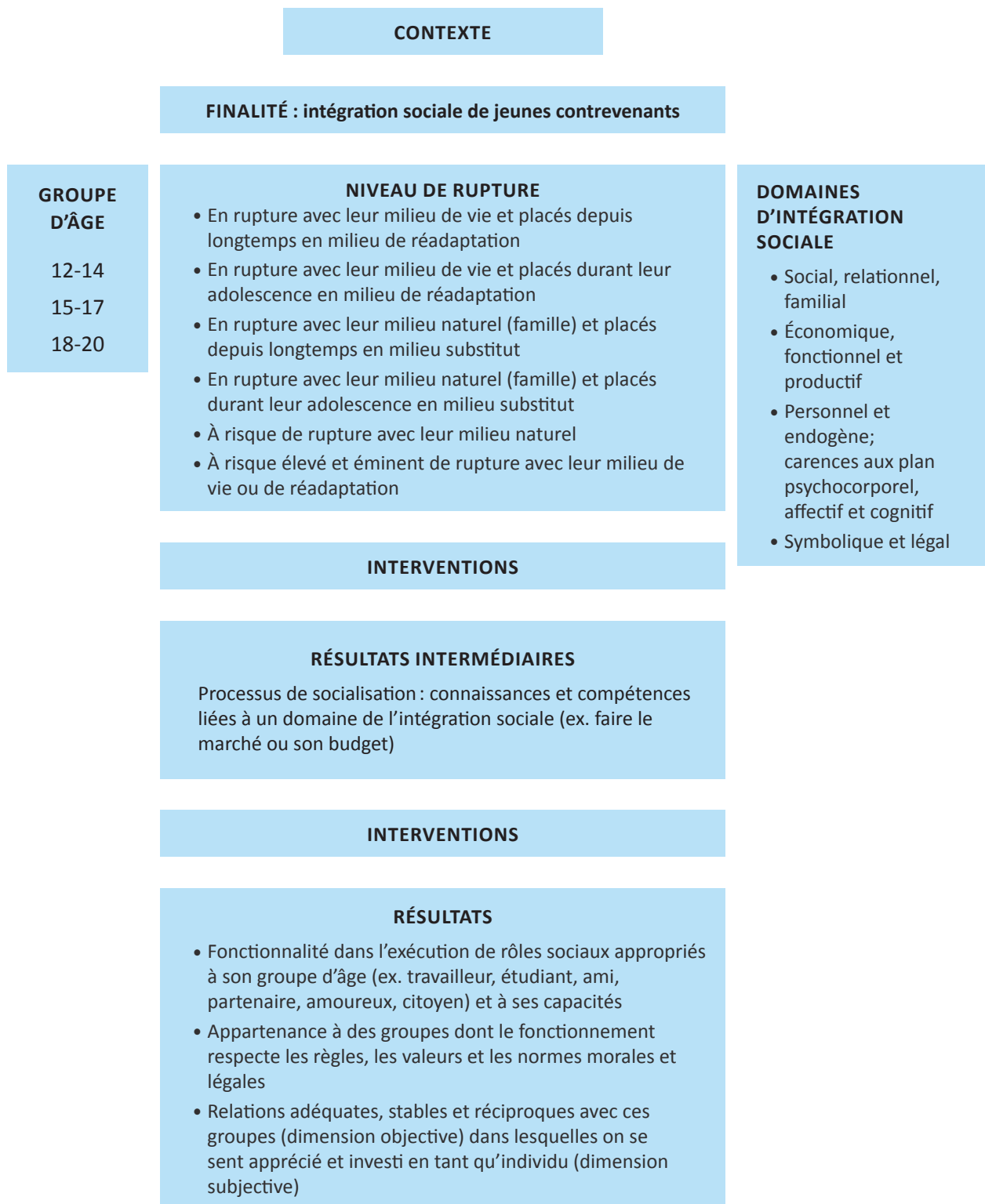
Un cadre d'analyse doit nécessairement être cohérent avec les **finalités** des interventions. Une finalité est un principe général ou un ensemble de buts à atteindre (p. ex. autonomie, développement, rétablissement, réciprocité, équilibre et intégration). Cependant, une finalité n'est pas mesurable sans **indicateurs** de l'obtention des résultats. Ces indicateurs de résultats peuvent être de différentes natures. Une même question peut aborder plusieurs indicateurs de résultats (p. ex. stabilité domiciliaire, maintien à l'emploi). Dans le cas où l'intervention sociale est à plus long terme, il peut être nécessaire de déterminer aussi des indicateurs de **résultats intermédiaires** (p. ex. faire un budget, expérimenter des loisirs, diminuer la consommation d'alcool, etc.). La **figure 5** présente un exemple de cadre d'analyse de l'intégration sociale auprès de jeunes contrevenants et de leur famille dans une perspective développementale. Ce cadre d'analyse est issu des travaux du Centre jeunesse de Montréal, Institut universitaire sur l'intégration sociale de jeunes âgés de 12 à 20 ans [Keable, 2007]. Il permet de **raffiner la formule PICOTS** en fournissant des renseignements supplémentaires sur la population cible ainsi que sur les résultats intermédiaires et finaux d'une intervention. Sur le plan des caractéristiques de la population, le cadre précise les groupes d'âge ciblés par l'intégration sociale et, par conséquent, ceux qui sont exclus. Il apporte aussi de l'information sur le niveau de rupture sociale des jeunes et les domaines d'intégration sociale pouvant souffrir d'une carence.

Sur le plan des résultats, le cadre d'analyse rappelle que l'intégration sociale est un processus développemental et que des résultats intermédiaires comme l'apprentissage de certaines connaissances et compétences (p. ex. faire le marché ou un budget) sont à considérer. Le cadre permet également de structurer l'analyse suivant une catégorisation des résultats finaux en termes de fonctionnalité, d'appartenance et de relations. Enfin, il rappelle que tout le processus développemental est soumis au **contexte** et que l'intervention peut être modifiée suivant l'obtention des résultats.

Au terme de cette étape, le producteur aura défini sa question de pratique appuyée par un cadre d'analyse. Il aura déterminé les finalités de la pratique ainsi que des indicateurs de résultats ou de résultats intermédiaires mesurables, dans un contexte donné.

FIGURE 5

Exemple d'un cadre d'analyse de l'intégration sociale appliqué à de jeunes contrevenants et à leur famille dans une perspective développementale



2.4 Repérage et analyse des guides de pratique existants

Le producteur doit s'assurer qu'aucun guide de pratique n'a déjà répondu à la question énoncée. Seuls les guides de pratique qui rapportent l'argumentaire scientifique ayant conduit à des recommandations doivent être retenus. Les guides qui ne traitent pas précisément de la même problématique ne peuvent être retenus, quoique ceux qui les abordent en partie puissent être considérés afin de répondre à certaines questions. Puisque les guides de pratique doivent être élaborés suivant une méthode rigoureuse et transparente, ceux qui représentent strictement un avis ou un consensus d'experts, qui n'indiquent pas les références bibliographiques ou qui ne rapportent pas une méthode de collecte et d'analyse des données qui permettrait de les reproduire, ou du moins de juger de l'exhaustivité de la démarche scientifique, devraient être exclus, car peu crédibles [HAS, 2007].

Compte tenu de la rapidité des avancées scientifiques, les guides de pratique qui datent de plus de cinq ans peuvent être considérés en vue d'une mise à jour et être retenus à cette condition. 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]. Différents organismes répertorient les guides de pratique existants. Sans en faire une liste exhaustive, le tableau 1 présente des sites d'intérêts qui peuvent être consultés.

TABLEAU 1
Sites d'intérêt répertoriant des guides de pratique

ORGANISME	ADRESSE INTERNET
Guidelines International Network (GIN)	http://www.g-i-n.net
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)	http://inesss.qc.ca
National Guideline Clearinghouse, chapeautée par l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)	http://www.guideline.gov
National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	http://www.nice.org.uk
New Zealand Guidelines Group (NZGG)	http://www.health.govt.nz
Santé Canada (SC)	http://www.hc-sc.gc.ca
Social Care Institute for Excellence (SCIE)	http://www.scie.org.uk
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	http://www.sign.ac.uk

2.4.1 Évaluation de la qualité d'un guide de pratique existant

Seuls les guides de pratique de qualité peuvent être considérés. La grille d'évaluation AGREE II¹⁰ est une des seules grilles d'évaluation de la qualité des guides de pratique qui a été repérée. Cette grille fournit un cadre d'évaluation de la qualité des guides de pratique. En d'autres termes, la grille AGREE II permet d'évaluer la probabilité que l'observation des recommandations favorisera l'obtention des résultats escomptés. Elle se veut générique, c'est-à-dire qu'elle peut être appliquée à tous les types de problématiques (p. ex. de prévention, d'intervention, de diagnostic ou de promotion). La grille AGREE II a été traduite en français par AGREE Collaboration [AGREE Next Steps Research Consortium, 2009] et elle est accessible, notamment, sur le site Web de l'organisation et par le site Web de la Haute Autorité de Santé¹¹.

10. Le manuel d'utilisation de la grille AGREE est disponible à : <http://www.agreetrust.org/> et à http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_French.pdf.

11. 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.

2.4.2 Adoption et adaptation d'un guide de pratique existant

Si un guide de pratique existant répond en totalité ou en partie à la même problématique, il est possible de l'adopter ou de l'adapter au contexte d'intervention plutôt que de concevoir un guide inédit [Fervers *et al.*, 2011]. L'adoption d'un guide de pratique ne peut se faire si le contexte d'utilisation diffère. Par contre, si un guide de pratique est produit dans un contexte similaire, les parties prenantes peuvent envisager de l'adopter tel quel ou de l'adapter en partie.

L'adaptation d'un guide de pratique peut résulter de deux situations, à savoir : 1) un guide de pratique évalué de qualité (avec une échelle valide) 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].

L'adaptation d'un guide de pratique vise donc à **prendre en considération 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. Le Collabration ADAPTE a défini le processus d'adaptation et a élaboré un manuel ainsi qu'une trousse de ressources concernant l'adaptation des guides de pratique¹². Le manuel et la trousse sont fondés sur les principes suivants :

- le respect du principe de l'élaboration d'un guide sur la base des données probantes ;
- des méthodes fiables visant à assurer la qualité et la validité du guide ;
- une approche participative impliquant la collaboration des différentes parties prenantes afin d'assurer l'acceptabilité du guide et son appropriation par les utilisateurs cibles ;
- la prise en considération du contexte afin d'assurer la faisabilité et la pertinence du guide par rapport à la pratique locale et aux politiques ;
- un rapport explicite et transparent afin de favoriser la confiance dans les recommandations du guide de pratique ;
- une présentation qui permettra de répondre à certains besoins ou situations particulières ;
- le respect des sources (guides existants) et la reconnaissance des contributions [ADAPTE Collabration, 2009].

À plusieurs égards, les méthodes d'adaptation des guides de pratique sont similaires à celles proposées pour leur élaboration originale, à savoir la participation d'un groupe d'experts, la définition de la question de pratique, la recherche documentaire, le processus de collecte et d'analyse des données, l'évaluation de la qualité et la synthèse [Fervers *et al.*, 2011]. **Le présent document se concentre sur l'élaboration des guides de pratique inédits.** Les lecteurs intéressés par la question de l'adaptation peuvent se référer aux sources citées.

Au terme de cette étape, le producteur aura sélectionné et évalué la qualité des guides de pratique existants afin de convenir de leur adoption ou de leur adaptation, s'il y a lieu.

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

2.5 Guide de pratique inédit : types de données

Différents types de données sont nécessaires à l'élaboration d'un guide de pratique inédit, soit : les données issues de la littérature scientifique, les données contextuelles qui décrivent les circonstances entourant l'intervention ainsi que le savoir expérientiel, dont les valeurs, les connaissances, les conditions de vie ou de travail, les préférences des usagers et celles des intervenants [Blas *et al.*, 2011; Gough, 2007; Pawson, 2006; Rycroft-Malone *et al.*, 2004; Pawson *et al.*, 2003]. Ces données sont très différentes, mais tout aussi utiles et complémentaires. L'ordre de collecte de ces données n'est pas nécessairement préétabli et le processus exige généralement des itérations entre les différents types de données (voir la figure 7).

2.5.1 Données scientifiques

Les données scientifiques sont la pierre angulaire d'un guide de pratique. La recherche systématique et le repérage des études pertinentes, leur analyse et leur synthèse permettront de poser les balises sur lesquelles les données contextuelles et expérientielles seront appuyées.

2.5.1.1 Recherche d'information

La collecte des données scientifiques est faite de prime abord au moyen d'une **recherche d'information**. Cette recherche est une tâche ardue qui devrait être réalisée par un **spécialiste en information scientifique**. Ce dernier doit rédiger la stratégie documentaire, la valider et l'appliquer à diverses banques de données. La stratégie documentaire, souvent appuyée sur les critères PICOTS, doit être **accessible** et suffisamment détaillée pour être **reproductible**. La consultation d'un spécialiste de l'information évitera de perdre un temps précieux en appliquant des stratégies de recherche qui ne conviennent pas à la question de pratique ou en interrogeant des banques de données non pertinentes [Rutter *et al.*, 2010]. Diverses banques de données numériques peuvent être consultées afin de trouver l'information qui permettra de répondre à la question de pratique. Il faut donc y avoir accès et avoir les compétences nécessaires pour les interroger [Gossett et Weinman, 2007; Levine et Cosby, 2001]. **Toutes ces banques ne doivent pas être exploitées**. Il s'agit plutôt de déterminer celles qui sont les plus aptes à fournir l'information nécessaire afin de répondre à la question de pratique et de justifier son choix. Comme le proposent Rutter et ses collaborateurs [2010], il est suggéré d'interroger un minimum de trois bases de données.

Banques de données à considérer

Applied Social Sciences Index and Abstracts (ASSIA)

British Education Index (BEI)

Campbell Collaboration Library

CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)

Cochrane Library (CDSR, CENTRAL).

DARE (accessible via le Centre for Reviews and Dissemination (CRD) site Internet : www.york.ac.uk/inst/crd)

Dissertation Abstracts

Educational Resources Information Center (ERIC)

EMBASE

EconLit

Health Management Information Consortium Database (HMIC)

International Bibliography of the Social Sciences (IBSS)

Medline/Pubmed

NHS EED

PsycINFO

Social Care Online (SCO)

Social Policy and Practice (via OVID), incluant Accompline, AgeInfo, ChildData

Planex and Social Care Online

Social Sciences Citation Index

Social Services Abstracts

Social Work Abstracts

Sociological Abstracts

Wilson Social Science Abstracts

ZETOC [Rutter et al., 2010].

Les bibliothèques des universités et certains centres de recherche ont accès à plusieurs de ces bases de données. Elles sont conditionnellement accessibles sur place ou par l'intermédiaire leur site Web respectif. Elles sont généralement classées par disciplines, ce qui en facilite le choix. Leurs spécialistes de l'information peuvent aider à la consultation en repérant les informations pertinentes à la question de pratique ou en proposant des mots clés et des stratégies de recherche.

Certaines banques de données sont plus spécifiques à un objet d'étude. Dans le cas du guide de pratique sur les jeunes contrevenants, les banques Campbell Collaboration Library, PsycINFO et Sociological Abstracts sont particulièrement appropriées.

2.5.1.2 Types d'études retenues

L'évaluation des données scientifiques vise à démontrer, à partir des meilleures données disponibles, les effets d'une intervention. La définition des types d'études à considérer est au cœur de l'élaboration des guides de pratique. Deux principales méthodes sont proposées pour convenir des types d'études à retenir. La première évalue les interventions suivant des critères de **validité interne**¹³ établis pour le type d'étude. Une **hiérarchisation de la preuve** est alors effectuée, plaçant au sommet des méthodologies les méta-analyses et les revues systématiques ou les essais cliniques *randomisés*¹⁴ [HAS, 2013; Gray *et al.*, 2009; Mishna *et al.*, 2009; Murray *et al.*, 2009; SIGN, 2008; Gossett et Weinman, 2007; Lipsey *et al.*, 2007; Madan *et al.*, 2007; Nye *et al.*, 2006; Ricci *et al.*, 2006; Wilson *et al.*, 2003; La Vaque *et al.*, 2002]. La seconde méthode propose plutôt la **diversification des données** afin de répondre adéquatement à la question de pratique [Ogilvie *et al.*, 2011; Chambers *et al.*, 2009; Petticrew et Roberts, 2003].

Les questions de pratique posées déterminent les types d'études pertinentes pour y répondre.

Un guide de pratique peut traiter d'un objet qui exige de porter différents regards sur l'intervention. **Cette complexité de l'objet peut imposer la diversification des questions de pratique** [Gough, 2007; Pawson, 2006; Pawson *et al.*, 2003; Petticrew et Roberts, 2003]. Par exemple, une question de pratique peut viser à connaître l'**efficacité théorique**¹¹ d'une intervention. Les essais cliniques *randomisés* de qualité et les revues systématiques d'essais cliniques *randomisés* seraient particulièrement appropriés pour répondre à cette question. Cependant, un guide de pratique se limite rarement à des questions d'efficacité théorique. Des devis comme les évaluations de programmes et les études de cohortes pourront alors fournir des données sur l'**efficacité pratique**¹¹ de l'intervention dans des conditions générales ou courantes. Par ailleurs, si une intervention nécessite des ressources humaines et financières particulières, les études économiques devraient aussi être analysées pour connaître le bénéfice maximal possible compte tenu des ressources disponibles (**efficience**¹¹). De plus, il importe de détenir des données relatives à l'**acceptabilité** et à la **recevabilité** des interventions puisque ces caractères pourraient compromettre l'utilisation d'un guide de pratique. Ces données sont souvent fournies par les études qualitatives, qu'il faudra considérer. D'autres données scientifiques peuvent aussi rapporter des facteurs d'influence sur l'efficacité d'une intervention, notamment les déterminants sociaux de la santé et de la prévention, les fardeaux liés au handicap, les conditions de vie et les problèmes concomitants [Blas *et al.*, 2011]. Il est donc important de ne pas établir la pertinence des études consultées strictement en fonction de leur validité interne, mais bien **en fonction de leur capacité à répondre adéquatement à une ou des questions de pratique**.

Si la question de pratique porte sur les trajectoires d'intégration sociale de jeunes contrevenants, les recherches qualitatives et les études de cohortes pourraient être considérées.

Si elle porte sur le développement d'habiletés, les essais cliniques randomisés et les études de cas pourraient être considérés.

2.5.1.3 Revue systématique des données scientifiques

La **revue systématique** est généralement appliquée au processus de rédaction des guides de pratique. Elle se définit comme une approche de synthèse des données scientifiques qui sert à repérer, à évaluer et à synthétiser les « preuves » scientifiques qui permettront de répondre à une question de recherche particulière de façon systématique et explicite. En combinant les résultats

13. Relation de cause à effet entre une intervention et un résultat (voir le glossaire).

14. Voir le glossaire pour la définition de ces termes.

de plusieurs études à l'aide d'une méthode explicite et reproductible, le producteur peut estimer l'effet d'une intervention avec une plus grande fiabilité et une précision accrue et ainsi **réduire le plus possible l'effet des biais ou des erreurs systématiques** qui peuvent s'immiscer dans les études primaires [INESSS, 2013a]. La revue systématique permet aussi de structurer l'agrégation des données dans un **tableau-synthèse** et de favoriser ainsi la transparence et la reproductibilité du processus¹⁵.

Une revue systématique peut être un travail laborieux, et les normes de qualité sont parfois difficiles à respecter. Néanmoins, ces revues doivent être élaborées suivant les règles de l'art suivantes :

- une recherche documentaire structurée et reproductible ;
- une sélection des études pertinentes et une justification des exclusions ;
- une analyse des données et une appréciation de la qualité méthodologique des études retenues ;
- une validation des résultats ;
- une synthèse des résultats ;
- la rédaction d'un rapport ou d'un document de synthèse (adapté de Rutter *et al.*, [2010]).

Plusieurs méthodes plus ou moins similaires d'élaboration de revues systématiques sont accessibles sur le Web. Parmi les méthodes reconnues, les normes de production des revues systématiques de l'INESSS sont recommandées [INESSS, 2013a]. Les détails contenus dans cette méthode ne sont pas précisés ici. Les lecteurs intéressés peuvent s'y référer¹⁶.

Une revue narrative n'est pas systématique. Une revue narrative se définit comme une synthèse d'études originales qui n'ont pas été répertoriées ou analysées de façon systématique, c'est-à-dire standardisée et objective (tiré du Glossaire en ETS, <http://htaglossary.net>)

2.5.1.4 Évaluation de la qualité scientifique

La notion de qualité est au cœur de tout travail scientifique. La qualité se présente selon différentes perspectives suivant l'approche méthodologique utilisée et le type de données sur lequel s'appuie le guide de pratique. C'est pourquoi, avant d'adopter un système particulier pour juger de la qualité des études retenues, il est primordial de répondre à la question suivante : « Quel type de système d'évaluation de la qualité est approprié dans le contexte propre à la production de mon guide de pratique ? »

Par exemple, le Social Care Institute for Excellence (SCIE) a adopté des normes génériques (TAPUPAS¹⁷) qui peuvent s'appliquer à tous les types d'études. Suivant ces normes, la qualité est représentée de manière plus large, mais moins spécifique aux types d'études. Ces normes prennent la forme des questions suivantes :

15. Des ressources sur les méthodes de synthèse sont disponibles sur le site Web des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) à : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/36331.html>.

16. Les documents méthodologiques sont disponibles sur le site Web de l'INESSS à : <http://www.inesss.qc.ca/publications/documents-methodologiques.html>.

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

Transparence : la raison d'être de l'étude est-elle énoncée clairement ?

Précision : l'analyse est-elle fondée sur des données pertinentes ?

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

Utilité : l'étude répond-elle aux questions posées ?

Légitimité : le plan d'étude est-il légal et éthique ?

Accessibilité : l'étude est-elle intelligible, compréhensible ?

Spécificité : les normes de qualité pertinentes sont-elles respectées ? [traduction libre, Pawson *et al.*, 2003].

*Il existe de nombreuses grilles d'évaluation applicables selon le type d'étude. Parmi elles, soulignons Assessment of Multiple Systematic Reviews (AMSTAR) concernant l'évaluation des revues systématiques et des méta-analyses [Shea *et al.*, 2007], Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies (QUADAS) concernant les études diagnostiques [Whiting *et al.*, 2003] ainsi que la grille Jadad concernant les essais cliniques randomisés [Jadad *et al.*, 1996].*

*Par ailleurs, le SCIE propose une grille applicable aux recherches empiriques, tant qualitatives que quantitatives [Rutter *et al.*, 2010].*

Les normes TAPUPAS peuvent être utilisées seules ou comme outil préliminaire d'évaluation de la qualité des études. Elles peuvent donc être couplées à une autre grille plus spécifique à un type d'étude. Cependant, leur utilisation exige un savoir-faire dans le domaine de la recherche-évaluation. Les normes TAPUPAS demandent une réflexion plus approfondie qu'il ne le faut pour répondre à une liste de pointage (*check list*).

Sans remettre en question l'utilité des grilles d'évaluation de la qualité des études, leur utilisation n'est pas une condition *sine qua non* [Petticrew et Roberts, 2006]. Néanmoins, il est nécessaire de choisir une grille d'évaluation de la qualité qui sera utilisable et conviviale dans le contexte particulier de chaque guide de pratique. Par ailleurs, il est proposé d'éviter les systèmes qui n'ont pas été appliqués dans des revues antérieures et d'en choisir un qui a porté sur des problématiques similaires à celle à l'étude [Petticrew et Roberts, 2006]. À titre d'exemple, le SCIE propose une grille d'évaluation des études empiriques, qualitatives ou quantitatives qui est largement utilisée dans le secteur des services sociaux [Rutter *et al.*, 2010]. Une traduction de cette grille est présentée à l'annexe E.

La qualité des études retenues devrait être mentionnée au tableau-synthèse de la revue systématique.

Indépendamment du système d'évaluation de la qualité retenu, une attention particulière doit être portée aux biais pouvant compromettre les résultats. Un biais est une erreur qui fausse la mesure et l'interprétation des résultats d'une étude. Dans le cas des études **expérimentales**, le *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* [Higgins et Green, 2011] recommande que les biais de **sélection**, de **performance**, de **attrition**, de **détection** et de **publication** soient évalués pour chacune des études retenues. Ces biais¹⁸ sont ici définis ainsi :

Biais de sélection : biais dû à une erreur dans l'estimation de l'effet d'une intervention à cause de la façon dont les sujets ont été choisis dans la population étudiée.

Biais de performance (dû aux co-interventions) : biais de confusion dû à des différences systématiques dans les soins reçus en dehors de l'intervention évaluée.

18. Définitions tirées du Glossaire en ETS, disponible à : <http://htaglossary.net/accueil>.

Biais d'attrition : biais associé à l'abandon ou à l'exclusion différentielle de sujets d'une étude.

Biais de détection : biais de mesure dû à des différences systématiques entre les groupes comparés dans la façon de déterminer les résultats.

Biais de publication : biais dû à la non-représentativité de l'ensemble des travaux sur un sujet parce que certaines études ne sont pas publiées, pour des motifs autres que scientifiques.

Dans l'exemple du guide de pratique portant sur l'intégration sociale des jeunes, la qualité des études doit se référer à la cohérence de l'ensemble de la méthode et non pas être limitée à des critères de validité interne (p. ex. essais cliniques randomisés).

Quel que soit le système d'évaluation de la qualité que commande la question de pratique, tout processus scientifique est soumis à une forme de validité de construit liée à la pertinence ou à la justesse du processus scientifique pour expliquer les résultats d'une évaluation. En somme, la qualité des études doit minimalement se refléter dans la **cohérence de l'ensemble des opérations** systématiquement et rationnellement enchaînées afin de relier avec consistance : 1) l'intention, le but et l'objectif de la recherche ; 2) la manière de poser le problème ; 3) les techniques de constitution du matériel et leur validation ; 4) les techniques de traitement transformant les données en résultats ; 5) les procédures d'interprétation des résultats et de leur vérification ; ainsi que 6) la justification des différents choix afin de répondre aux critères formels et opérationnels de la crédibilité recherchée [Van der Maren, 1996]. Néanmoins, tout processus d'évaluation comporte ses forces et ses faiblesses. Afin d'assurer la scientificité du processus, il importe aussi de préciser les **limites méthodologiques** (p. ex. taille de l'échantillon, validité des outils d'évaluation).

2.5.1.5 Synthèse des données scientifiques

Après s'être assuré de la qualité des données scientifiques colligées, il est fondamental d'en faire la synthèse afin de déterminer l'efficacité des interventions. L'efficacité est basée sur un principe de convergence qui mise sur les forces respectives de différents devis ou plans de recherche pouvant conduire à des résultats identiques et ainsi réduire ou annuler les faiblesses inscrites dans chacun d'eux [Groulx, 1997]. Évidemment, plus les données scientifiques convergent vers un même résultat, plus faible sera le doute quant aux effets d'une intervention (voir la figure 7).

Il est fortement recommandé que le processus de classification des effets d'une intervention soit mené en toute transparence et qu'il soit documenté.

Différents systèmes de classement sont proposés pour juger de la convergence des effets d'une intervention [Chambers *et al.*, 2009; NAC, 2009; Chambless *et al.*, 1998]. Certains de ces systèmes permettent de classer les effets d'une intervention en fonction de l'état des connaissances scientifiques selon qu'elles sont : 1) établies, 2) émergentes, 3) non établies ou 4) inefficaces / nuisibles. Sur cette base, les critères suivants sont proposés :

- **Établie** : il y a *suffisamment* de données scientifiques pour avancer qu'une intervention a des effets favorables sur les personnes concernées.
- **Émergente** : *quelques études* de qualité indiquent qu'une intervention a des effets favorables sur les personnes concernées, mais d'autres études sont nécessaires pour confirmer leur efficacité théorique.
- **Non établie** : il n'existe pas de données scientifiques de qualité permettant de déterminer si une intervention a des effets favorables, nuls ou nuisibles sur les personnes concernées.

- **Inefficace/nuisible** : il y a suffisamment de données scientifiques indiquant qu'une intervention n'a pas d'effets ou qu'elle a des effets nuisibles sur les personnes concernées [NAC, 2009].

Il s'agit ensuite de définir les critères pour chacune des catégories. Différentes avenues peuvent alors être empruntées ; il appartient à l'équipe de définir quels critères sont les plus pertinents, selon les règles de l'art ou les recommandations dans un domaine particulier. Par exemple, pour le National Autism Center [2009] « suffisamment » implique que l'efficacité de l'intervention est appuyée dans 2 études de groupe (*group design*) et 4 études de cas (de type *single-subject design*) comprenant un minimum de 12 participants et dont les résultats ne sont pas contradictoires, ou par 3 études de groupe ou 6 études de cas (de type *single-subject design*) comprenant un minimum de 18 participants, dont seulement une étude rapporte des résultats équivoques. « Quelques études » signifie que l'ampleur des données scientifiques se limite à une étude de groupe (de type *group-design*) ou deux études de cas (de type *single-design*) comprenant un minimum de six participants et dont les résultats ne sont pas contradictoires.

Au terme de cette étape relative aux divers types de données scientifiques, le producteur aura repéré les études à retenir. Il en aura fait une analyse systématique et il aura évalué leur qualité. Enfin, il aura fait la synthèse des données scientifiques pour déterminer l'efficacité des interventions.

2.5.2 Données contextuelles et expérientielles

Les **données contextuelles** sont fondamentales à divers moments du processus de rédaction du guide de pratique (voir la figure 7). En début de processus (**phase 1**), les données contextuelles aident le décideur à définir son besoin et la question décisionnelle ainsi qu'à préciser l'intervention et les aspects à évaluer. Elles servent aussi à orienter le producteur quant à l'évolution de ce qui se passe sur le terrain ou vers des experts pour chercher de l'information qui ne serait pas disponible autrement. Ces données sont aussi fondamentales au transfert des connaissances (**phase 3**), tant en cours de rédaction qu'au moment de la publication du guide, car elles permettent de connaître les utilisateurs ciblés ainsi que leurs champs d'intérêt. Elles soutiennent également la gestion du changement, par exemple le regroupement de nouvelles parties prenantes, l'innovation ou tout événement significatif entourant l'intervention [Straus *et al.*, 2009].

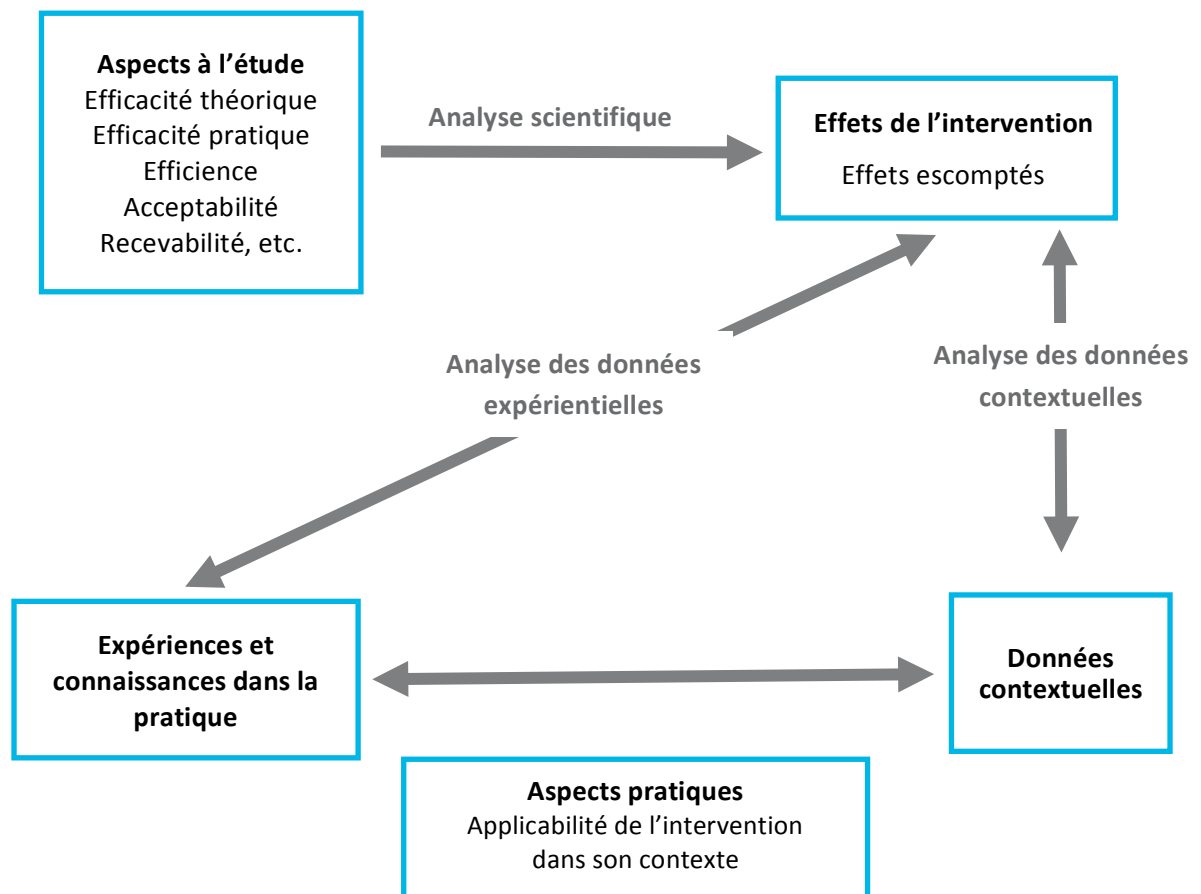
À cette étape du processus d'élaboration d'un guide de pratique, les données contextuelles **doivent être reliées aux données scientifiques**. D'une part, il y a les données scientifiques et, d'autre part, il y a les situations concrètes dans lesquelles elles seront appliquées (données contextuelles, y compris les coûts). Certes, l'élaboration d'un guide de pratique vise à recueillir suffisamment de données scientifiques pour permettre de prendre une décision appropriée concernant l'utilisation d'une intervention qui produira les avantages escomptés pour la population (*Est-ce que l'intervention produit théoriquement les effets escomptés ?*). Cependant, les données scientifiques ne peuvent pas toujours suffire à déterminer si les effets de l'intervention s'actualiseront dans un contexte donné (*Est-ce que l'intervention produira les effets escomptés dans mon contexte d'intervention ?*). Les données contextuelles sont alors nécessaires afin d'évaluer, en amont comme en aval, **l'applicabilité des constats** découlant des données scientifiques [Shlonsky et Mildon, 2014; Regehr *et al.*, 2007; Dobrow *et al.*, 2006; Dobrow *et al.*, 2004].

Dans l'exemple d'un guide de pratique portant sur l'intégration sociale des jeunes, l'applicabilité d'une intervention dont l'efficacité est établie peut être remise en cause par des données comme les dispositions de la LSJPA, une convention collective, les valeurs et les préférences des jeunes ou d'autres données contextuelles.

Les **données expérientielles** sont aussi une source incontournable pour l'élaboration des guides de pratique (voir la figure 7). Elles se réfèrent aux connaissances et à l'expérience des experts, colligées au moyen de l'analyse de leur discours. Ces données fournissent de l'information complémentaire à celle qui se trouve dans la littérature scientifique et dans les données contextuelles. Les données expérientielles peuvent aussi informer sur les coûts d'implantation, les conditions de réussite, les groupes visés ou à exclure, les contraintes opérationnelles, etc. En début de processus de collecte des données, le producteur doit déterminer son processus général d'élaboration du guide de pratique et constituer son groupe d'experts en fixant les critères de sélection et en gérant les conflits d'intérêts. C'est généralement auprès de ces experts que le producteur recueille les données expérientielles. Si certains experts contribuent à l'élaboration d'un guide de pratique tout au début de l'exercice, (p. ex. spécialiste en information scientifique et chercheur), la collecte des données expérientielles est réalisée auprès d'autres experts qui seront ultérieurement regroupés, à l'étape de l'élaboration des recommandations. La **figure 6** présente la complémentarité des données scientifiques, contextuelles et expérientielles. L'étape de la **triangulation** des données scientifiques, contextuelles et expérientielles est décrite à la phase 3, dans une perspective d'élaboration des recommandations.

FIGURE 6

Complémentarité des données scientifiques, contextuelles et expérientielles



2.5.3.1 Collecte des données contextuelles

À cette étape, la collecte des données contextuelles renvoie au processus d'analyse par lequel les données scientifiques sont arrimées au contexte de la pratique. Puisque chaque contexte est unique, la méthode de collecte des données contextuelles proposée s'apparente à celle de l'étude de cas. L'étude de cas est l'une des méthodes de recherche utilisée en sciences humaines et sociales pour étudier des phénomènes complexes qui concernent, notamment, les individus, les groupes, l'organisation des services et l'évaluation de programmes. Cette méthode sert à étudier des phénomènes contemporains (ici, la pratique) dans leur contexte naturel lorsque l'adéquation entre le phénomène et son contexte est complexe et que sa compréhension nécessite plusieurs sources de données [Yin, 2003].

L'étude de cas peut être utilisée lorsque l'intervention évaluée répond aux quatre critères suivants :

- L'intervention évaluée doit être étudiée par rapport à son contexte d'utilisation pour aider la prise de décision ;
- L'accent doit être mis sur les enjeux et les circonstances actuelles (ici et maintenant) ;
- La collecte des données peut être réalisée sans avoir à contrôler ou à manipuler des éléments du contexte ;
- Les données scientifiques ne suffisent pas à elles seules pour formuler des recommandations (adapté de Gagnon [2005]).

Les données contextuelles peuvent être recueillies de diverses façons, dont l'observation sur le terrain, la consultation de banques de données comme celles des dossiers d'utilisateurs et l'examen de la littérature qualifiée de grise (p. ex. les textes de loi). La **littérature grise**¹⁹ mérite une attention particulière 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 et les opinions d'experts. Le **tableau 2** présente des exemples de techniques de collecte de données ainsi que leurs avantages et leurs inconvénients. Par ailleurs, différentes banques de données fournissent de l'information factuelle qui peut être utile aux chercheurs. **L'annexe F** propose aussi certaines **banques de données** québécoises souvent consultées afin de collecter des données contextuelles.

19. Information, en version papier ou numérique, qui n'est pas contrôlée par l'édition commerciale. On y inclut les études de nature scientifique qui ne sont pas publiées dans des revues ayant un comité de lecture, les rapports d'organismes gouvernementaux et d'établissements d'enseignement, les sites Web de sociétés savantes, les comptes rendus de conférence, les mémoires de maîtrise et les thèses de doctorat ou ce qui provient du commerce et de l'industrie [INESSS, 2013d].

TABLEAU 2

Exemples de certaines techniques de collecte de données contextuelles, leurs avantages et leurs inconvénients*

TECHNIQUE DE COLLECTE DE DONNÉES	EXEMPLE	AVANTAGE	INCONVÉNIENT
DOCUMENTATION	Lettre, note, compte rendu d'une réunion, rapport administratif, article de loi, revue, journal	• Stable. Peut être revue plusieurs fois • N'influe pas sur le contexte • Exacte. Contient des noms, les références et les détails d'une situation • Offre une perspective panoramique sur une longue période de temps et dans différents milieux	• La rétractibilité peut être faible • Biais de sélection si la collecte est incomplète • Rapporte les biais des auteurs • L'accès peut être délibérément bloqué
DOSSIER D'ARCHIVE	Dossier médical, psychosocial ou organisationnel, dossier d'une enquête préalablement menée dans le même milieu	• Mêmes que la documentation • Précis et quantifiable	• Mêmes que la documentation • Accessibilité possiblement limitée en raison du respect de la vie privée
ENTREVUE	Entrevue de groupe, individuelle, y inclus le récit de vie	• Se focalise directement sur les objectifs de la contextualisation • Indique les inférences causales perçues	• Biais dus à la pauvreté des questions • Biais dus aux réponses • Inexactitudes dues à la pauvreté des rappels • Réflexivité (l'interviewé donne les réponses attendues par l'intervieweur)
OBSERVATION DIRECTE	Visite terrain, observation de l'application d'une technologie, d'une réunion, de l'organisation d'un service avec ou sans matériel visuel (photographie, vidéo)	• Couvre les événements en temps réel • Couvre le contexte des événements	• Prend beaucoup de temps • Sélectivité (à moins d'élargir le foyer (<i>focus</i>) d'observation) • Réflexivité (les événements peuvent se produire différemment parce qu'ils sont observés) • Coûts en ressources humaines concernant les observateurs
OBSERVATION PARTICIPANTE	Participation à une activité, à la décision	• Mêmes qu'à l'observation directe • <i>Insight</i> sur les comportements et les motivations personnelles	• Mêmes qu'à l'observation directe • Biais dus à la manipulation des événements par l'observateur
ARTÉFACT PHYSIQUE	Une technologie, un outil, une œuvre d'art et d'autres données physiques (généralement collectées ou observées au moyen de visites sur le terrain)	• Intuition (<i>insight</i>) concernant des dispositions culturelles • Intuition (<i>insight</i>) concernant des opérations technologiques	• Sélectivité • Disponibilité

*Traduit librement et adapté de Yin, 2003.

2.5.3.2 Collecte des données expérientielles

Le processus de collecte des données expérientielles doit être suivi avec rigueur. Le producteur doit déterminer les données à recueillir et les stratégies pour le faire. À cette étape du processus d'élaboration d'un guide de pratique, ces données sont colligées cas par cas. Les techniques de collecte de données qualitatives comme les entrevues individuelles dirigées ou semi-dirigées ou les questionnaires à réponse ouverte sont appropriées. Il ne s'agit pas d'en faire une analyse qualitative afin de générer de nouvelles connaissances. Il s'agit plutôt de compléter les données scientifiques et contextuelles par le savoir des experts. Ces données doivent être consignées, au même titre que des données scientifiques ou contextuelles. Si la quantité de données le commande, il est proposé de les regrouper dans un système qui permet d'en donner une vue d'ensemble.

Selon Gagnon [2005], trois types de biais sont possibles, soit : « L'illusion holistique : qui consiste à accorder aux événements plus de convergence et de cohérence qu'ils n'en ont en réalité, notamment en éliminant les éléments qui ne vont pas dans le même sens ; ensuite le biais d'élite, qui consiste à surestimer les données provenant d'informateurs qui énoncent clairement leur point de vue et de sous-estimer celles des autres moins bien articulés ; finalement, la sur-assimilation, où le chercheur perd sa propre vision et sa capacité critique en devenant prisonnier des perceptions et informations transmises... (p. 22) ».

Même si la collecte des données expérientielles n'est pas à proprement parler une recherche qualitative, il importe de souligner que le jugement des experts est teinté par leur subjectivité, elle-même tributaire 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 du guide de pratique [Verkerk *et al.*, 2006]. La transparence est donc de mise [NAC, 2009; SIGN, 2008; SCIE, 2008].

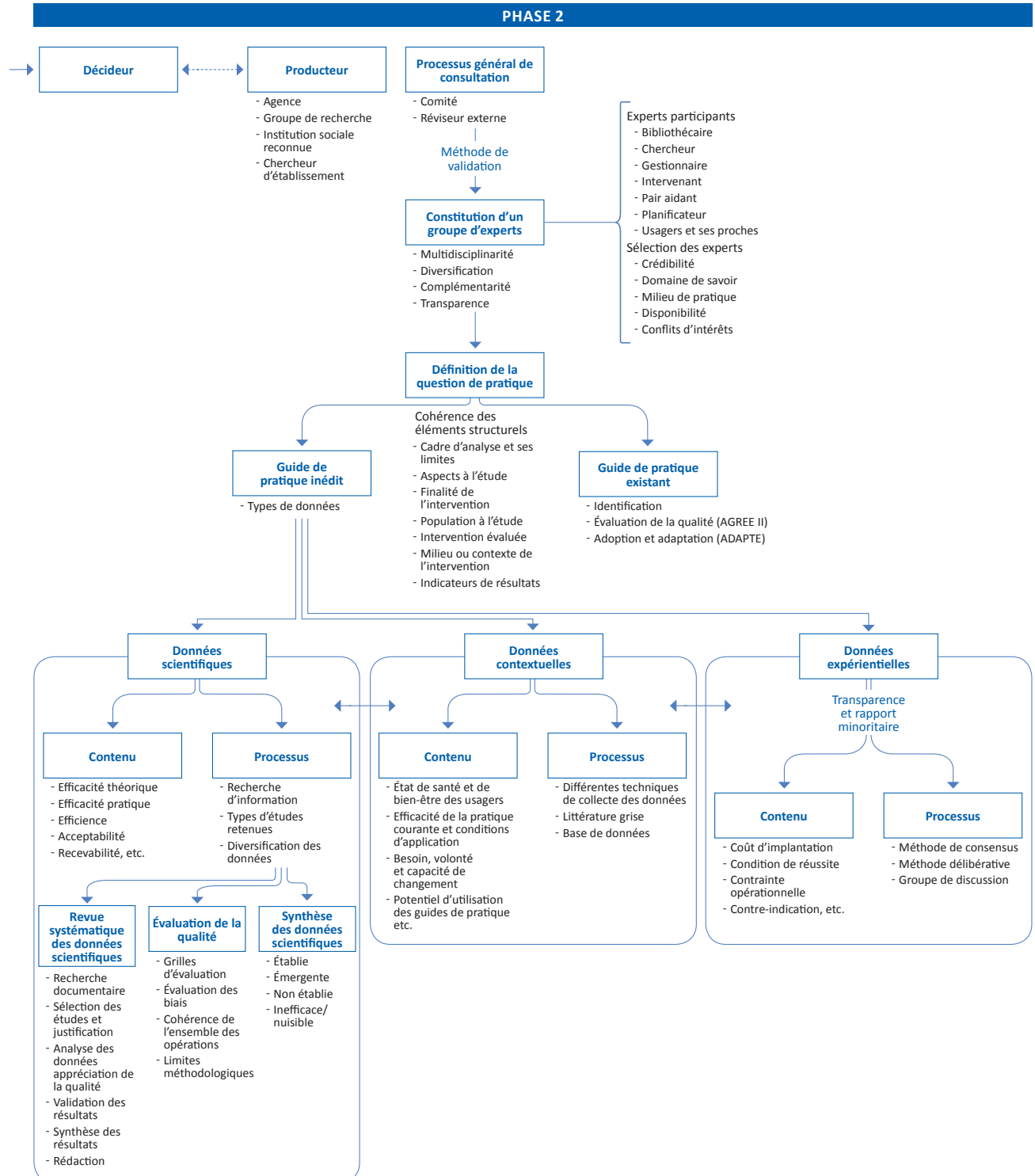
Puisque la collecte d'information interpelle aussi la subjectivité du producteur, ce dernier devra être attentif aux biais qui peuvent être générés par son rôle actif dans les processus de collecte, d'analyse et d'interprétation. Tous les biais doivent nécessairement être évités, mais la surassimilation particulièrement, car l'utilisation du savoir expérientiel pour appuyer les revendications des groupes d'intérêts est une stratégie bien connue. Différentes stratégies de validation peuvent être appliquées afin de réduire ces biais. Les techniques du journal de bord, de l'entente interjuge et de la triangulation sont parmi les plus reconnues. Il est important de souligner que ces trois techniques ne sont pas mutuellement exclusives et qu'elles peuvent être utilisées en association afin de bonifier la stratégie de validation des données [Beauchamp et Moqadem, 2008; Denzin et Lincoln, 2000].

Dans l'exemple du guide de pratique portant sur l'intégration sociale des jeunes, un biais de surassimilation pourrait être causé par un déséquilibre dans la constitution du groupe d'experts dans lequel serait surreprésentées, par exemple, une spécialité, une association professionnelle ou une école de pensée.

Sur la base du principe que différents groupes d'intérêts ont des représentations distinctes d'une même situation, le producteur qui collecte des données expérientielles doit être attentif à ne pas limiter sa recherche à un groupe particulier. Contrairement au **point de saturation** prétendu de l'information visée dans la traditionnelle recherche qualitative, la collecte de données doit plutôt mettre en évidence les **différentes perspectives** des acteurs (p. ex. usagers et leurs proches, intervenants, gestionnaires). Il ne s'agit pas alors d'interpréter les différentes significations recueillies, mais de s'en tenir aux faits tels qu'ils ont été perçus par les différents acteurs tout en prenant garde à ce que l'analyse des données expérientielles n'occulte aucune partie prenante [Mucchielli, 2004].

Au terme de cette étape, le producteur du guide aura colligé les données contextuelles et expérientielles liées aux données scientifiques, dans un objectif annoncé de triangulation.

FIGURE 7
Processus de collecte et d'analyse des données servant à élaborer un guide de pratique



PHASE 3

ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS

La phase 3 a pour objet la formulation des recommandations d'un guide de pratique. Au cours de cette phase, est mis à contribution un groupe d'experts qui délibèrent sur les différentes données colligées précédemment. Ces experts devraient, en principe, avoir été reconnus par le producteur dès le début des travaux de la phase 2 (voir la section 2.1). Certains, comme les spécialistes en information scientifique ou en revue systématique, ont contribué plus activement à la phase 2. D'autres, comme des experts de contenu ou de méthodes, ont pu aussi être consultés sur des points particuliers afin d'affiner la démarche scientifique par leur savoir expérientiel. C'est maintenant que ces experts sont regroupés pour contribuer plus particulièrement à l'élaboration du guide de pratique.

À la phase 3, leur tâche consiste à élaborer des recommandations pour proposer une stratégie d'intervention autour des éléments PICOTS étudiés à la phase 2. Pour ce faire, ils auront en main un corpus de données scientifiques, contextuelles et expérientielles qu'ils devront étudier, rassembler et dont ils devront débattre pour proposer une façon de faire qui soutiendra la pratique.

Au terme de la phase 3, le producteur et le groupe d'experts devraient avoir réalisé les étapes suivantes :

1. *Les modalités du **processus de délibération** sont instaurées.*
2. *Les données scientifiques, contextuelles et expérientielles sont **triangulées**.*
3. *La **force des recommandations** est établie.*
4. *Les **recommandations** du guide de pratique sont formulées.*

Rappelons que ce groupe d'experts se doit d'être multidisciplinaire. Dans un souci de transparence et de scientificité, un procès-verbal des rencontres doit être rédigé et mis à la disposition du public. Les opinions divergentes doivent être consignées sous forme de rapport minoritaire et les décisions qui ont été prises doivent être justifiées. L'ensemble de cette phase est illustré à la **figure 8**, p. 44.

3.1 Processus délibératif

Les experts regroupés sont appelés à partager l'information associée à la thématique du guide de pratique. Leur tâche ultime sera d'apprécier les données scientifiques, contextuelles et expérientielles déjà colligées **pour formuler les recommandations du guide de pratique** (figure 8). Pour ce faire, ils se réunissent généralement en groupe, afin de délibérer sur des questions particulières et, idéalement, en arriver à un consensus [HAS, 2010]. Contrairement à la consultation qui consiste strictement à prendre l'avis d'une ou de plusieurs parties prenantes, la délibération vise à expliciter et à confronter des points de vue dans le but de formuler des recommandations. Elle permet de mettre en relation différentes données et perspectives pour rendre compte des risques et des avantages liés à la mise en œuvre des recommandations. Cependant, la délibération ne vise ultimement ni la représentativité des points de vue ni le consensus. Elle sert plutôt à dégager des orientations à partir des convergences et des divergences d'opinions ainsi que les rationalités qui les soutiennent. La délibération vise essentiellement à : 1) assurer l'utilité, la faisabilité et la pertinence des recommandations ; 2) favoriser l'acceptabilité, la diffusion et l'implantation des recommandations par les parties prenantes ; 3) améliorer la qualité et la rigueur des évaluations ; 4) répondre à l'exigence relative à l'efficacité ; et 5) maintenir le processus d'évaluation ouvert, transparent, inclusif, éthique et démocratique [INESSS, 2014].

Certaines techniques de collecte de l'information peuvent être utilisées pour structurer le processus délibératif [INESSS, 2014]. Par exemple, la méthode du groupe de discussion (*focus group*) peut être employée comme méthode délibérative. Elle présente l'avantage de fournir de l'information riche et variée dans une période relativement courte. Elle permet également de modérer les points de vue parfois extrêmes des participants [Patton, 1990]. Les méthodes de consensus peuvent aussi

être appliquées lorsque la convergence est nécessaire sur un point particulier à l'étude. Le groupe nominal et la méthode Delphi sont des techniques de consensus souvent utilisées [HAS, 2010].

Le processus délibératif se doit d'être suivi en toute transparence. Pour ce faire, un procès-verbal des rencontres doit être rédigé et rendu accessible au public, soit via le Web ou, du moins, sur demande. Les opinions divergentes doivent être consignées sous forme de rapport minoritaire et les décisions qui ont été prises doivent être justifiées.

Néanmoins, tous les experts participants n'ont pas le même statut et la même aisance. L'animateur doit s'assurer que la **dynamique de groupe** donne une voix à toutes les parties prenantes. En toutes circonstances, le caractère **démocratique** et la **transparence** des processus sont préconisés. Par ailleurs, le regroupement des experts peut générer des tensions inter ou même intraprofessionnelles. Afin de favoriser la validité et le déroulement démocratique du processus, l'animateur doit donc être attentif à la dynamique du groupe, par exemple à la manière dont le groupe interagit, communique et prend des décisions. Il doit aussi agir comme médiateur en cas de conflit et faciliter l'expression de tous les membres [SIGN, 2008; Pagliari et Grimshaw, 2002; Pagliari *et al.*, 2001]. L'animation des groupes requiert donc des habiletés particulières si l'on veut atteindre les objectifs souhaités tout en permettant à chacun des participants de s'exprimer, même à ceux qui ont moins d'aisance en situation de groupe ou qui sont plus effacés [Patton, 1990].

3.2 Triangulation des données scientifiques, contextuelles et expé- rientielles

Rappelons qu'un **guide de pratique se fonde sur des données scientifiques de qualité**, nuancées par des données contextuelles et expérientielles. La tâche du groupe d'experts sera d'abord de les comparer pour juger de leur compatibilité en vue fournir un tableau-synthèse de l'état des connaissances. La technique de **triangulation des sources** peut être utilisée à cette fin. Celle-ci consiste en une stratégie 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 recommandations [Denzin et Lincoln, 2000].

Denzin et Lincoln [2000] définissent la triangulation des sources comme l'utilisation d'une variété de sources de données dans l'étude.

L'approche proposée s'appuie sur des études scientifiques de **qualité** (voir la section 2.5.1.4 *Évaluation de la qualité scientifique*, p. 28) qui permettent de déterminer si l'effet d'une intervention est **établi, émergent, non établi, inefficace ou nuisible** (voir la section 2.5.1.5 *Synthèse des données scientifiques*, p. 30). L'exercice vise ensuite à établir les **convergences** et les **divergences des données scientifiques par rapport aux données contextuelles et expérientielles**. Pour ce faire, il est suggéré de classer les données contextuelles et expérientielles en fonction de leur niveau de convergence/divergence par rapport aux données scientifiques, lesquelles constituent la base d'un guide de pratique. Cet exercice permet de faire la synthèse des données, de souligner les tendances (p. ex. groupe d'âge visé, contextes d'application) ainsi que les exceptions (p. ex. troubles concomitants, déficience intellectuelle, itinérance ou conditions d'indigence) dont il faudra tenir compte au moment de l'élaboration des recommandations. Le **tableau 3** présente une proposition illustrant différents niveaux de convergence / divergence entre les données.

Poursuivons avec l'exemple d'un guide de pratique portant sur l'intégration sociale de jeunes contrevenants. Les données scientifiques pourraient suggérer qu'une approche comportementale serait établie comme efficace. Néanmoins, des données contextuelles comme la LSJPA pourraient rendre cette approche irrecevable. Les données scientifiques divergeraient alors des données contextuelles. Par contre, les données expérientielles pourraient proposer l'applicabilité de l'approche comportementale spécialement pour les jeunes en phase d'intégration sociale conditionnelle. Les données expérientielles convergeraient alors parfois avec les données scientifiques.

La force relative des types de données dépend de l'objet de l'évaluation. Pour certains guides de pratique, la littérature scientifique peut être moins abondante. Les données contextuelles et expérientielles seront alors davantage à l'appui des données scientifiques.

TABLEAU 3
Triangulation des données contextuelles et expérientielles avec les données scientifiques

DONNÉES CONTEXTUELLES	DONNÉES EXPÉRIENTIELLES
Les données contextuelles convergent parfaitement vers les données scientifiques	Les données expérientielles convergent parfaitement vers les données scientifiques
Les données contextuelles convergent généralement vers les données scientifiques	Les données expérientielles convergent généralement vers les données scientifiques
Les données contextuelles convergent parfois vers les données scientifiques	Les données expérientielles convergent parfois vers les données scientifiques
Les données contextuelles divergent des données scientifiques	Les données expérientielles divergent des données scientifiques

Cette approche offre l'avantage de capitaliser sur des données scientifiques de haute qualité et sur des données contextuelles et expérientielles. Le niveau de convergence / divergence de ces données servira de corpus à la mise à niveau des recommandations et à leur formulation. La complexité de la tâche et la subjectivité des experts imposent toutefois la transparence du processus de triangulation. Les décisions prises en cours de triangulation et leur justification devraient être **consignées et disponibles** pour assurer la responsabilisation de leurs auteurs.

3.3 Élaboration initiale des recommandations et appréciation de leur force

La transformation des données triangulées en recommandations n'est pas faite directement. Une première série de recommandations doit être élaborée suivant le principe de la triangulation. Les experts doivent ensuite porter un jugement sur les avantages escomptés, les risques ou l'effet d'une intervention afin de formuler des recommandations [Verkerk *et al.*, 2006]. Le groupe d'experts s'applique alors à nuancer les données scientifiques, contextuelles et expérientielles pour répondre à certaines questions relatives aux risques et aux avantages associés à l'application des recommandations.

L'approche GRADE est largement utilisée pour classer les recommandations en fonction de leur force relative. Cette approche a été conçue par un groupe de travail afin que l'approche soit commune, transparente et rationnelle par rapport au classement de la qualité de la preuve et de la

force des recommandations en matière de soins de santé. Cependant, elle se fonde sur un principe de hiérarchisation de la preuve [Andrews *et al.*, 2013a; Andrews *et al.*, 2013b; HAS, 2013; Guyatt *et al.*, 2008], ce qui est fondamentalement incompatible avec le principe de diversification des types de données, tel que proposé dans le présent cadre d'élaboration des guides de pratique. Par ailleurs, la catégorie « force faible » proposée par GRADE est critiquée du fait que de telles recommandations sont peu utiles comme aide à la décision [McGregor, 2014].

L'approche proposée permet d'évaluer si les avantages d'une intervention l'emportent sur les risques. L'évaluation des avantages et des risques peut dépendre de divers facteurs comme leur nature, la probabilité qu'ils se produisent, les méthodes de mesure et les représentations des experts engagés dans la démarche [SIGN, 2008; HAS, 2007]. Une recommandation peut entraîner des conséquences à différents niveaux. Les avantages et les risques d'une recommandation peuvent toucher les services sociaux, le bien-être et la qualité de vie des usagers, de leurs proches et des systèmes intégrants. Tous ces niveaux doivent être pris en considération. De plus, les recommandations doivent être équitables pour les personnes qui seront avantagées ou désavantagées par l'implantation des recommandations. Élaborer une recommandation est donc une tâche complexe qui n'est pas sans conséquence. C'est pourquoi les producteurs doivent tout mettre en œuvre pour réduire le doute quant aux avantages escomptés et aux risques prévisibles.

Lors de l'évaluation des avantages et des risques, il importe d'être explicite en ce qui concerne les personnes qui seront avantagées et celles qui seront susceptibles de subir les conséquences de la pratique.

La revue systématique constitue la base des recommandations et elle est soutenue par les données contextuelles et expérientielles. Cette revue devrait avoir répondu aux divers aspects à l'étude, notamment **l'efficacité, la sécurité et l'acceptabilité d'une pratique**. Des éléments comme PICOTS peuvent guider la délibération des experts. Une attention particulière doit alors être portée à la pratique envisagée, aux populations qui en seront bénéficiaires ou désavantagées (p. ex. âge, genre, culture, diagnostic) ainsi qu'aux contextes et aux milieux d'intervention accueillants ou réfractaires (p. ex. famille, quartier, centre d'accueil). Cet exercice doit être réalisé tout en finesse pour permettre, au meilleur des connaissances actuelles, de cibler le plus adéquatement possible les avantages et les risques escomptés. Néanmoins, les résultats attendus de la mise en application d'une recommandation devraient être mesurables à des fins d'évaluation et de développement des connaissances.

Par l'approche de **triangulation** suggérée, il est possible de guider le jugement des experts dans leur tâche d'établissement de la force des recommandations. Sur cette base, plus la convergence des données scientifiques, contextuelles et expérientielles est forte, plus la recommandation le devient. À l'opposé, plus la divergence est forte, plus la recommandation est faible. L'approche permet aussi de considérer les implications des recommandations pour la pratique. Elle statue sur la force des recommandations de niveau très fort à faible tout en les considérant comme modifiables compte tenu de l'état des connaissances actuelles et à venir. En d'autres termes, l'approche permet de diminuer le doute quant aux avantages ou aux risques associés à une intervention. Nous proposons au **tableau 4** un cadre d'analyse de la force des recommandations, qui pourra guider les délibérations des experts.

TABLEAU 4
Cadre d'analyse de la force des recommandations

Force des recommandations	Rapport avantage / risque	Implication pour la pratique
Très forte	Très forte probabilité que la pratique produise plus d'avantages que de risques Ou Très forte probabilité que la pratique produise plus de risques que d'avantages	La pratique pourrait être appliquée à tous les usagers et dans tous les contextes. Ou La pratique devrait être déconseillée pour tous les usagers et dans tous les contextes.
Forte	Forte probabilité que la pratique produise plus d'avantages que de risques Ou Forte probabilité que la pratique produise plus de risques que d'avantages	La pratique pourrait être appliquée à la plupart des usagers et dans un contexte particulier. Ou La pratique devrait être déconseillée à la plupart des usagers et dans la plupart des contextes.
Modérée	Probabilité modérée que la pratique produise plus d'avantages que de risques Ou Probabilité modérée que la pratique produise plus de risques que d'avantages	La pratique pourrait être appliquée à certains usagers et dans un contexte déterminé. Son application devrait être justifiée. Les résultats devraient être évalués et rapportés cas par cas ou par des évaluations sur le terrain ou des programmes. Ou La pratique devrait être déconseillée pour la plupart des usagers et dans la plupart des contextes. Son application devrait être exceptionnelle et justifiée. Les résultats devraient être évalués et rapportés cas par cas.
Faible	Probabilité faible que la pratique produise plus d'avantages que de risques Ou Probabilité faible que la pratique produise plus de risques que d'avantages	Aucune recommandation ne pourrait être formulée. La pratique ne devrait pas être recommandée. Il serait pertinent d'encourager la recherche de données primaires.

Au terme de cette étape, les experts auront étudié le corpus regroupant les données scientifiques, contextuelles et expérientielles. Sur cette base, ils auront délibéré quant aux avantages et aux risques liés à une pratique pour établir la force des recommandations du guide de pratique. Le processus décisionnel devra être consigné et rendu accessible.

3.4 Formulation définitive des recommandations

Lorsque le niveau de la force des recommandations a été **établi** et **validé** par les experts (voir la section portant sur les 2.1 *Processus général de consultation*, p. 17), il faut les **formuler**. Dans une revue systématique des diverses méthodes ou techniques d'élaboration des guides de pratique, Schünemann et ses collaborateurs [2014] ont analysé 35 documents méthodologiques phares produits

par des experts ou des organismes gouvernementaux producteurs de guides de pratique. Du nombre, 24 ont notamment traité de la formulation des recommandations ; la synthèse se résume ainsi :

- Décider de la **terminologie** à utiliser pour assurer la **clarté** et l'**uniformité** de présentation des recommandations dans tout le guide de pratique. Éviter les termes vagues et non spécifiques.
- Écrire les recommandations avec des **verbes d'action** et dans un langage connu des utilisateurs visés.
- Donner **suffisamment d'information** pour que l'utilisateur n'ait pas à se référer à d'autres sources pour comprendre la recommandation.
- Donner des directions claires ou un soutien à l'interprétation pour **décrire l'implication de la force des recommandations** pour l'intervenant, l'usager, le gestionnaire, le décideur politique ou toute autre partie prenante.
- Indiquer dans la recommandation les **populations visées** (usagers et intervenants), **l'intervention recommandée** et les **autres options** d'intervention ou d'approche.
- Inclure des remarques qui décrivent le **contexte**, la **faisabilité** et l'**applicabilité** de la recommandation et souligner les considérations clés comme des **aspects éthiques** et des **conditions particulières** qui doivent être appliqués à la recommandation (p. ex. application à une sous-population, types particuliers d'interventions, applicables selon certaines valeurs et préférences ou lorsque certaines ressources sont disponibles).
- Rapporter la **qualité scientifique** et la **force de la recommandation** en proximité des recommandations.
- Établir la méthode à utiliser pour **valider la formulation** définitive de la recommandation (p. ex. révision et approbation, méthode de consensus).
- Rapporter la recommandation de façon qu'elle soit **compréhensible et lisible** (p. ex. ne pas intégrer la recommandation dans un long paragraphe et ne pas regrouper des recommandations dans une section).

Ainsi, Schünemann et ses collaborateurs [2014] proposent des activités pour la formulation des recommandations, qui imposent des tâches substantielles. Formuler des recommandations exige un exercice de synthèse de l'ensemble de la phase 2 en termes des résultats relatifs à la population visée, d'interventions recommandées et comparées ainsi que de contextes et de conditions particulières d'application. La formulation des recommandations impose aussi un principe de transparence quant à la qualité scientifique, à la force des recommandations et aux processus de validation. Ultimement, elle prépare à l'utilisation des recommandations en précisant la terminologie employée et en s'assurant de leur clarté et de leur lisibilité.

La transition vers l'âge adulte pour les jeunes placés en centre d'accueil peut être difficile. Les données scientifiques indiquent que les services destinés à ces jeunes peuvent leur permettre de trouver le soutien approprié et des conseils au bon moment pour les aider à devenir autonomes, à la condition qu'ils soient dispensés par des professionnels amicaux et disponibles.

L'**encadré 3** donne un exemple de recommandations tirées d'un guide de pratique élaboré conjointement par NICE et SCIE. Ce guide, intitulé *Looked-after children and young people*, porte sur diverses pratiques destinées aux enfants, aux jeunes et à leurs parents. Les recommandations

illustrées se concentrent sur le passage des jeunes à la vie autonome²⁰. Elles s'adressent principalement aux gestionnaires des centres jeunesse. La **figure 8** présente l'ensemble du processus d'élaboration des recommandations.

ENCADRÉ 3

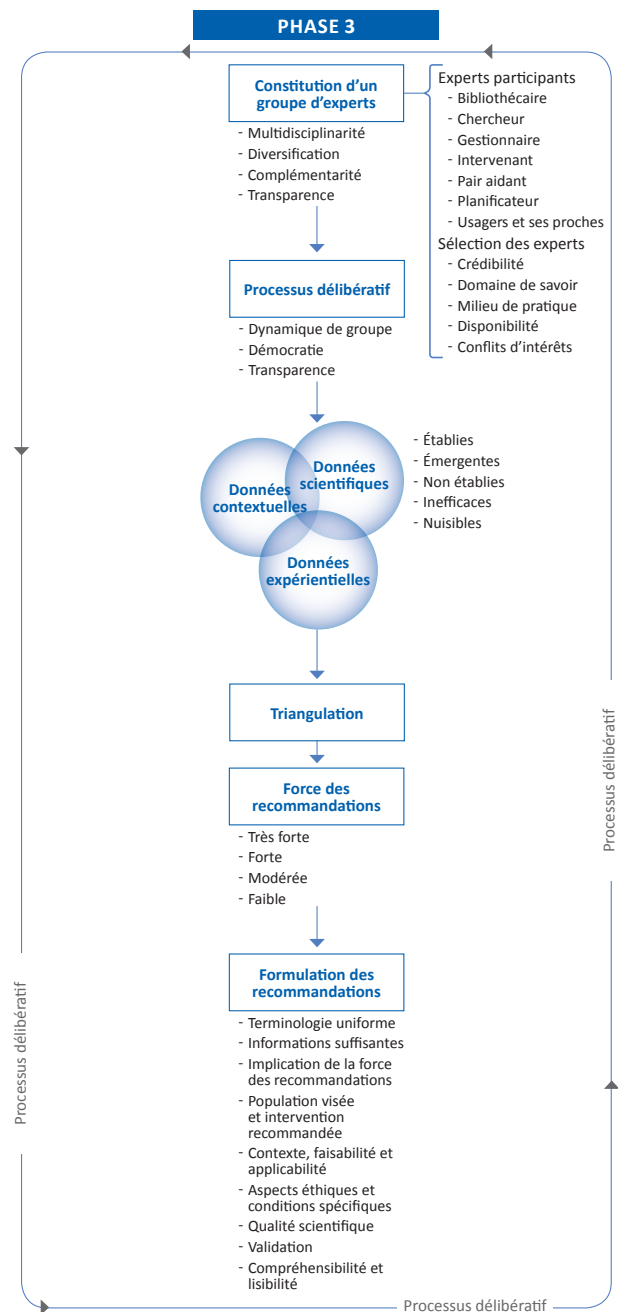
Exemple de recommandations pour le passage à la vie autonome des jeunes*

- Veiller à ce que la préparation à la vie adulte fasse partie du plan d'intervention individualisé des enfants et des jeunes de tous âges. Ces services doivent être adaptés à leur âge et les soutenir pour emménager à leur propre rythme, se sentir intégrés et en sécurité dans leur communauté.
- Établir des protocoles avec les partenaires en logement, en santé et en services sociaux pour adultes afin de soutenir la démarche des jeunes vers le passage à une vie autonome et de considérer ces jeunes comme un groupe prioritaire pour l'accès aux services aux adultes.
- S'assurer que les logements subventionnés permettront aux jeunes en processus de passage vers une vie autonome d'y rester jusqu'à ce qu'ils soient prêts à franchir la prochaine étape vers un logement sécuritaire, ou tout autre hébergement approprié. Le logement subventionné ne doit pas être trop contraignant quant aux périodes de temps allouées ou limité à un âge après lequel le jeune devra déménager ; il doit lui être fourni dans le meilleur de ses intérêts et de ses besoins individuels.
- Donner aux jeunes la possibilité de rester dans une famille d'accueil stable ou dans une maison d'habitation au-delà de l'âge de 18 ans et permettre à ceux qui éprouvent des difficultés à passer à la vie autonome de revenir à la charge de l'autorité locale pour du soutien, y compris au placement précédent s'il est disponible.
- Fournir le même niveau de soutien aux jeunes qui emménagent dans un logement indépendant avec le soutien de leur famille ou de leurs amis qu'à ceux qui viennent de tous autres types de placement. Ce soutien doit inclure :
 - La santé et le développement
 - L'éducation, la formation et l'emploi
 - Les relations avec la famille élargie
 - Les compétences financières et pratiques
 - L'accès à une gamme d'options de logement
 - Le conseil, l'assistance et la planification de la part du travailleur social du jeune ou de son conseiller personnel.
- Encourager et aider le jeune en passage vers la vie autonome à garder contact avec son foyer ou les aidants résidentiels passés qu'il apprécie.
- Veiller à ce que tous les jeunes aient la possibilité de développer l'ensemble des compétences de vie nécessaires pour faire la transition vers la vie autonome et l'âge adulte. La planification de la transition doit tenir compte en particulier de l'apprentissage de compétences (comme cuisiner et magasiner) qui ne sont pas facilement accessibles aux jeunes ayant vécu en institution ou en établissement correctionnel.
- S'assurer que la planification de la transition tiendra pleinement compte des besoins émotionnels et de la capacité de développement des jeunes qui se préparent à emménager dans un logement indépendant.
- S'assurer que la planification de la transition tiendra pleinement compte des besoins complexes des jeunes (y compris les problèmes de santé mentale) afin qu'ils puissent agir à un rythme où ils pourront s'adapter. Il est important de ne pas pousser les jeunes vers l'autonomie trop vite, puisque certains d'entre eux peuvent vivre des épisodes de crise ou de rupture.

*Recommandations tirées d'un guide de pratique élaboré conjointement par NICE et SCIE

20. Le guide de pratique *Looked-after children and young people* [NICE, 2010], y inclus les données scientifiques sur lesquelles il s'appuie, est disponible à : <http://www.nice.org.uk/guidance/ph28/chapter/Scope-and-purpose-of-this-guidance>.

FIGURE 8
Processus d'élaboration des recommandations d'un guide de pratique



PHASE 4

FINALISATION ET IMPLANTATION D'UN GUIDE DE PRATIQUE

La phase 4 a pour objet la finalisation et l'implantation d'un guide de pratique sur le terrain. Une fois les données scientifiques, contextuelles et expérientielles triangulées, la force des recommandations établie et les recommandations formulées (phase 3), il importe de procéder au transfert de ces connaissances.

Au terme de cette phase, le producteur devrait avoir franchi les étapes suivantes d'implantation d'un guide de pratique sur le terrain :

1. Les **utilisateurs visés** sont clairement définis et situés dans leur milieu et contexte respectif d'intervention.
2. Les **différents formats** de présentation du guide de pratique sont déterminés et justifiés.
3. Les **différentes stratégies** d'implantation sont choisies et validées auprès d'utilisateurs et dans des milieux visés afin d'être raffinées.
4. Les **retombées** du guide de pratique sont évaluées.
5. Une **veille informationnelle** est en place en vue d'une **mise à jour** éventuelle.
6. La **date de péremption** du guide est établie et intégrée.

Rappelons que le processus de mobilisation des connaissances a commencé dès la phase 1. Le décideur et son équipe ont alors étudié la problématique en tenant compte du contexte, des milieux et des utilisateurs visés. Ils ont aussi analysé les facteurs qui faciliteront l'utilisation future d'un guide de pratique et ceux qui la contraindront. Les échanges se sont poursuivis à la phase 2 par un processus général de consultation ainsi que la collecte et l'analyse des données contextuelles et expérientielles. À la phase 4, la **coopération** entre le producteur et les parties prenantes se poursuit. Cependant, l'accent est davantage mis sur la **finalisation et l'implantation** d'un guide de pratique. La collaboration d'un spécialiste en transfert des connaissances devient fortement souhaitable. L'ensemble de cette phase est illustré à la **figure 9**, p. 52.

4.1 Utilisateurs visés dans leur contexte et leur milieu

Au cours de la phase 1, le décideur et son équipe ont indiqué les utilisateurs visés par le guide de pratique. De façon générale, les intervenants sont les premiers visés. Toutefois, il existe différents types d'intervenants. Celui-ci peut être un professionnel, un bénévole ou un pair aidant. Il peut travailler en milieu communautaire ou en milieu institutionnel de première ou de deuxième ligne. Sa pratique peut être encadrée par le Code des professions, par des lois ou des règlements de son organisation. Le guide de pratique peut aussi s'adresser à plusieurs types de professionnels comme les psychologues, les psychoéducateurs et les travailleurs sociaux. L'utilisateur visé peut également être un usager ou un gestionnaire. Il faut donc bien connaître **tous les utilisateurs visés par le guide** afin d'orienter la décision quant au niveau de langage et à la forme que prendra le guide de pratique [Bryant, 2012; Eccles et al., 2012].

À la phase 1, les milieux d'intervention et leur contexte ont aussi été analysés afin de jauger le potentiel d'utilisation du guide de pratique. Les obstacles devraient avoir été précisés dès la prise de décision de produire un guide de pratique et des actions correctives devraient avoir été appliquées en cours d'élaboration grâce aux divers échanges et à la mobilisation des connaissances. À la phase 4, une dernière analyse des défis relatifs à l'implantation doit être faite afin de préparer la stratégie d'implantation et d'optimiser l'utilisation du guide de pratique.

Davis et ses collaborateurs [2007] soulignent que ces défis associés à l'implantation peuvent **se situer à différents niveaux de l'écosystème** d'un guide de pratique. Ils peuvent être liés aux intervenants, aux gestionnaires, aux usagers ou à la population et aux organisations. Ces défis peuvent aussi être relatifs à des questions financières ou politiques. Le **tableau 5** détaille différents défis et questions liés au processus d'implantation d'un guide de pratique dans un contexte donné.

TABLEAU 5

Défis et questions liés au processus d'implantation d'un guide de pratique

DÉFIS	QUESTIONS LIÉES AU PROCESSUS D'IMPLANTATION D'UN GUIDE DE PRATIQUE
Intervenants et gestionnaires	• 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	• Connaissent-ils les données scientifiques 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	• 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 <i>leadership</i> 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	• 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	• 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.

Tous ces défis peuvent être interreliés, mais chacun doit être étudié à l'occasion 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 [AETMIS, 2011].

Au terme de cette étape, l'analyse des utilisateurs visés dans leur contexte et milieu devra être raffinée et les divers défis et questions liés au processus d'implantation d'un guide devront être établis.

4.2 Formats du guide de pratique et révision

La mise en forme d'un guide de pratique réfère à une étape de finition visant à le rendre **accessible** et **compréhensible** du point de vue des utilisateurs visés (voir la figure 9). De façon générale, un format standardisé avec une structure, des en-têtes et un contenu particuliers devrait être élaboré ou adopté. Un guide de pratique peut être présenté comme un condensé structuré servant à donner un bref aperçu de la problématique, de la question de pratique, des recommandations et de leur force relative. Il peut aussi être présenté à l'aide d'un schéma qui résume les principales recommandations. Il peut également indiquer l'état des connaissances scientifiques et les lacunes qui doivent être comblées par les données contextuelles et expérientielles. Il peut de plus être présenté sous forme de tableau. Le guide peut enfin être publié en version papier, en version numérique ou être téléchargeable [Schünemann *et al.*, 2014; WHO, 2012; SIGN, 2008; Shiffman *et al.*, 2003].

*Quels que soient les formats d'un guide de pratique, la **transparence du processus d'élaboration** est de mise. Les stratégies de recherche d'information scientifique, le rapport technique, y inclus les références, les tableaux d'extraction des revues systématiques, les commentaires des experts consultés ainsi que les rapports minoritaires des comités, doivent être accessibles, du moins sur demande [Wilson *et al.*, 2012].*

La mise en forme d'un guide de pratique dépend de prime abord des utilisateurs, pris dans leur milieu et leur contexte. Le format du guide de pratique ne doit pas être seulement déterminé suivant des considérations objectives comme le nombre, le niveau de scolarité ou le revenu. Des facteurs subjectifs comme les valeurs, la culture, les connaissances, les besoins et les préférences des utilisateurs et des milieux doivent aussi être pris en considération. Il y a lieu de produire différents formats d'un même guide de pratique en fonction des utilisateurs et des milieux visés.

S'il est **destiné aux usagers**, le guide de pratique peut, notamment, en appui à leur prise de décision, les informer des options d'intervention jugées efficaces ou prometteuses ainsi que de leurs effets désirables et indésirables. Les principaux messages peuvent aussi être diffusés au moyen d'une capsule vidéo, comme le font le Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP) et le Social Care Institute for Excellence (SCIE) pour informer les usagers des résultats de leurs travaux.

À titre d'exemple, le Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP) a préparé divers outils de transfert des connaissances relatives à l'utilisation des couvertures et des vestes lestées à des fins thérapeutiques sur des enfants. Ces outils sont disponibles à l'adresse Internet suivante : <http://www.clipp.ca/>.

Un même guide de pratique peut aussi prendre différentes formes selon les utilisateurs visés [Wilson *et al.*, 2012]. Il peut être fragmenté de façon à produire une série de produits dérivés (aussi appelés trousse) adaptés à divers utilisateurs. C'est le cas du guide de pratique portant sur le syndrome du bébé secoué proposé par le 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 Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales a créé son guide à partir des résultats observés dans la littérature scientifique de façon 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.

Par ailleurs, les formats choisis doivent faire l'objet d'une **validation** et la version définitive doit obtenir l'approbation d'un comité, à l'interne comme à l'externe. Les méthodes de révision externe sont particulièrement importantes (p. ex. lecture externe, consultation publique, publication dans un journal avec révision par les pairs). Elles permettent d'évaluer le guide de pratique en termes de précision, de fonctionnalité, d'organisation et d'utilité des recommandations tout en s'assurant que des perspectives importantes n'ont pas été omises. Ce processus de validation doit être documenté. De plus, les commentaires et les réponses doivent être publiés [NICE, 2012; Shekelle *et al.*, 2012].

Au terme de cette étape, le guide de pratique devra être mis en forme pour devenir accessible aux utilisateurs visés et il est compréhensible. La version définitive du format devra être validée.

4.3 Stratégies d'implantation du guide de pratique

Diverses stratégies peuvent servir à implanter un guide de pratique sur le terrain. Ces stratégies sont parfois interactives et elles exigent la participation des usagers et de leurs proches, des intervenants ou des gestionnaires. D'autres sont plus classiques et se limitent à diffuser de l'information [Grimshaw *et al.*, 2012; Shekelle *et al.*, 2012; Grimshaw *et al.*, 2006; Grol *et al.*, 2005; Grimshaw *et al.*, 2004b]. Le groupe Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) a produit une taxonomie des stratégies d'implantation visant à améliorer la pratique des intervenants et l'organisation des services de santé. L'**encadré 4** présente une adaptation de cette taxonomie au domaine des services sociaux.

*En règle générale, les recommandations des guides de pratique sont peu appliquées lorsqu'elles sont simplement diffusées [Hollon *et al.*, 2014; INESSS, 2012; Grimshaw *et al.*, 2004b].*

ENCADRÉ 4

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, du matériel audiovisuel et des publications en version numérique.
- **Formation professionnelle** : Participation des intervenants à des conférences, à des forums ou à des ateliers.
- **Sensibilisation directe (outreach)** : Visites sur le terrain au cours desquelles une personne formée rencontre des intervenants afin de leur donner de l'information sur l'évolution des pratiques.
- **Marketing** : Recours à des groupes de discussion, à des entretiens individuels ou à des enquêtes auprès des intervenants ciblés afin de repérer les obstacles au changement et de proposer un type d'intervention qui en tiendra 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'interventions, et qui visent le grand public.
- **Transmission d'information sur les usagers** : Nouvelles données cliniques (qui ne sont pas encore disponibles) recueillies directement auprès des usagers et partagées avec les intervenants (p. ex. scores de dépression à partir d'un instrument).
- **Opinion de leaders locaux** : Recours à un intervenant reconnu pour son influence éducative (les chercheurs doivent avoir déclaré explicitement que leur collègue a été désigné comme chef de file en matière d'opinion).
- **Processus consensuel** : Participation des intervenants 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** : Renseignements particuliers fournis verbalement, par écrit ou par Internet, conçus pour rappeler aux prestataires de services l'information qui leur a été communiquée.

Parmi ces stratégies, celle par **processus consensuel**, telle que définie à l'encadré 4²¹, est fondamentale à l'élaboration d'un guide de pratique²². En principe, le processus consensuel doit avoir été mis en place au moyen des nombreuses interactions, et ce, tout au long du processus d'élaboration d'un guide de pratique. Il doit avoir débuté en amont de la décision de produire un guide et se poursuivre jusqu'à sa phase d'implantation. Toutefois, le processus consensuel ne devrait pas se limiter aux échanges avec les intervenants. Il devrait englober les usagers ou la population ainsi que les gestionnaires et les organisations afin de répondre, en cours d'élaboration du guide, aux défis que pose son implantation [Davis *et al.*, 2007].

Quant aux stratégies déployées **en phase d'implantation**, l'hétérogénéité conceptuelle et l'absence de données scientifiques de qualité portant sur leur efficacité complexifient la décision d'opter pour l'une ou pour l'autre. Toutefois, le choix d'une stratégie ne peut être guidé strictement par des considérations **d'efficacité**. Les **coûts relatifs** qui y sont associés doivent aussi être pris en considération. Dans certains contextes économiques, un média de masse, par exemple, peut être préféré à une stratégie potentiellement plus efficace parce que cette dernière est plus coûteuse [Prior *et al.*, 2008; Grimshaw *et al.*, 2006; Grimshaw *et al.*, 2004a; Grimshaw *et al.*, 2004b].

Néanmoins, la stratégie d'implantation doit être appuyée par un modèle théorique compatible avec les utilisateurs visés et leur contexte. Un modèle théorique (p. ex. psychologie cognitive, théories éducationnelles et organisationnelles) permet de cibler les objectifs à réaliser par l'implantation d'un guide de pratique (p. ex. changement de pratique, motivation, attitudes ou connaissances des intervenants). Il existe une abondante littérature portant sur ces modèles [Straus *et al.* 2009]. Le lecteur peut se référer au site Web des Instituts de recherche en santé du Canada pour obtenir une synthèse de ces modèles²³.

Une condition fondamentale pour qu'une stratégie d'implantation soit efficace est que 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. À cet égard, le National Institute of Clinical Studies a réalisé un rapport portant précisément sur les obstacles à l'implantation des recommandations. Les types d'obstacles sont présentés sur différents plans, soit l'innovation, les intervenants, les usagers ainsi que les contextes social, organisationnel, économique et politique [Rainbird *et al.*, 2006]. Le **tableau 6** présente une adaptation des types d'obstacles qui devront être surmontés pour implanter un guide de pratique.

21. Les stratégies d'implantation des guides de pratique sont définies ou décrites de façon inégale dans la littérature. Cette hétérogénéité conceptuelle, voire l'absence de définition concernant certaines stratégies d'implantation, rend leur évaluation difficile [Prior *et al.*, 2008].

22. L'efficacité de cette stratégie aurait été démontrée à propos du changement de comportement des intervenants ou de l'adhésion au guide de pratique [Prior *et al.*, 2008].

23. Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). L'application des connaissances dans les soins de santé : transition des données probantes à la pratique [site Web]. Disponible à : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/40618.html>.

TABLEAU 6

Types d'obstacles à l'implantation d'un guide de pratique selon Rainbird *et al.*, 2006

Plans	Types d'obstacles	Exemples	Solutions proposées
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	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 pour 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 <i>Leadership</i>	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.	

4.3.1 Validation de la stratégie d'implantation

Une stratégie d'implantation est généralement menée en y intégrant différentes approches appliquées dans une séquence qui va du général au particulier. Par exemple, le guide de pratique peut être placé sur un site Web pour ensuite faire l'objet d'une lettre d'info²⁴ puis d'un webinaire. Des coûts y sont associés. Il serait alors prudent de ne pas présupposer de leur efficacité et de les **valider auprès d'un échantillon d'utilisateurs et de milieux visés**. Cette validation permet de raffiner la stratégie pour qu'elle soit davantage prometteuse en termes d'acceptabilité et d'efficacité [Grimshaw *et al.*, 2012].

24. Lettre d'info : lettre à laquelle les internautes peuvent s'abonner dans un site Web, afin de recevoir régulièrement par courriel de l'information brève et récente associée à ce site [OQLF, 2008].

Au terme de cette étape, le processus consensuel se poursuit et d'autres stratégies d'implantation du guide de pratique devront être étudiées. La ou les stratégies choisies devront être appuyées par un modèle théorique, puis validées auprès d'utilisateurs et de milieux visés.

4.4 Évaluation des retombées du guide de pratique

Les retombées d'un guide de pratique renvoient aux effets prévus ou imprévus qui résultent directement ou indirectement de l'élaboration d'un guide de pratique et de son implantation (adapté de Berthelette *et al.* [2008]). Ces effets peuvent être directs ou indirects suivant des délais de mesure à court, moyen ou long terme. Les **effets directs** se réfèrent à l'utilisation du guide de pratique. Ils peuvent être mesurés au moyen d'indicateurs comme l'application des recommandations, le changement de pratique, les frais d'exploitation, l'accès aux services ainsi que la santé, le bien-être et les connaissances des usagers [WHO, 2012]. Les **effets indirects** sont généralement observés à plus long terme. Ils ne sont pas directement liés au guide de pratique, mais ils en découlent. Ils renvoient à des indicateurs comme des changements dans les valeurs et les attitudes, la constitution de réseaux ou l'autonomisation d'un groupe ou d'une collectivité. Ces effets directs et indirects peuvent s'accumuler au fil du temps et il peut devenir compliqué de les évaluer [Gervais et Chagnon, 2010]. Il est proposé d'évaluer les effets directs des **principales recommandations** auprès des utilisateurs visés. Idéalement, une mesure avant l'implantation doit être faite à des fins de comparaison. Les mesures avant-après doivent être prises auprès des **utilisateurs et des milieux visés** par les recommandations. Les parties prenantes de l'élaboration du guide de pratique peuvent alors être mises à contribution pour la collecte de ces données [WHO, 2012]. Il importe aussi de planifier les frais associés à l'évaluation des retombées en termes de ressources humaines et matérielles (voir l'annexe B).

Différents instruments sont proposés pour évaluer les retombées d'un guide de pratique. Dans une revue systématique portant sur les outils d'évaluation des stratégies d'implantation des données scientifiques (données probantes) et de leurs retombées, Van Eerd et ses collaborateurs [2011] constatent que la majorité des instruments repérés ne répondent pas aux critères de validité, de fidélité et de sensibilité pour être considérés comme étant de qualité. Les auteurs spécifient que ces instruments sont généralement conçus pour un contexte particulier, la plupart pour le secteur médical. Ils recommandent que l'élaboration systématique d'instruments de mesure soit entreprise et rapportée dans les revues scientifiques avec assez de détails pour informer sur les processus, les contextes et l'évaluation des retombées, et ce, suivant les normes de scientificité.

4.5 Veille informationnelle

Une fois le guide de pratique implanté, il faut suivre l'état des connaissances sur le sujet. Pour ce faire, un processus de veille informationnelle doit être mis en place. Contrairement à la revue de la littérature (en amont de la conception d'un guide de pratique), la veille est tournée vers l'avenir (en aval). Celle-ci se veut continue et en grande partie itérative. Elle vise une surveillance proactive afin de fournir de l'information qui soutiendra la mise à jour d'un guide de pratique. La collecte de l'information – également appelée le *sourcing* – est généralement effectuée par le bibliothécaire/spécialiste de l'information scientifique²⁵.

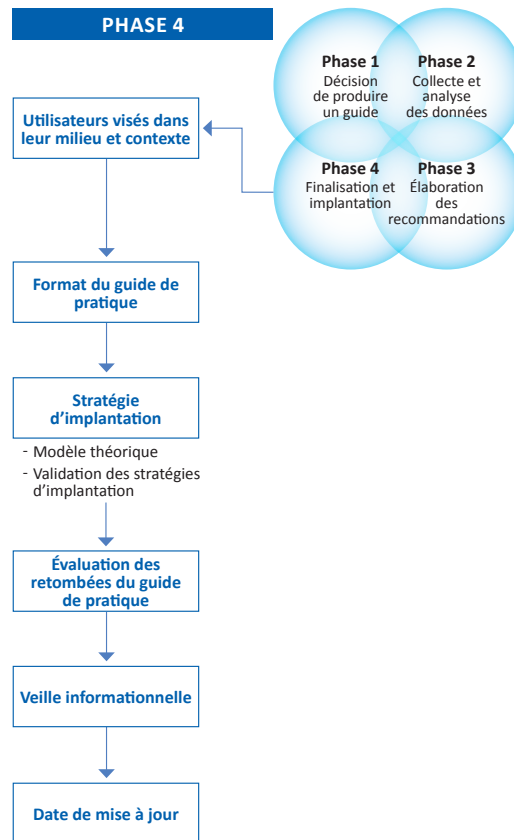
4.6 Mise à jour

Un guide de pratique doit être mis à jour tous les cinq ans à compter de la date de fermeture de la recherche d'information, et ce, même si les modifications apportées peuvent être mineures.

25. Source : Service d'information scientifique de l'INESSS.

Toutefois, la mise à jour peut être faite plus tôt si de nouvelles données ou des changements importants dans l'organisation ou dans le système de santé et de services sociaux viennent moduler les recommandations. La mise à jour est faite suivant la même méthode que celle déployée pour créer un guide inédit. Les questions de pratique peuvent demeurer les mêmes ou être modifiées en fonction de l'état des connaissances [WHO, 2012; 2003]. La **figure 9** présente le processus d'implantation d'un guide de pratique sur le terrain.

FIGURE 9
Finalisation et implantation du guide de pratique



CONCLUSION

Les guides de pratique impliquent la participation de diverses parties prenantes et d'experts dans un objectif annoncé de mobilisation des connaissances. Néanmoins, la décision de produire un guide de pratique doit être éclairée et appuyée par diverses données. Les données contextuelles informent les décideurs sur la pertinence de produire un guide de pratique, eu égard aux parties prenantes et aux contextes d'application. De plus, la disponibilité des données scientifiques est une condition *sine qua non* de la production d'un guide de pratique. Sans ces données, aucun guide de pratique ne pourra être produit. Néanmoins, d'autres stratégies peuvent être envisagées.

Les guides de pratique ne sont pas la panacée pour améliorer la pratique. Dans certaines circonstances, les décideurs et les autres parties prenantes peuvent, par exemple, avoir besoin d'une revue narrative de la littérature pour être au courant des innovations dans un domaine d'intervention. De même, ils peuvent avoir recours à l'évaluation d'un programme existant afin d'en déterminer les effets sur une population en particulier. Ces décideurs et parties prenantes peuvent aussi considérer le *statu quo* tout en faisant une évaluation terrain qui pourrait éventuellement améliorer les services offerts. Toutes ces stratégies sont valables pourvu qu'elles répondent aux besoins des parties prenantes et que les ressources humaines et financières pour y répondre soient disponibles.

Un guide de pratique se présente comme des recommandations destinées à soutenir la pratique d'intervention. Il ne peut être normatif et encore moins servir à standardiser la pratique pour un ensemble d'intervenants. Il vise plutôt à guider l'intervention tout en laissant place au jugement professionnel. Cependant, l'élaboration d'un guide de pratique impose une méthode rigoureuse fondée sur la collecte, l'analyse et la synthèse des meilleures données scientifiques disponibles. La revue systématique des données scientifiques est au cœur de la démarche. Cette méthode de synthèse permet de repérer, d'évaluer et de synthétiser les données scientifiques qui permettront de répondre à des questions touchant divers aspects comme l'efficacité, l'efficience, la sécurité et l'acceptabilité d'une intervention. Évidemment, si les données scientifiques sont rares, voire inexistantes, une autre stratégie d'aide à la décision devra être envisagée, comme celle de la collecte de données primaires.

Les données scientifiques permettent de déterminer les effets d'une intervention. Toutefois, elles ne peuvent assurer que ces effets s'actualiseront dans un contexte donné ni indiquer sous quelles conditions. C'est pourquoi les données scientifiques doivent être triangulées avec les données contextuelles et expérientielles. Les données contextuelles fournissent de l'information quant à l'applicabilité des interventions dans un contexte donné, tandis que les données expérientielles renseignent sur l'expérience dans la pratique comme sur les conditions de réussite, les groupes visés ou à exclure ou encore les contraintes opérationnelles. La convergence ou la divergence entre les données scientifiques et les données contextuelles et expérientielles permet d'établir la force des recommandations sur la base des avantages escomptés et des risques prévus.

Même si la mobilisation des connaissances entre les différents acteurs engagés dans l'élaboration des guides de pratique doit avoir été omniprésente tout au cours du processus, des activités de transfert des connaissances doivent être menées afin d'en favoriser l'utilisation sur le terrain. Le format du guide de pratique doit être adapté aux utilisateurs et aux milieux visés et la version définitive doit faire l'objet d'une validation. La stratégie d'implantation doit être élaborée et appuyée par un cadre théorique qui permettra d'évaluer ultérieurement les retombées du guide de pratique. Après son implantation, un processus de veille informationnelle doit être mis en place pour fournir des renseignements qui soutiendront la mise à jour du guide de pratique.

Enfin, le présent cadre d'élaboration vise à soutenir les concepteurs de guides de pratique dans le secteur des services sociaux. Toutefois, la méthode proposée peut aussi être applicable à d'autres domaines du savoir pour lesquels la complexité des interventions impose de porter divers regards sur les pratiques à l'étude. L'usage de ce cadre vise essentiellement à promouvoir la qualité et l'efficience des interventions pour le mieux-être des populations. Son application devrait être faite en toute transparence et consignée dans une perspective d'amélioration continue de la méthode proposée.

ANNEXE A STRATÉGIE DE RECHERCHE D'INFORMATION SCIENTIFIQUE

PHASE 1

PsycINFO (OvidSP)

Dates de la recherche : 22 décembre 2010, mise à jour 6 mai 2014

Limites : 1995-2014; 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

MEDLINE (PubMed)

Dates de la recherche : 22 décembre 2010, mise à jour 6 mai 2014

Limites : 1995-2014; anglais et français

- #1 guidelines as topic[majr]
- #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 lors de la recherche initiale.

Current Contents (OvidSP)

Date de la recherche : 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

Current Contents (Thomson Reuters)

Date de la recherche : mise à jour 6 mai 2014

Limites : 2011-2014; anglais et français

- #1 TI = (guideline* OR guidance* OR (practice* NEAR/2 guide*) OR (practice* NEAR/2 recommendation*) OR (standard* NEAR/2 practice*))
- #2 TI = ((decision* AND mak*) OR (initiat* OR need OR needs OR topic* OR priori* OR criteria* OR reason* OR determinat*))
- #3 TS = (develop*)
- #4 #1 AND #2 AND #3

CINAHL (EBSCO)

Dates de la recherche : 21 janvier 2011, mise à jour 6 mai 2014

Limites : 1995-2014; anglais et français

- #1 TI (guideline* AND develop*)
- #2 TI ((decision N2 making) OR (initiat* OR need OR needs OR topic* OR priori* OR criteria* OR reason* OR determinat*))
- #3 TI (guideline* OR guidance* OR (practice* N2 guide*) OR (practice* N2 recommendation*) OR (standard* N2 practice*))
- #4 TX (social OR psycholog*)
- #5 (#1 AND #4) OR (#1 AND #2) OR (#2 AND #3 AND #4)

Social Work Abstracts (OvidSP)

Dates de la recherche : 22 décembre 2010, mise à jour 6 mai 2014

Limites : 1995-2014; 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 (Thomson Reuters)

Dates de la recherche : 22 décembre 2010, mise à jour 6 mai 2014

Limites : 1995-2014; anglais et français

- #1 TI = (guideline* OR guidance* OR (practice* NEAR/2 guide*) OR (practice* NEAR/2 recommendation*) OR (standard* NEAR/2 practice*))
- #2 TI = ((decision NEAR/2 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 lors de la recherche initiale.

ERIC (OvidSP)

Dates de la recherche : 22 décembre 2010, mise à jour 6 mai 2014

Limites : 1995-2014; 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

PHASES 2 et 3

PsycINFO (OvidSP)

Dates de la recherche : 22 décembre 2010, mise à jour 8 mai 2014

Limites : 1995-2014; 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 prepar* 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 guideline development.ti
- #7 (#1 AND #2) OR (#3 AND #4 AND (#2 OR #5)) OR #6

MEDLINE (PubMed)

Dates de la recherche : 22 décembre 2010, mise à jour 8 mai 2014

Limites : 1995-2014; anglais et français

- #1 guidelines as topic[majr]
- #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 prepar*[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 (OvidSP)

Date de la recherche : 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

Current Contents (Thomson Reuters)

Date de la recherche : mise à jour 8 mai 2014

Limites : 2011-2014 ; anglais et français

- #1 TI = (guideline* OR guidance* OR (practice* NEAR/2 guide*) OR (practice* NEAR/2 recommendation*) OR (standard* NEAR/2 practice*))
- #2 TI = (develop* OR history OR process* OR creation* OR direction OR prepar* OR (action NEAR/2 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)
- #3 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 NEAR/3 formulat* OR type NEAR/3 evidence OR quality NEAR/3 evidence OR template* OR outline* OR statement*)
- #4 TI = (guideline*)
- #5 TI = (evidence based)
- #6 TI = (guideline develop*)
- #7 TI = (#1 AND #2 AND 3) OR (#2 AND #4 AND #5) OR (#3 AND #6)

CINAHL (EBSCO)

Dates de la recherche : 21 janvier 2011, mise à jour 8 mai 2014

Limites : 1995-2014; anglais et français

- #1 TI (guideline* OR guidance* OR (practice* N2 guide*) OR (practice* N2 recommendation*) OR (standard* N2 practice*))
- #2 TI (history OR process* OR creation* OR direction OR preparat* OR (action N2 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 N3 formulat* OR type N3 evidence OR quality N3 evidence OR template* OR outline* OR statement*)
- #5 (#1 AND #2 AND #3) OR (#1 AND #3 AND #4)

Social Work Abstracts (OvidSP)

Dates de la recherche : 22 décembre 2010, mise à jour 8 mai 2014

Limites : 1995-2014; 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 (Thomson Reuters)

Dates de la recherche : 22 décembre 2010, mise à jour 8 mai 2014

Limites : 1995-2014; anglais et français

- #1 TI = (guideline* OR guidance* OR (practice* NEAR/2 guide*) OR (practice* NEAR/2 recommendation*) OR (standard* NEAR/2 practice*))
- #2 TI = (develop* OR history OR process* OR creation* OR direction OR prepar* OR (action NEAR/2 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 TI = (social OR psycholog*)
- #4 TI = (guideline* NEAR/2 develop*)
- #5 TI = (evidence based)
- #6 TI = (guideline* OR guidance* OR (practice NEAR/3 guide*) OR (practice NEAR/3 recommendation*) OR standard*)
- #7 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 NEAR/3 evidence OR quality NEAR/3 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)

Les fonctions « Cited by » et « Related Records » ont aussi été employées avec les titres les plus prometteurs lors de la recherche initiale.

ERIC (OvidSP)

Dates de la recherche : 22 décembre 2010, mise à jour 8 mai 2014

Limites : 1995-2014; 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

PHASE 4

PsycINFO (OvidSP)

Dates de la recherche : 2 février 2011, mise à jour 8 mai 2014

Limites : 1995-2014; anglais et français

- #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 (guideline* OR guidance* OR practice guide* OR practice recommendation* OR standard*).ti
- #6 (transfer* OR translat* OR disseminat* OR utilizat* OR utilisat* OR implement* OR diffus* OR exchang* OR applicat* OR adopt* OR adher* OR deliver*).ti
- #7 (review OR reviews OR meta-analysis OR synthesis OR overview OR survey).ti,ab
- #8 ((#1 AND #2) OR (#3 AND #4) OR (#5 AND #6)) AND #7

MEDLINE (PubMed)

Dates de la recherche : 1^{er} février 2011, mise à jour 8 mai 2014

Limites : 1995-2014; anglais et français

- #1 guidelines as topic[majr] 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 #1 AND #2 AND #3 AND #4

Current Contents (OvidSP)

Date de la recherche : 2 février 2011

Limites : 1995-2011; anglais et français

- #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

Current Contents (Thomson Reuters)

Date de la recherche : mise à jour 8 mai 2014

Limites : 1995-2011; anglais et français

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

CINAHL (EBSCO)

Dates de la recherche : 3 février 2011, mise à jour 8 mai 2014

Limites : 1995-2014; anglais et français

- #1 TI (guideline* OR guidance* OR (practice* N2 guide*) OR (practice* N2 recommendation*) OR (standard* N2 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 (OvidSP)

Dates de la recherche : 2 février 2011, mise à jour 8 mai 2014

Limites : 1995-2014; anglais et français

- #1 (guideline* OR guidance* OR practice guide* OR practice recommendation* OR standard*).ti,ab
- #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 (Thomson Reuters)

Dates de la recherche : 2 février 2011, mise à jour 8 mai 2014

Limites : 1995-2014; anglais et français

- #1 TI = (guideline* OR guidance* OR (practice* NEAR/3 guide*) OR (practice* NEAR/3 recommendation*) OR (standard* NEAR/3 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 TI = (review OR reviews OR meta-analysis OR synthesis OR overview OR survey)
- #4 #1 AND #2 AND #3

ERIC (OvidSP)

Dates de la recherche : 2 février 2011, mise à jour 8 mai 2014

Limites : 1995-2014; anglais et français

- #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 exchang* OR applicat* OR adopt* OR adher* OR deliver*).ti
- #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)

ANNEXE B MATRICE DE RESSOURCES HUMAINES ET BUDGÉTAIRES DES PROJETS DE L'INESSS

INESSS

Budget pour l'année financière 201X - 201(X+1)

Projet :

Code :

A. Ressources									
	Heures	Taux horaire	Total Rém. brut	Part employeur	Total A.				
				30%					
Chercheur 1	0	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$
Chercheur 2	0	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$
Chercheur 3	0	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$
Sous-total A.	0		- \$	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$
B. Consultants externes									
	Heures	Taux horaire	Total honoraires	Total B.					
Professionnel	0	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$
Professionnel	0	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$
Professionnel	0	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$
Sous-total B.	0		- \$	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$
C. Comité d'experts									
	Nbre session/ année financière	Nbre heures préparation/ session	Nbre heures/ session	Total heures	Taux horaire*	Total honoraires	Frais déplacement	Frais de réunion	Total C.
Membre président	0	0	0	0	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$
Membre 1	0	0	0	0	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$
Membre 2	0	0	0	0	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$
Membre 3	0	0	0	0	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$
Membre 4	0	0	0	0	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$
Membre 5	0	0	0	0	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$
Membre 6	0	0	0	0	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$
Sous-total C.	0				- \$	- \$	- \$	- \$	- \$
D. Frais de déplacement pour les ressources INESSS (A.)									0
E. Sous-total A. + B. + C. + D.									- \$
F. Soutien administratif (estimation 9% de E.)									- \$
Secrétariat									
Ressources matérielles									
Ressources informationnelles									
Ressources financières									
G. Communication - transfert de connaissances (estimé 2% de E.)									- \$
H. Soutien encadrement méthodologique et scientifique (estimé 5% de E.)									- \$
Documentation et rédaction scientifique									
Recherche documentaire									
Analyse économique									
Total budget du projet (E. + F. + G. + H.)									- \$

Préparé par finances - INESSS

* Sous condition de non double-paiement.

PROCESSUS GÉNÉRAL DE CONSULTATION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ ET DE L'INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

La Haute Autorité de Santé (HAS) utilise, notamment, une méthode systématique d'élaboration des recommandations par consensus formalisé [HAS, 2010]. Cette méthode implique la participation de différentes parties prenantes, dont des experts dans l'élaboration des recommandations. En résumé, la méthode implique l'intervention de trois groupes dont les rôles sont prédéfinis. Le premier est un groupe de pilotage composé de 6 à 8 professionnels et représentants d'usagers, dont l'un assure la présidence et au moins un autre est chef de projet (membre de la HAS). Les membres doivent avoir une bonne connaissance de la pratique professionnelle dans le domaine à l'étude. Le deuxième est un groupe de cotation constitué de 9 à 15 professionnels directement engagés dans leur pratique quotidienne. Leur rôle est de sélectionner les propositions à retenir pour rédiger la version initiale des recommandations sur la base du niveau de preuve et de l'expérience pratique des membres. Le processus nécessite deux tours de vote. Le troisième est un groupe de lecture qui comprend de 30 à 50 parties prenantes, expertes ou non. Ce groupe commente le fond et la forme de la version initiale, et notamment son applicabilité, son acceptabilité et sa lisibilité. Les membres du groupe ne sont pas réunis et ils donnent leurs avis à titre individuel [HAS, 2010].

Par ailleurs, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a établi trois types de groupes nécessaires à l'élaboration des guides de pratique, soit : les groupes de pilotage, de révision externe et de production du guide. Le groupe de pilotage soutient le processus d'élaboration lors du cadrage du guide, de l'élaboration des recommandations initiales, de la détermination des éléments PICOTS et de la collecte des données scientifiques ainsi que pour la constitution des groupes de révision et de production, l'organisation de leurs rencontres ainsi que la rédaction et la finalisation du guide de pratique. Le groupe de pilotage est constitué de membres (moins de 10) de ministères (*departments*) ou de bureaux régionaux directement engagés dans l'élaboration d'un guide. Le groupe de révision externe est, pour sa part, composé de détenteurs d'intérêts, y inclus des experts de contenu appelés à commenter la production à différentes étapes du processus (p. ex. cadrage, éléments PICOTS, recommandations initiales). Ce groupe est diversifié en termes de genre et de localisation géographique [WHO, 2012].

À la création de tout comité accompagnant un projet de l'INESSS, l'information suivante doit être colligée :

- *le nom des membres du comité et les critères de sélection des membres ;*
- *le mandat du comité, y compris la portée de la contribution du comité au résultat final des travaux et par rapport aux recommandations ;*
- *les attentes à l'égard des membres et la nature du travail demandé, par exemple le nombre de rencontres, les étapes du projet auxquelles le groupe contribuera, la lecture de documents préparatoires, la lecture du rapport final, etc. ;*
- *les modalités entourant les travaux, notamment les communications avec le groupe, l'enregistrement des discussions, les comptes rendus, le mode de décision par vote ou par consensus, etc. ;*
- *la reconnaissance de la participation des membres (coauteurs du document, collaborateurs, remerciements des membres du comité) et la mention indiquant si le produit final engage leur responsabilité ;*
- *les procédures administratives (honoraires et remboursements, engagement au respect de la confidentialité, propriété intellectuelle, déclaration de conflit d'intérêts).*

Le groupe de production est composé d'experts externes dont la principale tâche est de formuler des recommandations sur la base de données probantes. Son rôle est de colliger et de classer les données, de conseiller le groupe de cadrage, d'évaluer la preuve, les avantages et les inconvénients qui y sont associés et de formuler les recommandations finales qui tiennent compte des valeurs et des préférences. Les membres de ce groupe se réunissent au moins une fois face à face et par visioconférence. Le groupe de production se doit d'être multidisciplinaire (10 à 20) et il doit aussi être réparti selon le genre et la situation géographique. L'objectif est d'avoir un groupe équilibré qui inclut des experts techniques, des gestionnaires ou des directeurs de programme, des représentants des patients ainsi que des chercheurs et des experts en évaluation de la preuve, en élaboration de guides de pratique, en économie de la santé et en statistique. L'OMS s'assure également de la présence continue du rédacteur du guide ainsi que de celle d'un président qui doit être un expert dans l'animation de groupe et dans l'interprétation de la preuve [WHO, 2012].

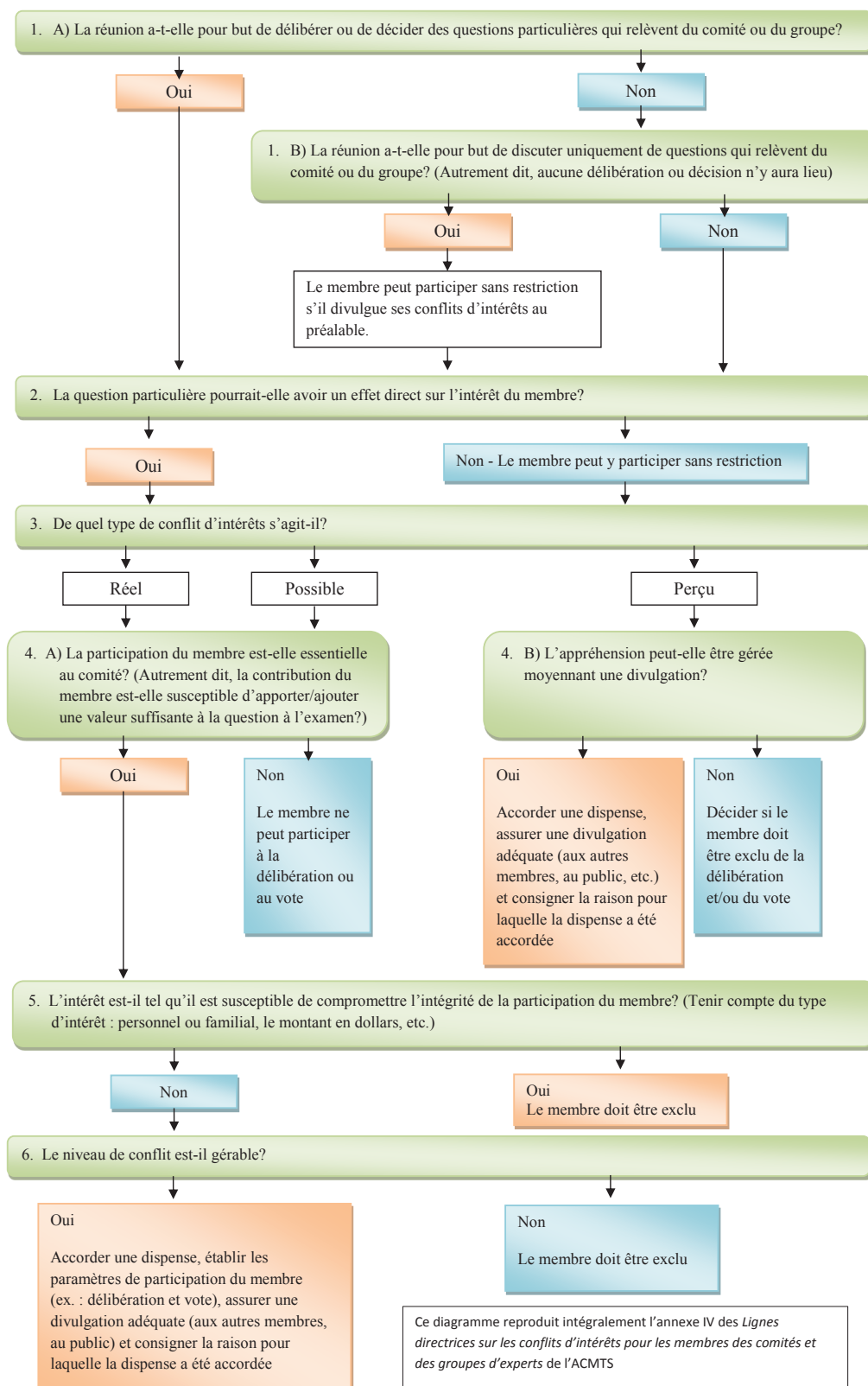
Pour sa part, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a établi un processus de production et de gestion de ces projets, y compris pour les guides de pratique. En résumé, un cadrage de la demande est réalisé après la mise sur pied de l'équipe de projet et d'un comité de suivi [INESSS, 2013d]. L'équipe de projet est généralement constituée de scientifiques de l'INESSS auxquels peuvent se joindre des partenaires externes. Un comité de suivi est aussi créé. Ce comité regroupe les personnes représentant les organismes demandeurs à l'origine du projet ou qui sont interpellés par une problématique et qui ont accepté de participer aux travaux, y compris à l'implantation des recommandations. De plus, des comités consultatifs sont mis sur pied selon les besoins de chaque projet. Plus d'un comité peut être créé si nécessaire, selon les sujets à traiter ou selon le type d'acteurs qui y participent. Plusieurs comités peuvent aussi se rassembler en forum. Les membres du comité de gestion et de production sont des individus ou des représentants d'organisations, selon les besoins du dossier. On peut y trouver aussi des patients ou des usagers ainsi que des citoyens. Ce type de comité est généralement formé pour accompagner la préparation d'un guide de pratique. Il peut se prononcer sur les questions clés au début de l'exercice afin de contribuer à son orientation, puis sur la formulation des recommandations ainsi que sur la pertinence des produits de transfert de connaissances. Les membres fournissent de l'information, de l'expertise, émettent des opinions ou indiquent des perspectives essentielles à la réalisation des travaux. Ils offrent aussi de la rétroaction à différentes étapes du projet. Enfin, la participation d'un comité scientifique permanent en santé et en services sociaux et de lecteurs externes est également prévue au cours du processus d'élaboration d'un guide de pratique.

ANNEXE D

DIAGRAMME EN MATIÈRE DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Diagramme de processus en matière de conflits d'intérêts

Tous les membres sont tenus de divulguer leurs conflits d'intérêts conformément aux lignes directrices sur les conflits d'intérêts.



Ce diagramme reproduit intégralement l'annexe IV des Lignes directrices sur les conflits d'intérêts pour les membres des comités et des groupes d'experts de l'ACMTS

ANNEXE E EXAMEN SYSTÉMATIQUE DES RECHERCHES DU SCIE : LIGNES DIRECTRICES [RUTTER *ET AL.*, 2010]

Critères généraux minimaux (études empiriques)

Voici certains des critères généraux utilisés au SCIE pour ce type d'étude :

- Le plan de l'étude est-il approprié pour répondre à la question de recherche ?
- Les utilisateurs et les aidants ont-ils participé à la conception de l'étude ?
- Les participants ont-ils donné leur consentement pour prendre part à l'étude ?
- Le but de l'étude a-t-il été expliqué de façon honnête aux participants ?
- Si un échantillonnage représentatif a été utilisé, la base de l'échantillonnage (critères de sélection des participants) était-elle représentative de la population à l'étude, notamment la répartition des différents groupes ethniques, lorsque c'était pertinent pour le contexte, l'emplacement géographique, etc. ?
- Si un échantillonnage représentatif a été utilisé, les participants admissibles ont-ils tous eu une probabilité équivalente d'être recrutés ?
- L'échantillonnage a-t-il été effectué de façon aléatoire ou dirigée ?
- S'il était dirigé, ce choix a-t-il été bien justifié ?
- Est-ce que toutes les personnes recrutées pour l'étude étaient toujours présentes à la fin de l'exercice ?
- L'étude fait-elle état des participants qui ont mis fin à leur participation et de leurs motifs ?
- La collecte des données a-t-elle été effectuée indépendamment par des personnes ne participant pas à la prestation de services ou aux interventions ?
- L'analyse des données a-t-elle été effectuée indépendamment par des personnes ne participant pas aux interventions ?
- Les auteurs ont-ils présenté des résultats pour tous les objectifs qu'ils avaient définis au début de l'étude ?
- Les auteurs ont-ils déclaré les profits qu'ils pourraient tirer des résultats de l'étude (p. ex. : avantages financiers ou professionnels découlant des interventions) ?

Critères minimaux (supplémentaires) pour les données qualitatives

L'exemple concret du SCIE [Fisher *et al.*, 2005 dans Rutter *et al.*, 2010, p. 54] portait sur le point de vue des personnes âgées à propos des congés de l'hôpital ; quatre marqueurs de qualité ont été utilisés :

- La qualité du plan – l'étude a-t-elle produit des résultats pertinents pour la question de recherche ?
- Le rôle central accordé au point de vue des personnes âgées – l'étude faisait-elle état du point de vue des personnes âgées (p. ex. ou de leurs aidants) ?
- La qualité des rapports et de l'analyse – les études étaient-elles assez approfondies et détaillées pour produire des résultats fiables ?
- La possibilité de généraliser – les études évaluaient-elles la pertinence de leurs résultats par rapport à une population plus nombreuse ou à un contexte élargi ?

Il ne sera pas possible de réaliser une bonne synthèse si l'évaluation qualitative n'est pas suffisamment détaillée. Par exemple, la synthèse devrait donner davantage de poids aux études portant directement sur la question de recherche (pertinence du sujet, et mention des gens touchés par le service en question) ainsi qu'à celles qui renforcent la fiabilité de leurs résultats en mettant

l'accent sur la profondeur, le détail et le potentiel d'application à une population plus nombreuse et à un contexte élargi. Les évaluateurs se fieront en priorité aux études qu'ils estiment de qualité supérieure et ils seront influencés par ce jugement tout au long de la synthèse des données qualitatives.

Critères minimaux (supplémentaires) pour les données quantitatives

Les critères d'évaluation pour différents types d'études quantitatives varient selon le plan de chacune. Un outil convenant à l'évaluation de la qualité d'un essai clinique *randomisé* (ECR) ne sera pas approprié pour évaluer la qualité d'un sondage. Au moment de l'évaluation de différents types de données quantitatives, il sera nécessaire d'utiliser l'outil approprié. Il n'existe pas d'outil unique.

Lorsque l'utilisation de données quantitatives est planifiée pour une évaluation, les évaluateurs doivent déterminer quels outils ils utiliseront. Un bon point de départ pour cette tâche est la liste d'exemples récemment dressée par Petticrew et Roberts [2006]. D'autres données sont disponibles dans la banque de données du NHS Centre for Reviews and Dissemination [CRD, 2009].

Les évaluations critiques devraient toujours faire l'objet de discussions (en équipe) aux étapes de la rédaction du protocole et de la présentation du rapport provisoire afin de garantir que des plans appropriés sont en place et que les outils pertinents sont disponibles.

Au minimum, les études quantitatives doivent évaluer les éléments suivants en plus des critères généraux énumérés ci-dessus :

- Est-ce qu'un nombre suffisant de participants ont été recrutés pour permettre de répondre à la question de recherche de manière fiable ?
- Les participants avaient-ils tous la même chance d'être recrutés pour l'étude ?
- Est-ce qu'une quantité suffisante de données a été présentée pour que les résultats soient valides (en ce qui concerne toutes les variables : dépendantes, indépendantes, résultats) ?
- Est-ce qu'une quantité suffisante de données a été présentée pour que les résultats soient utiles (en ce qui concerne toutes les variables : dépendantes, indépendantes, résultats) ?
- Si l'étude comprenait un groupe de comparaison ou un groupe témoin, était-il suffisamment semblable au groupe expérimental pour pouvoir y être comparé ?
- Si l'étude comprenait un groupe de comparaison ou un groupe témoin, a-t-il été traité de la même façon que le groupe expérimental tout au long de l'étude ? Sinon, a-t-on tenté de tenir compte de cette différence ?

Si l'étude comprenait un groupe de comparaison ou un groupe témoin, comment les participants ont-ils été répartis ? Qui s'est chargé de la répartition ?

ANNEXE F

BANQUES DE DONNÉES QUÉBÉCOISES SOUVENT CONSULTÉES DANS UN OBJECTIF DE COLLECTE DE DONNÉES CONTEXTUELLES

BANQUE DE DONNÉES	TYPE D'INFORMATION	ADRESSE INTERNET
Banque de données des statistiques officielles du Québec et glossaire	Commerce extérieur Comptes économiques Conjoncture économique Affaires municipales Industrie bioalimentaire Institutions financières et coopératives Science, technologie et innovation Secteur manufacturier Tourisme Conditions de vie et bien-être Culture et communications Démographie Éducation Justice et sécurité publique Participation sociale Travail et rémunération Santé Énergie Environnement Transport, entreposage et infrastructure	http://www.bdso.gouv.qc.ca/pls/ken/iwae.proc_acce?p_temp_bran=ISQ
RAMQ	Services rémunérés à l'acte Services pharmaceutiques Services rémunérés par un salaire ou des honoraires fixes Services rémunérés par des vacations Services rémunérés selon un mode mixte Services de laboratoire en établissement Services rendus hors Québec Aides techniques Rémunération des résidents Mesures incitatives Mesures particulières Assurance responsabilité professionnelle Fichier d'inscription des personnes assurées Fichier d'inscription des professionnels Fichier d'admissibilité au régime général d'assurance médicaments Fichier avec une date index Liste des services assurés médecine Liste des services assurés médicaments Hygiène mentale Données d'hospitalisation (Med-Echo) Registre de la salle d'urgence Performance hospitalière Clientèle et services des CLSC Surveillance médico-environnementale de la santé des travailleurs (SMEST) Fichier des tumeurs du Québec Registre des traumatismes du Québec Données des recensements canadiens	http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/donnees-statistiques/Pages/donnees-statistiques.aspx

BANQUE DE DONNÉES	TYPE D'INFORMATION	ADRESSE INTERNET
Institut de la statistique du Québec	Superficie en terre ferme (2007) Densité de population (2007) Population totale (2007) 0-14 ans 15-24 ans 25-44 ans 45-64 ans 65 ans et plus Solde migratoire total (2006-2007) Perspectives démographiques (variation 2026/2001) Emplois (septembre 2008) ¹ Taux d'activité (septembre 2008) ¹ Taux d'emploi (septembre 2008) ¹ Taux de chômage (septembre 2008) ¹ Revenu disponible par hab. (2007) PIB aux prix de base (2007) Dépenses en immobilisation (2008) Exportation de marchandises (2005)	http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/region_00/region_00.htm
Éco-santé	Conditions démographiques. Conditions socioculturelles. Conditions socioéconomiques. Environnement physique. Environnement social (adaptation sociale). Habitudes de vie et comportements. Services de santé. État de santé globale. État de santé physique. État de santé psychosociale ou mentale. Aspects méthodologiques	http://www.ecosante.fr/index2.php?base=QUEB&langh=FRA&langs=FRA&sessionid=
Centre interuniversitaire québécois de statistiques sociales	Registre des événements démographiques du Québec : Fichiers des naissances vivantes Fichiers des décès Fichiers des morts et naissances Fichiers des mariages Enquête sur les besoins et les préférences des familles en matière de services de garde, 2004 Enquête sur les besoins des familles en matière de services de garde éducatifs, 2000-2001	http://www.ciqss.umontreal.ca/
Cours du Québec	Jugements des tribunaux et organismes administratifs du Québec	http://www.jugements.qc.ca/
UQAM	Liste des bases de données statistiques les plus consultées	http://www.bibliotheques.uqam.ca/ressources/bases/donnees_statistiques_et_geographiques/bases.html

RÉFÉRENCES

- ADAPTE Collaboration. Guideline adaptation: A resource toolkit. Version 2.0. Guidelines International Network (G-I-N); 2009. Disponible à : <http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf>.
- Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). La mobilisation des connaissances : synthèse des réflexions sur la pratique à l'AETMIS. Rapport rédigé par Monique Fournier. Montréal, Qc : AETMIS; 2011. Disponible à : http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/TransfertMobilisationConnaissances/La_mobilisation_des_connaissances.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/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_French.pdf.
- American Psychological Association (APA). Determination and documentation of the need for practice guidelines. *Am Psychol* 2005;60(9):976-8.
- American Psychological Association (APA). Criteria for practice guideline development and evaluation. *Am Psychol* 2002;57(12):1048-51.
- Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: The significance and presentation of recommendations. *J Clin Epidemiol* 2013a;66(7):719-25.
- Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation-determinants of a recommendation's direction and strength. *J Clin Epidemiol* 2013b;66(7):726-35.
- Bate P. Context is everything. Dans : Perspectives on context: A selection of essays considering the role of context in successful quality improvement. Londres, Angleterre : Health Foundation; 2014 : 1-29. Disponible à : <http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/4708/Perspectives%20on%20context.pdf?realName=7ISY0A.pdf>.
- Battista RN et Hodge MJ. Setting priorities and selecting topics for clinical practice guidelines. *CMAJ* 1995;153(9):1233-7.
- Beauchamp S et Moqadem K. Contribution de la recherche qualitative à l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Dans : Guide pratique en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé à l'intention des chercheurs de l'AETMIS. Montréal, Qc : Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS); 2008 : Chapitre 11.
- Berthelette D, Bilodeau H, Chagnon F, Desnoyers L, Lafond J, Lévesque G, et al. Rapport du Groupe de travail sur les retombées de la recherche en santé. Montréal, Qc : Institut Santé et société, Université du Québec à Montréal; 2008. Disponible à : <https://iss.uqam.ca/upload/files/retombeessiss.pdf>.
- 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://www.who.int/social_determinants/tools/SD_Publichealth_eng.pdf.
- Bronfenbrenner U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge, MA : Harvard University Press; 1979.
- Bryant A. Development of guidelines for the selection of appropriate reading material for clients with low health literacy. *JOCEPS: The Journal of Chi Eta Phi Sorority* 2012;56(1):17-20.

- Centre for Reviews and Dissemination (CRD). Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. Londres, Angleterre : CRD; 2009. Disponible à : http://www.york.ac.uk/inst/crd/index_guidance.htm.
- Chambers D, Rodgers M, Woolacott N. Not only randomized controlled trials, but also case series should be considered in systematic reviews of rapidly developing technologies. *J Clin Epidemiol* 2009;62(12):1253-60.
- Chambless DL, Baker MJ, Baucom DH, Beutler LE, Calhoun KS. Update on empirically validated therapies, II. The *Clinical Psychologist* 1998;51(1):3-16.
- Curry SJ. Organizational interventions to encourage guideline implementation. *Chest* 2000;118(2 Suppl):40S-46S.
- Davies P, Walker AE, Grimshaw JM. A systematic review of the use of theory in the design of guideline dissemination and implementation strategies and interpretation of the results of rigorous evaluations. *Implement Sci* 2010;5:14.
- Davis D, Goldman J, Palda VA. Manuel sur les guides de pratique clinique. Ottawa, ON : Association médicale canadienne; 2007. Disponible à : <http://www.infobanque-amc.ca/handbook2.pdf>.
- Davis J, Roberts R, Davidson DL, Norman A, Ogston S, Grimshaw JM, et al. Implementation strategies for a Scottish national epilepsy guideline in primary care: Results of the Tayside Implementation of Guidelines in Epilepsy Randomized (TIGER) Trial. *Epilepsia* 2004;45(1):28-34.
- Denzin NK et Lincoln YS. Handbook of qualitative research. 2e éd. Thousand Oaks, CA : Sage; 2000.
- Dobrow MJ, Goel V, Lemieux-Charles L, Black NA. The impact of context on evidence utilization: A framework for expert groups developing health policy recommendations. *Soc Sci Med* 2006;63(7):1811-24.
- Dobrow MJ, Goel V, Upshur RE. Evidence-based health policy: Context and utilisation. *Soc Sci Med* 2004;58(1):207-17.
- Eccles M, Grimshaw JM, Shekelle P, Schünemann HJ, Woolf S. Developing clinical practice guidelines: Target audiences, identifying topics for guidelines, guideline group composition and functioning and conflicts of interest. *Implement Sci* 2012;7:60.
- 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* 1996a;5(1):44-50.
- Eccles M, Clapp Z, Grimshaw J, Adams PC, Higgins B, Purves I, Russell I. North of England evidence based guidelines development project: Methods of guideline development. *BMJ* 1996b;312(7033):760-2.
- 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):1-4.
- Fournier MF. Knowledge mobilization in the context of health technology assessment: An exploratory case study. *Health Res Policy Syst* 2012;10:10.
- Gagnon Y-C. L'étude de cas comme méthode de recherche. Sainte-Foy, Qc : Presses de l'Université du Québec; 2005.

- 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>.
- 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.
- Graham ID, Beardall S, Carter AO, Tetroe J, Davies B. The state of the science and art of practice guidelines development, dissemination and evaluation in Canada. *J Eval Clin Pract* 2003;9(2):195-202.
- Gray M, Plath D, Webb SA. *Evidence-based social work: A critical stance*. New York, NY : Routledge; 2009.
- Grimshaw JM, Schünemann HJ, Burgers J, Cruz AA, Heffner J, Metersky M, Cook D. Disseminating and implementing guidelines: Article 13 in Integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report. *Proc Am Thorac Soc* 2012;9(5):298-303.
- Grimshaw JM, 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-S20.
- Grimshaw JM, Eccles M, Tetroe J. Implementing clinical guidelines: Current evidence and future implications. *J Contin Educ Health Prof* 2004a;24(Suppl 1):S31-S37.
- Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004b;8(6):1-72.
- Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Med Care* 2001;39(8 Suppl 2):1146-54.
- Grol R, Wensing M, Eccles M. *Improving patient care: The implementation of change in clinical practice*. New York, NY : Elsevier Butterworth Heinemann; 2005.
- Groulx L-H. Querelles autour des méthodes. *Socio-anthropologie* n°2, 1997. Disponible à : <http://socio-anthropologie.revues.org/30> (consulté le 2 juin 2014).
- Guyatt G, Prasad K, Schünemann H, Jaeschke R, Cook DJ. How to use a patient management recommendation. Dans : Guyatt G, Rennie D, Meade MO, Cook DJ, réd. *User's guides to the medical literature: A manual for evidence-based clinical practice*. New York, NY : McGraw-Hill; 2008 : 597-618.
- Haute Autorité de Santé (HAS). *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique – État des lieux*. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2013. Disponible à : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf.

- Haute Autorité de Santé (HAS). Élaboration de recommandations de bonne pratique : méthode « Recommandations par consensus formalisé ». Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2010. Disponible à : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_methodologique_sur_la_methode_recommandations_par_consensus_formalise_rcf.pdf.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Méthode et processus d'adaptation des recommandations pour la pratique clinique existantes. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2007. Disponible à : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/method_process_adaptation_rpc_2.pdf.
- Higgins JP et Green S. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. Version 5.1.0 [updated March 2011]. Londres, Angleterre : Cochrane Collaboration; 2011. Disponible à : <http://handbook.cochrane.org/>.
- Hollon SD, Areal PA, Craske MG, Crawford KA, Kivlahan DR, Magnavita JJ, et al. Development of clinical practice guidelines. *Annu Rev Clin Psychol* 2014;10:213-41.
- Huberman AM et Miles MB. Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes. Bruxelles, Belgique : De Boeck; 1991.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Consultation des parties prenantes : document de référence. Rapport rédigé par Monique Fournier et Pierre Dagenais. Québec, Qc : INESSS; 2014. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_Consultation_Parties_Prenantes.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Les normes de production des revues systématiques : guide méthodologique. Document rédigé par Valérie Martin et Jolianne Renaud sous la direction de Pierre Dagenais. Québec, Qc : INESSS; 2013a. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_Normes_production_revues_syst%C3%A9matiques.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Les produits de l'INESSS. Québec, Qc : INESSS; 2013b. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/ProductionScientifique/INESSS_Typologie_ProductionsScientifique.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Définition de la mobilisation des connaissances à l'INESSS. Québec, Qc : INESSS; 2013c. Disponible à : http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/TransfertMobilisationConnaissances/Definition_mobilisation_des_connaissances-INESSS.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Le cadrage des projets à l'INESSS : document méthodologique. Rapport rédigé par Pierre Dagenais et Valérie Martin. Québec, Qc : INESSS; 2013d. Disponible à : http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_Metho_Cadragedesprojets.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). 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, document rédigé par Sylvie Beauchamp et Jean-Pierre Duplantie avec la collaboration de Jean-Marie Moutquin, Pierre Dagenais et Céline Mercier. Québec, Qc : INESSS; 2012. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/ServicesSociaux/Guide_pratique/GuidePratique_ServicesSociaux.pdf.
- Institute of Medicine (IOM). Clinical practice guidelines we can trust. Washington, DC : National Academies Press; 2011a. Disponible à : http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/International/IOM_CPG_lang_2011.pdf.
- Institute of Medicine (IOM). Finding what works in health care: Standards for systematic reviews. Washington, DC : National Academies Press; 2011b.

- 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.
- Keable P. L'intégration sociale, un cadre conceptuel porteur de changements. Namur, Belgique : Deuxième congrès international des formateurs en travail social et des professionnels francophones de l'intervention sociale, 3 au 7 juillet 2007. Disponible à : http://aifris.eu/03upload/uplolo/cv1038_857.pdf.
- Kelson M, Akl EA, Bastian H, Cluzeau F, Curtis JR, Guyatt G, et al. Integrating values and consumer involvement in guidelines with the patient at the center: Article 8 in Integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report. *Proc Am Thorac Soc* 2012;9(5):262-8.
- 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, Monastera 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 (MELS); 2008. Disponible à : http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/PSG/statistiques_info_decisionnelle/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.
- Levine M et Cosby J. The place for prescribing guidelines and the means of their dissemination. *Can J Clin Pharmacol* 2001;8(Suppl A):29A-33A.
- Lipsey MW, Landenberger NA, Wilson SJ. Effects of cognitive-behavioral programs for criminal offenders. *Campbell Systematic Reviews*. Oslo, Norvège : Campbell Collaboration; 2007. Disponible à : <http://campbellcollaboration.org/lib/project/29/>.
- Madan I, Paterson S, Harling K. Methodology for the development of NHS Plus evidence-based guidelines. *Occup Med (Lond)* 2007;57(5):304-7.
- McGregor M. The GRADE recommendations. Weak recommendations are unhelpful to decision makers. *J Clin Epidemiol* 2014;67(2):239-40.
- 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*. Oslo, Norvège: Campbell Collaboration; 2009. Disponible à : <http://campbellcollaboration.org/lib/project/75/>.
- Moher D, Hopewell S, Schulz KF, Montori V, Gøtzsche 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. 2e éd. mise à jour et augm. Paris, France : Armand 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*. Oslo, Norvège : Campbell Collaboration; 2009. Disponible à : <http://www.campbellcollaboration.org/lib/project/80/>.

- National Autism Center (NAC). National standards report: The national standards project—Addressing the need for evidence-based practice guidelines for autism spectrum disorders. Randolph, MA: NAC; 2009. Disponible à : <http://www.nationalautismcenter.org/pdf/NAC%20Standards%20Report.pdf>.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). The guidelines manual. Londres, Angleterre: NICE; 2012. Disponible à : <http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/manuais/230.pdf>.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Looked-after children and young people. Londres, Angleterre: NICE; 2010. Disponible à : <http://www.nice.org.uk/guidance/ph28/chapter/Scope-and-purpose-of-this-guidance>.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Social value judgements: Principles for the development of NICE guidance. Second edition. Londres, Angleterre: NICE; 2008. Disponible à : <http://www.nice.org.uk/media/default/About/what-we-do/Research-and-development/Social-Value-Judgements-principles-for-the-development-of-NICE-guidance.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://www.ha-ring.nl/download/literatuur/nzgg_guideline_handbook.pdf (consulté le 5 mars 2014).
- Nye C, Turner H, Schwartz J. Approaches to parent involvement for improving the academic performance of elementary school age children. Campbell Systematic Reviews. Oslo, Norvège: Campbell Collaboration; 2006. Disponible à : <http://campbellcollaboration.org/lib/project/13/>.
- Office québécois de la langue française (OQLF). Grand dictionnaire terminologique [site Web]. Montréal, Qc: OQLF. Disponible à : <http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/>.
- Ogilvie D, Cummins S, Petticrew M, White M, Jones A, Wheeler K. Assessing the evaluability of complex public health interventions: Five questions for researchers, funders, and policymakers. *Milbank Q* 2011;89(2):206-25.
- 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.
- 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.
- Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. 2e éd. Newbury Park, CA: Sage; 1990.
- 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> (consulté le 5 mars 2014).
- Petticrew M et Roberts H. Systematic reviews in the social sciences: A practical guide. Malden, MA : Blackwell; 2006.
- Petticrew M et Roberts H. Evidence, hierarchies, and typologies: Horses for courses. *J Epidemiol Community Health* 2003;57(7):527-9.

- Piérart J, Léonard C, Chalon P, Daue F, Mertens R. "Stakeholder Involvement" in KCE working processes. KCE Reports 174C. Bruxelles, Belgique : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2012. Disponible à : https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_174B_stakeholder%20involvement_dans_processus_KCE.pdf.
- Pilling S. History, context, process, and rationale for the development of clinical guidelines. *Psychol Psychother* 2008;81(Pt 4):331-50.
- 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/_files_nhmrc/file/nics/material_resources/Identifying%20Barriers%20to%20Evidence%20Uptake.pdf.
- Regehr C, Stern S, Shlonsky A. Operationalizing evidence-based practice: The development of an institute for evidence-based social work. *Research on Social Work Practice* 2007;17(3):408-16.
- Ricci S, Celani MG, Righetti E. Development of clinical guidelines: Methodological and practical issues. *Neurol Sci* 2006;27(Suppl 3):S228-30.
- 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.
- Rutter D, Francis J, Coren E, Fisher M. SCIE systematic research reviews: Guidelines (2nd edition). Londres, Angleterre : Social Care Institute for Excellence (SCIE); 2010. Disponible à : <http://www.scie.org.uk/publications/researchresources/rr01.pdf> (consulté le 5 mars 2014).
- 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, Titcher A, Harvey G, Kitson A, McCormack B. What counts as evidence in evidence-based practice? *J Adv Nurs* 2004;47(1):81-90.
- Sackett DL, Rosenberg MC, Muir Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312(7023):71-2.
- Saurugger S. L'expertise : un mode de participation des groupes d'intérêt au processus décisionnel communautaire. *Revue française de science politique* 2002;52(4):375-401.
- Schünemann HJ, Wiercioch W, Etzeandía I, Falavigna M, Santesso N, Mustafa R, et al. Guidelines 2.0: Systematic development of a comprehensive checklist for a successful guideline enterprise. *CMAJ* 2014;186(3):E123-42.
- 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>.
- 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.

- Shekelle P, Woolf S, Grimshaw JM, Schünemann HJ, Eccles MP. Developing clinical practice guidelines: Reviewing, reporting, and publishing guidelines; updating guidelines; and the emerging issues of enhancing guideline implementability and accounting for comorbid conditions in guideline development. *Implement Sci* 2012;7:62.
- Shiffman RN, Shekelle P, Overhage JM, Slutsky J, Grimshaw J, Deshpande AM. Standardized reporting of clinical practice guidelines: A proposal from the Conference on Guideline Standardization. *Ann Intern Med* 2003;16(139):493-8.
- Shlonsky A et Mildon R. Methodological pluralism in the age of evidence-informed practice and policy. *Scand J Public Health* 2014;42(13 Suppl):18-27.
- 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>.
- Straus SE, Tetroe J, Graham ID. Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice. Chichester, UK ; Hoboken, NJ : Wiley-Blackwell/BMJ; 2009.
- 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.
- Trocmé N, Esposito T, Laurendeau C, Thompson W, Milne L. La mobilisation des connaissances en protection de l'enfance. *Criminologie* 2009;42(1):33-59.
- Van de Bovenkamp HM et Trappenburg MJ. Reconsidering patient participation in guideline development. *Health Care Anal* 2009;17(3):198-216.
- Van der Maren J-M. Méthodes de recherche pour l'éducation. 2e éd. Montréal, Qc : Presses de l'Université de Montréal ; De Boeck Université; 1996.
- Van Eerd D, Cole D, Keown K, Irvin E, Kramer D, Brennenman Gibson J, et al. Report on Knowledge Transfer and Exchange practices: A systematic review of the quality and types of instruments used to assess KTE implementation and impact. Toronto, ON : Institute for Work & Health; 2011. Disponible à : <http://www.iwh.on.ca/sys-reviews/kte-evaluation-tools>.
- 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.
- Ward V, House A, Hamer S. Developing a framework for transferring knowledge into action: A thematic analysis of the literature. *J Health Serv Res Policy* 2009;14(3):156-64.
- Whiting P, Rutjes AW, Reitsma JB, Bossuyt PM, Kleijnen J. The development of QUADAS: A tool for the quality assessment of studies of diagnostic accuracy included in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* 2003;3:25.
- Wilson DB, MacKenzie DL, Mitchell FN. Effects of correctional boot camps on offending. *Campbell Systematic Reviews*. Oslo, Norvège : Campbell Collaboration; 2003. Disponible à : <http://campbellcollaboration.org/lib/project/1/>.
- Wilson KC, Irwin RS, File TM Jr, Schünemann HJ, Guyatt GH, Rabe KF. Reporting and publishing guidelines: Article 12 in Integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report. *Proc Am Thorac Soc* 2012;9(5):293-7.

World Health Organisation (WHO). WHO Handbook for Guideline Development. Genève, Suisse : WHO; 2012.
Disponible à : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75146/1/9789241548441_eng.pdf.

World Health Organisation (WHO). Guidelines for WHO guidelines. Genève, Suisse : WHO; 2003. Disponible à :
http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/EIP_GPE_EQC_2003_1.pdf.

Yin RK. Case study research: Design and methods. Third Edition. Applied Social Research Methods Series, Volume 5.
Thousand Oaks, CA : Sage; 2003.

inesss.qc.ca

inesss@inesss.qc.ca

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, bureau 10.083
Montréal (Québec) H3A 2S9

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec 