

Université de Montréal

**Guides de pratique en psychoéducation : Portrait et pistes d'évolution.**

*Par*

Marc-Olivier Schüle

École de psychoéducation  
Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (Ph.D.)  
en psychoéducation

Septembre 2022

© Marc-Olivier Schüle, 2022

Université de Montréal

École de psychoéducation, Faculté des arts et des sciences

---

*Cette thèse intitulée*

**Guides de pratique en psychoéducation : Portrait et pistes d'évolution.**

*Présentée par*

**Marc-Olivier Schüle**

*A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes*

**Christian Dagenais**

Président-rapporteur

**Sarah Dufour**

Directrice de recherche

**Serge Larivée**

Codirecteur

**Pierrich Plusquellec**

Membre du jury

**Mathieu Ouimet**

Examineur externe

## Résumé

Les guides de pratique sont généralement définis comme des guides élaborés par une méthode systématique pour aider les praticiens et les patients à prendre des décisions concernant les soins de santé appropriés. Utilisés pour améliorer les pratiques, orienter les soins et diminuer les coûts, ils jouent un rôle de plus en plus central dans le système de santé et des services sociaux. Toutefois, ceux-ci présentent de nombreux défis, que ce soit au niveau de la qualité de leur contenu ou de leur utilisation par les intervenants. Afin de brosser un portrait de la situation des guides de pratique dans le domaine de la psychoéducation, deux études ont été réalisées.

La première a pour objectif d'approfondir notre compréhension de la qualité des guides de pratique de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ). Celle-ci est constituée de deux volets : une évaluation quantitative de la qualité de ces guides avec la grille AGREE II et une évaluation qualitative de leur qualité à partir de la perception des psychoéducateurs concernant de tels guides, leur définition, leurs objectifs et leurs caractéristiques. Les résultats indiquent que les guides en psychoéducation offrent des informations claires et simples d'utilisation. Toutefois, ils présentent également des lacunes importantes dans plusieurs aspects : la rigueur d'élaboration, la participation des groupes concernés, l'applicabilité et l'indépendance éditoriale. De plus, d'autres critères spécifiques à la psychoéducation dont l'intégration des modèles théoriques, la sensibilisation des clients et des collègues, la précision des cadres légaux, sont nécessaires. Ces résultats permettent d'ores et déjà d'émettre des recommandations pour l'évaluation des guides de pratique en psychoéducation, l'amélioration de la qualité des guides actuels de l'OPPQ et assurer la qualité des guides futurs de l'OPPQ.

La deuxième étude vise à mieux comprendre les facteurs personnels et environnementaux favorisant l'utilisation des guides par les psychoéducateurs. Nous avons effectué une recherche à devis mixte constituée de deux volets : 1- évaluation quantitative des facteurs influençant l'utilisation des guides de pratique à partir des réponses de 386 psychoéducateurs au questionnaire d'utilisation des connaissances (QUC ; en ligne) et 2- évaluation qualitative des mêmes facteurs à partir de la perception de 18 psychoéducateurs rencontrés individuellement, en ligne, après leur participation au premier volet. Il ressort des deux analyses qu'il est difficile d'isoler un facteur unique déterminant l'utilisation des guides de pratique. Celle-ci est plutôt

expliquée par un ensemble de facteurs en relation dynamique et complexe. L'analyse de régression logistique semble faire ressortir le rôle central des variables mesurant les opinions des intervenants sur les connaissances issues de la recherche. De plus, les résultats qualitatifs obtenus mettent de l'avant un ensemble d'autres éléments personnels et environnementaux, notamment le rôle de la formation dans l'utilisation des guides. Une meilleure connaissance de ces variables peut offrir des pistes pour favoriser l'utilisation des guides, notamment des recommandations pour la formation des psychoéducateurs.

Les résultats des deux études permettent de dégager des recommandations complémentaires autant pour l'amélioration de l'utilisation des guides en psychoéducation que pour le développement de futurs outils de transfert de connaissances. En particulier, ils permettent d'identifier les caractéristiques principales pour développer des outils informatiques d'aide à la décision qui répondent spécifiquement aux besoins des psychoéducateurs. Ce point est d'autant plus important, étant donné l'augmentation importante de ces outils dans le domaine psychosocial dans les dernières années.

Mots-clés : Guides de pratique, pratiques basées sur les données probantes, transfert de connaissances, psychoéducation, AGREE-II, méthode mixte.

## Abstract

Practice guidelines are typically defined as guides developed using a systematic method to assist practitioners and patients in making informed health care decisions. They are used to improve practices, direct patient care and reduce costs, and are playing an increasingly pivotal role in the health care and social services system. The guidelines have many shortcomings, however, both in terms of quality and use by practitioners. Two studies were conducted to provide a picture of the current situation regarding practice guidelines in psychoeducation.

The purpose of the first study was to gain a deeper understanding of the quality of the practice guidelines developed by the *Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec* (OPPQ) [Quebec order of psychoeducators]. The study consisted of two parts: a quantitative assessment of the quality of the guidelines using AGREE II; and a qualitative assessment of their quality based on psychoeducators' perceptions of them, as well as their definition, objectives and characteristics. The results indicate that the psychoeducation guidelines provide clear, easy-to-follow information. However, they also have significant shortcomings, in several respects: thoroughness of guideline development, stakeholder involvement, applicability and editorial independence. Additional criteria specific to psychoeducation are also needed, including the integration of theoretical models, client and colleague awareness, and the detailed definition of legal frameworks. Based on these results, recommendations can already be made for assessing psychoeducational practice guidelines, improving the quality of the current OPPQ guidelines and ensuring the quality of OPPQ guidelines in the future.

The second study was designed to better understand the personal and environmental factors that promote guideline use by psychoeducators. We conducted a mixed-methods study that had two components: (1) a quantitative assessment of the factors influencing the use of practice guidelines, based on the responses of 386 psychoeducators to a level of knowledge use survey (KUS; online); and (2) a qualitative assessment of these same factors, based on the perceptions of 18 psychoeducators met individually, online, following their participation in the first component. The two analyses revealed that it is difficult to isolate one single factor that determines the use of practice guidelines. Whether guidelines are followed is instead explained by a set of factors in a dynamic and complex relationship. It does appear that personal and environmental variables influence this use. The logistic regression analysis, highlight the central role of variables measuring the opinions of professionals on the knowledge resulting

from the research. In addition, the qualitative results obtained highlight a series of other personal and environmental elements, and especially the role of training in practice guideline use. Greater knowledge of these variables may suggest ways to increase guideline use in the future, and especially recommendations for psychoeducator training.

Based on the results of the two studies, complementary recommendations can be formulated for improving psychoeducational guideline use and for developing future knowledge transfer tools. Most notably, the findings point to the main characteristics required to develop computer-based decision support tools that meet the specific needs of psychoeducators. This is especially important given the significant increase in the use of these tools in the psychosocial field in recent years.

Keywords: Practice guidelines, evidence-based practices, knowledge transfer, psychoeducation, AGREE II, mixed-methods study.

## Table des matières

<b>Résumé</b> .....	<b>i</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>iii</b>
<b>Table des matières</b> .....	<b>v</b>
<b>Liste des tableaux</b> .....	<b>ix</b>
<b>Liste des encadrés</b> .....	<b>x</b>
<b>Liste des figures</b> .....	<b>xi</b>
<b>Liste des sigles et des abréviations</b> .....	<b>xii</b>
<b>Remerciements</b> .....	<b>xiv</b>
<b>Présentation de la thèse</b> .....	<b>xv</b>
<b>Chapitre I : Introduction générale</b> .....	<b>1</b>
<b>Pratiques basées sur les données probantes</b> .....	<b>1</b>
<b>Transfert de connaissances</b> .....	<b>2</b>
Liens entre le transfert de connaissances et les pratiques basées sur les données probantes .....	<b>3</b>
Historique. ....	<b>3</b>
Situation actuelle. ....	<b>5</b>
Position dans cette thèse.....	<b>6</b>
Effets du transfert de connaissances.....	<b>7</b>
Stratégies de transfert de connaissances.....	<b>9</b>
<b>Guides de pratique</b> .....	<b>10</b>
Rôle des guides de pratique dans les pratiques basées sur les données probantes .....	<b>11</b>
Rôle des guides de pratique en transfert de connaissances .....	<b>14</b>
Effets des guides de pratique .....	<b>14</b>
<b>Défis des guides de pratique</b> .....	<b>15</b>
Qualité des guides .....	<b>15</b>
Utilisation des guides .....	<b>18</b>
<b>Description de la thèse</b> .....	<b>19</b>
Article 1.....	<b>20</b>
Article 2.....	<b>20</b>

Références.....	20
<b>Chapitre II : Article 1 Qu'est-ce qu'un guide de pratique de qualité en psychoéducation ? .....</b>	<b>38</b>
<b>Résumé .....</b>	<b>39</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>41</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>43</b>
Les guides de pratique produits en psychoéducation .....	46
Objectif de la recherche .....	47
<b>Volet 1 - Évaluation quantitative .....</b>	<b>47</b>
Documents analysés.....	47
Instrument.....	48
Analyses.....	49
Résultats.....	49
<b>Volet 2 - Évaluation qualitative .....</b>	<b>53</b>
Participants.....	53
Procédure et grille d'entrevue .....	53
Analyses.....	53
Résultats .....	54
Définition. ....	56
Objectifs.....	56
Caractéristiques. ....	57
Les modèles théoriques. ....	58
Les recherches scientifiques. ....	58
Les connaissances de terrain. ....	58
Les informations légales et éthiques. ....	58
<b>Discussion .....</b>	<b>60</b>
1) La complexité de la définition des guides de pratique.....	61
2) Ce que AGREE-II peut nous apprendre sur la qualité des guides en psychoéducation. .	62
3) Limites de AGREE-II pour juger de la qualité des guides de pratique en psychoéducation. ....	65
Intégration d'une variété d'informations. ....	65
Des objectifs variés. ....	65
L'exhaustivité des guides de pratique. ....	66
4) Créer un guide de pratique de qualité en psychoéducation. ....	67
<b>Conclusion .....</b>	<b>68</b>



Références.....	70
<b>Chapitre III : Article 2 : Facteurs personnels et environnementaux favorisant l'utilisation des guides de pratique chez les psychoéducateurs .....</b>	<b>83</b>
Résumé .....	84
Abstract.....	86
Introduction .....	87
L'utilisation des guides de pratique en psychoéducation .....	90
Objectif de la recherche .....	92
<b>Volet 1 - Évaluation quantitative .....</b>	<b>92</b>
Participants.....	92
Outil, procédure et analyses .....	93
Résultats .....	94
Analyses exploratoires.....	94
Régression logistique séquentielle. ....	98
<b>Volet 2 - Évaluation qualitative .....</b>	<b>101</b>
Participants.....	101
Procédure et grille d'entrevue .....	102
Analyses.....	102
Résultats .....	102
Caractéristiques personnelles.....	104
Caractéristiques de l'environnement. ....	105
<b>Discussion .....</b>	<b>106</b>
Implications .....	108
<b>Conclusion .....</b>	<b>110</b>
<b>Références.....</b>	<b>112</b>
<b>Chapitre IV : Discussion générale et conclusion.....</b>	<b>119</b>
<b>Résumé des principaux résultats empiriques .....</b>	<b>120</b>
Défi 1 : La qualité des guides .....	120
Défi 2 : L'utilisation des guides .....	120
Des défis inséparables .....	121
<b>L'avenir des guides dans la pratique clinique .....</b>	<b>122</b>
Système d'aide à la décision et psychoéducation .....	123
<b>Implications.....</b>	<b>125</b>
1) Se préparer à aller au-delà des guides .....	125

2) Améliorer les guides existants.....	125
3) Rendre les guides plus accessibles aux intervenants et les intégrer dans une approche globale de transfert de connaissances .....	126
4) Investir dans la formation sur les guides et les systèmes .....	126
<b>Forces et limites de l'étude doctorale .....</b>	<b>127</b>
<b>Futures études.....</b>	<b>128</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>129</b>
<b>Références.....</b>	<b>129</b>
<b>ANNEXE I : Grille d'entrevue .....</b>	<b>134</b>
<b>ANNEXE II : Documents produits par l'OPPQ analysés dans cette thèse .....</b>	<b>136</b>
<b>ANNEXE III : Complément statistique.....</b>	<b>139</b>

## Liste des tableaux

Tableau 1: Résultats obtenus pour chaque document de l'OPPQ aux échelles de AGREE-II (Score normalisé sur 100) .....	50
Tableau 2: Résultats obtenus pour chaque document de l'OPPQ aux items de AGREE-II ....	51
Tableau 3: Corrélations de Pearson entre les items de chaque bloc (n=282) .....	96
Tableau 4: Test T(n=243) .....	97
Tableau 5: Caractéristiques de la régression logistique selon les trois modèles étudiés (n=240) .....	99

## Liste des encadrés

Encadré 1: Items et échelles de AGREE-II.....	48
---	----

## Liste des figures

Figure 1: Impacts du transfert de connaissances selon Chagnon et Gervais (2011, p. 11).....	8
Figure 2: Stratégies de transfert de l'INSPQ selon leur niveau d'interaction (Lemire et al., 2009, p. 31) .....	10
Figure 3: Hiérarchie des données probantes. Inspiré de Banzi, Liberati, Moschetti, Tagliabue et Moja, 2010; DiCenso, Bayley et Haynes, 2009a, 2009b; National Collaborating Centre for Methods and Tools, 2013.....	12
Figure 4: Processus de traitement des données scientifiques, contextuelles et expérientielles (Lobè et Dagenais, 2017, p. 35).....	13
Figure 5: Arbre thématique des contenus abordés par les intervenants.....	55
Figure 6: Modèle connaissances-attitudes-comportements : Obstacles et stratégies pour la mise en œuvre des guides de pratique (Fischer et al., 2016).....	89
Figure 7: Modèle d'utilisation des connaissances en psychoéducation (Ramdé et al., 2016).	91
Figure 8: Arbre thématique des contenus abordés par les intervenants.....	103

## **Liste des sigles et des abréviations**

AGREE-II: Grille « Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation »

CMQ : Collège des médecins du Québec

FRQSC : Fonds de recherche québécois – Société et culture.

INESS : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

MBDP : Médecine basée sur les données probantes

OCCOQ : Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec

OEQ : Ordre des ergothérapeutes du Québec

OPQ : Ordre des psychologues du Québec

OPPQ : Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec

OTSTCFQ : Ordre des thérapeutes conjugaux et familiaux et des travailleurs sociaux du Québec

PBDP : Pratiques basées sur les données probantes

QUC : Questionnaire d'utilisation des connaissances

LSP : Littératures de synthèses pré-évaluées

TC : Transfert de connaissances

SACO : Stratégies d'application des connaissances aux organisations

*À la mémoire de Fred.*

## Remerciements

Cette thèse aura définitivement été un travail de longue haleine et je n'y serais jamais arrivé sans un réseau important de soutien qui m'a permis de ne pas abandonner ou de ne pas me noyer entre mes diverses obligations. Je souhaite remercier de façon non exhaustive :

Mes directeurs : Avoir un étudiant comme moi n'était sans aucun doute pas un exercice facile et je reste impressionné et infiniment reconnaissant de votre soutien à travers les hauts et les bas de cette thèse. J'ai envers vous une dette que je ne pourrais repayer qu'en transmettant au prochain. Merci également à Jean-François Cardin qui m'a soutenu dans les sections statistiques.

Marise, ma petite sœur, je suis privilégié de t'avoir dans ma vie et cette thèse te revient autant qu'à moi. L'équipe de Myelin : François, Iris, Geno, Marie-Pier, Geneviève, Sébastien, vous avez été plus qu'un soutien durant ces dernières années, vous avez représenté pour moi une famille au meilleur sens du terme. Je vous en suis profondément reconnaissant et n'écirai pas plus à ce sujet pour ne pas rendre cette section de remerciements trop larmoyante.

Ma mère et mon père qui m'ont soutenu du début à la fin de mes études. Je suis profondément privilégié et espère pouvoir faire honneur à votre soutien inconditionnel.

Marie-Laure qui a accepté de jouer le rôle officieux de mère d'adoption québécoise et qui a veillé sur moi et mon équilibre pendant toute cette longue période de rédaction en plantant quelques graines de sérénité. Lise Bonenfant qui m'a accueilli dans sa propre famille. Et aux centaines de personnes qui représentent mon réseau de soutien de chaque jour. Que vous soyez humains, félins, tubercules, ou toutes autres bestioles bizarres qui peuplent ma vie.

Finalement, je suis reconnaissant d'avoir pu faire cette thèse sur un domaine aussi actif et vivant que l'aide à la décision des intervenants. Quand j'ai commencé à travailler sur les guides, je ne me doutais pas que ce domaine allait devenir aussi central dans l'évolution des systèmes informatiques d'aide à la décision. Je ne me serais peut-être pas retrouvé à travailler en nouvelles technologies et encore moins dans l'intelligence artificielle, sans cela. Pour tous les apprentissages que j'ai faits et pour l'impact que cela a eu dans ma vie : je suis profondément reconnaissant.



## **Présentation de la thèse**

L'objectif de la présente thèse est de brosser un portrait de la situation des guides de pratique dans le domaine de la psychoéducation. Rédigée par articles, elle contient quatre chapitres. Le premier est une introduction générale présentant divers éléments permettant de cerner la problématique à l'étude et d'ancrer la recherche doctorale dans ses cadres théoriques. Celle-ci vise à présenter sommairement les pratiques basées sur les données probantes, le transfert de connaissances, les guides de pratique ainsi que les défis qui leur sont associés et les questions qui se posent pour le domaine de la psychoéducation.

Le second chapitre de la thèse consiste en un article présentant une analyse de la qualité des guides de pratique de l'OPPQ avec l'aide d'une échelle standardisée (AGREE-II) et d'entrevues qualitatives avec un échantillon de psychoéducateurs. S'ensuit un article (Chapitre III) présentant les facteurs personnels et environnementaux impactant l'utilisation des guides par les psychoéducateurs.

Une discussion générale et une brève conclusion constituent le chapitre final de la thèse. Celui-ci résume d'abord les principaux résultats énoncés dans les articles empiriques. Cette section présente une discussion de certaines forces et limites méthodologiques de la recherche doctorale, puis de ses implications pour la pratique clinique, la recherche et le domaine de la psychoéducation. Nous aborderons aussi certains des impacts que cette thèse peut avoir en lien avec les évolutions récentes du domaine et notamment l'augmentation des outils d'aide à la décision.

Conformément aux règles de la Faculté des études supérieures et postdoctorales, l'auteur de la présente thèse a apporté « une contribution essentielle, majeure et déterminante » aux deux articles présentés. De plus, les certificats éthiques et les accords des coauteurs ont été dûment obtenus, et sont disponibles sur demande.

## **Chapitre I : Introduction générale**

Les guides de pratique sont généralement définis comme des « guides élaborés par une méthode systématique pour aider les praticiens et les patients à prendre des décisions concernant les soins de santé appropriés » (Field, 1990, cité dans INESSS, 2012, p. 4). Ceux-ci jouent un rôle de plus en plus central dans le système de santé et de services sociaux. Toutefois, nous connaissons encore très peu la qualité et le rôle de ces produits en psychoéducation. L'objectif de la présente thèse est de répondre à cette lacune.

Pour cela, il est tout d'abord nécessaire de comprendre les approches qui les soutiennent, dont le domaine des pratiques basées sur les données probantes et le champ plus large du transfert de connaissances. Pour ce faire, nous présenterons d'abord ces deux concepts, leurs similitudes, leurs différences et notre position dans cette thèse. Par la suite, nous élaborerons sur la notion de guides de pratique ainsi que leurs défis. Finalement, nous présenterons brièvement la contribution de cette thèse à une meilleure compréhension des guides de pratique en psychoéducation.

### **Pratiques basées sur les données probantes**

Les pratiques basées sur les données probantes (PBDP), également appelées « pratiques fondées sur les preuves », « pratiques fondées sur des niveaux de preuves », « pratiques fondées sur les faits prouvés », ou « pratiques factuelles », ont été définies pour la première fois en médecine comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves actuelles pour prendre des décisions concernant les soins prodigués à des patients individuels » (Haynes et al., 1996, p. 71, traduction libre). Ces auteurs précisent que celles-ci impliquent « l'intégration des meilleures données de la recherche à la compétence clinique du soignant et aux valeurs du patient » (Haynes et al., 1996, p. 196, traduction libre). Les PBDP se sont depuis étendues à de nombreuses disciplines (Satterfield et al., 2009) et ces premières définitions ont été reprises en sciences infirmières (Unal et Teskereci, 2021), en santé publique (Westerlund et al., 2021), en psychologie (APA, 2006, 2021; Ordre des psychologues du Québec, 2018), en travail social (Drisko et Grady, 2019b; Heinsch et al., 2016), en éducation (Beahm et Cook, 2021), en éducation spécialisée (Cook et Cook, 2013) et en psychoéducation (OPPQ, 2014; Potvin, 2016, 2017). Le fait d'utiliser les pratiques basées sur les données probantes est même devenu partie intégrante des compétences du psychoéducateur (Auger et al., 2018).

Toutefois, malgré la popularité des pratiques basées sur les données probantes, le fossé entre la recherche et la pratique reste présent et dans le domaine psychosocial, la situation demeure encore inquiétante (Cook et Cook, 2013; Drisko et Grady, 2019a; Gervais et Chagnon, 2010; Robert et Dagenais, 2014; Trepanier et al., 2021). Au Québec, une enquête réalisée dans un centre jeunesse auprès d'intervenants montre que seuls 18 % d'entre eux utilisent souvent les données probantes dans leurs pratiques (Chagnon et al., 2010; Gervais et al., 2011). De façon similaire, une étude ontarienne effectuée au sein des services de santé mentale pour la jeunesse auprès de cliniciens montre que plus de la moitié des répondants estiment qu'ils ne parviennent pas à appliquer les données probantes dans le cadre de leurs pratiques quotidiennes (Barwick et al., 2008). Aussi, les services destinés aux enfants maltraités et à leurs familles reposent encore sur une perception des besoins qui ne tient pas compte de données objectives portant sur l'efficacité des services (Trocmé et al., 2009). Dans le domaine scolaire, les éducateurs spécialisés rapportent régulièrement utiliser des pratiques démontrées inefficaces, ou se baser sur des sources ayant une faible fiabilité (Buren et al., 2021; Cook et Cook, 2013). De même, des études ont été menées au niveau des attitudes des intervenants face aux PBDP démontrant que malgré une perception favorable des PBDP, la majorité d'entre eux manifestent un certain degré de suspicion (Finne, 2020; Kalies et al., 2017; Safran et al., 2011), certains pouvant même démontrer de l'hostilité contre les PBDP (Wang et al., 2021). Finalement, on sait encore peu quelles méthodes utiliser pour enseigner les PBDP et fournir aux intervenants les compétences nécessaires pour trouver et appliquer ces connaissances (Buren et al., 2021; Frank et al., 2020; Spensberger Florian et al., 2020).

En bref, il reste un écart important entre les connaissances produites et celles utilisées en pratique. Or, le fossé entre la recherche et la pratique conduit finalement à de mauvaises pratiques qui peuvent affecter les utilisateurs des services (Trepanier et al., 2021). C'est pour répondre à cette lacune que le mouvement des pratiques basées sur les données probantes fait de plus en plus appel aux modèles développés dans le champ plus large du transfert de connaissances (Heinsch et al., 2016; Olson et Oudshoorn, 2020).

### **Transfert de connaissances**

Le domaine du transfert de connaissances (TC) s'est développé de façon rapide dans un ensemble de disciplines. On y retrouve un foisonnement de définitions. Par exemple, le Fonds de recherche du Québec définit le transfert de connaissances comme « l'ensemble des efforts consentis pour contribuer à faire connaître et reconnaître les activités et les résultats de

recherche en sciences sociales et humaines, en arts et en lettres en vue de leur utilisation par les milieux de pratique, les décideurs et le grand public, que la démarche soit interactive ou non » (FRQSC, 2011, p. 9). Nous utiliserons ici la définition de l'Institut national de santé publique du Québec qui définit le TC comme « l'ensemble des activités et des mécanismes d'interaction favorisant la diffusion, l'adoption et l'appropriation des connaissances les plus à jour possible en vue de leur utilisation dans la pratique professionnelle et dans l'exercice de la gestion en matière de santé » (Lemire et al., 2009, p. 7).

### **Liens entre le transfert de connaissances et les pratiques basées sur les données probantes**

Comme on peut le constater, le transfert de connaissances possède de nombreuses similarités avec les pratiques basées sur les données probantes et ces deux concepts se recoupent de plus en plus (Ciliska, 2012; Proulx, 2011). Il existe toutefois des nuances importantes qui doivent être abordées pour pleinement comprendre les débats entourant les guides de pratique. En effet, sous ce rapprochement apparent se cachent des postulats différents sur la connaissance et son utilisation qui, s'ils ne sont pas reconnus, peuvent contribuer à obscurcir les conceptualisations plus larges du domaine (Heinsch et al., 2016).

**Historique.** Pour pleinement comprendre le lien entre le TC et les PBDP, il est nécessaire de comprendre l'histoire du transfert de connaissances. Celui-ci est apparu dans les années 1940 en sociologie rurale. Il s'est rapidement étendu à un domaine pluridisciplinaire comprenant des études allant de l'innovation agricole à la sociologie, à la psychologie, à la géographie, à la gestion et aux sciences de l'information (Estabrooks et al., 2008; Heinsch et al., 2016).

À partir des années 1980, un nouveau domaine s'est développé rapidement: la médecine basée sur les données probantes (MBDP) (Estabrooks et al., 2008; Heinsch et al., 2016; Thoma et Eaves, 2015). Celle-ci a été rendue possible par deux sous-domaines du transfert de connaissances, soit le transfert de technologie et celui de la diffusion de l'innovation (Estabrooks et al., 2008; Heinsch et al., 2016). La MBDP a également ajouté ses propres accents sur (i) la hiérarchie des connaissances afin d'évaluer la qualité de celles-ci, et (ii) sur la diffusion active des connaissances, c'est-à-dire faite de manière délibérée par des efforts centralisés et formels (Heinsch et al., 2016). Sous cet angle, on peut considérer la MBDP, et par extension les PBDP, comme un sous-domaine du TC (Heinsch et al., 2016).

Historiquement, les PBDP se distinguaient principalement du reste du TC par un cadre d'analyse dans lequel : (i) la connaissance (ou la preuve) est objective, impersonnelle et indépendante du contexte ; (ii) la science et la pratique sont deux sphères distinctes entre lesquelles les connaissances sont transférées ou traduites ; et (iii) la pratique est plus ou moins un processus de prises de décision rationnelle qui s'appuient sur des découvertes scientifiques (Heinsch et al., 2016).

Cet accent sur la rigueur et l'exactitude méthodologique (parfois qualifié de « science interne ») contrastait avec le reste du transfert de connaissances (parfois qualifié de « science externe ») qui mettait de plus en plus l'accent sur l'utilité de la recherche et sa valeur pour les communautés qu'elle desservait (Heinsch et al., 2016; Shaw et Norton, 2006).

L'émergence de la médecine basée sur les données probantes était particulièrement bien adaptée à la nouvelle gestion publique adoptée par les gouvernements néolibéraux, qui mettent l'accent sur la responsabilité, l'efficacité, la rentabilité et l'efficience. Ainsi, bien qu'elle soit contestée et fasse l'objet d'un débat permanent, la médecine basée sur les données probantes, puis les pratiques basées sur les données probantes, sont devenues l'un des discours dominants dans le domaine du TC (Estabrooks et al., 2008; Heinsch et al., 2016). Cette popularité et les différences conceptuelles historiques entre les PBDP et le reste du TC ont mené plusieurs auteurs à traiter les PBDP et le TC comme des mouvements différents.

Toutefois, avec l'extension des PBDP vers d'autres domaines, les distinctions conceptuelles ont évolué au fil du temps. En effet, les PBDP, et en particulier le mouvement pragmatique des PBDP ont commencé à accepter une définition plus inclusive de la connaissance et à tenir compte des facteurs environnementaux (Heinsch et al., 2016). On parle ainsi de plus en plus de pratiques « éclairées » par les données probantes (Bédard et Ouimet, 2016; Ordre des psychologues du Québec, 2018). Les PBDP ont ainsi commencé à s'inspirer de plus en plus des modèles développés dans le reste du TC (Heinsch et al., 2016; Olson et Oudshoorn, 2020).

Aujourd'hui, on peut considérer que les PBDP et le reste du TC évoluent tous deux dans une direction similaire, les notions de connaissances et de leur utilisation s'élargissant et l'importance des diverses formes de connaissances étant de plus en plus reconnue (Heinsch et al., 2016). Toutefois, même si les PBDP et le TC sont à présent plus difficiles à distinguer, cela n'implique pas qu'il n'y ait plus de différence.

**Situation actuelle.** Actuellement, il n'existe pas de consensus sur les distinctions entre les PBDP et le TC. Cela dit, deux points se dégagent des écrits : (i) le TC est fréquemment présenté comme un concept plus large qui englobe les pratiques basées sur les données probantes, mais qui possède un ensemble d'objectifs, de modèles et de stratégies plus variés ; (ii) le TC a développé des modèles plus interactionnistes, qui ne considèrent pas systématiquement la recherche et la pratique comme des domaines séparés et qui donnent un rôle plus actif aux utilisateurs de connaissances (Heinsch et al., 2016; Olson et Oudshoorn, 2020). Cela entraîne au moins trois différences importantes.

Premièrement, si dans le domaine des PBDP l'objectif est systématiquement de changer les pratiques, ce n'est pas le cas en transfert de connaissances. En effet, les chercheurs de ce domaine postulent que la meilleure utilisation des connaissances découlant du TC permet d'apporter un éclairage nouveau ou de mieux comprendre des problématiques (utilisation conceptuelle), d'améliorer les politiques et les pratiques (utilisation instrumentale) et de construire des argumentaires pour légitimer des actions et des décisions (utilisation symbolique ou utilisation persuasive). Enfin, le simple fait de s'impliquer dans une recherche ou dans un projet d'évaluation mène à des changements dans la manière de penser et d'agir des participants (utilisation processuelle) (Dagenais, 2012; Lemire et al., 2009).

Deuxièmement, en pratique, le transfert de connaissances ne se centre pas spécifiquement sur les connaissances scientifiques (Briand-Lamarche et al., 2012; Briand-Lamarche et Siron, 2012; Dagenais, 2020; Lacouture et al., 2015; Ouimet et al., 2012). Par exemple, les connaissances qui font l'objet d'efforts de transfert de connaissances en santé publique peuvent se diviser en trois catégories : les connaissances issues de la recherche, celles issues des savoirs tacites et celles issues des données analysées (Lemire et al., 2009; Proulx, 2011; Tchameni Ngamo et al., 2016). Cette différence est superbement résumée par ce participant à la recherche en transfert de connaissances de Briand-Lamarche et al. (2012): « Je pense que le manque de données probantes ne devrait pas être un prétexte à l'inaction ou une excuse pour ne pas essayer d'aider ou de soutenir, parce que de toute façon les décisions vont se prendre ». Tel qu'indiqué précédemment, ce point a évolué au cours des dernières années et en particulier depuis que la médecine basée sur les données probantes s'est étendue vers des domaines où les données issues de recherches expérimentales sont plus complexes à obtenir (Heinsch et al., 2016). Cela est d'ailleurs une évolution intéressante puisqu'elle marque un retour vers la définition originale de Haynes et al. (1996) qui nommait l'intégration des données scientifiques à d'autres données

telle que l'expertise de l'intervenant. Toutefois, malgré cette évolution, la centration des pratiques basées sur les données probantes porte encore davantage sur la qualité de la méthodologie, alors que le transfert de connaissances, sans nier l'importance de la méthodologie, met plutôt l'accent sur l'utilité de la connaissance (Heinsch et al., 2016; Olson et Oudshoorn, 2020).

Finalement, la différence principale se situe au niveau des modèles de transfert de connaissances : les PBDP se basent encore principalement sur des modèles linéaires (science-push/demand-pull) (Heinsch et al., 2016; Owen et al., 2022). En particulier, on y retrouve généralement le modèle « Science push » qui se caractérise par un modèle unidirectionnel, allant du monde de la recherche vers celui de l'intervention. Ce modèle postule qu'une connaissance de grande qualité sera éventuellement utilisée sans intervention spécifique (Dagenais, 2012). Pour sa part, le TC utilise un ensemble beaucoup plus vaste de modèles (Dagenais, 2012; Striffler et al., 2018) et notamment de plus en plus des modèles interactifs (Heinsch et al., 2016; Lemire et al., 2009; Owen et al., 2022). L'interaction est même devenue la caractéristique principale du TC selon l'analyse de concept<sup>1</sup> de Olson et Oudshoorn (2020).

**Position dans cette thèse** La complexité conceptuelle et l'histoire interreliée de ces deux notions ont mené les auteurs à conceptualiser la relation entre le transfert de connaissances et les pratiques basées sur les données probantes de manières variées: pour certains, ils sont synonymes (Heinsch et al., 2016; Olson et Oudshoorn, 2020), pour d'autres, ils sont des mouvements distincts (Al Zoubi et al., 2016; Munn et al., 2020), ou encore, pour d'autres, les PBDP sont un sous-domaine du TC (Heinsch et al., 2016) ou une conséquence du TC (Olson et Oudshoorn, 2020).

Dans le cadre de cette thèse, nous considérons le mouvement des PBDP comme un sous-mouvement du TC. En effet, non seulement celui-ci est issu du transfert de connaissances, mais il ne présente plus de distinction suffisamment claire avec le reste du transfert de connaissances pour pouvoir être considéré comme un mouvement séparé de celui-ci. Les PBDP (et particulièrement le mouvement moins progressiste de celles-ci) manifestent, toutefois, un

---

<sup>1</sup> Méthode d'analyse d'un concept utilisant les huit étapes suivantes : (a) sélection d'un concept ; (b) détermination des objectifs ou du but de l'analyse ; (c) identification de toutes les utilisations du concept ; (d) détermination des attributs de définition ; (e) construction d'un cas modèle ; (f) construction de cas supplémentaires ; (g) identification des antécédents et des conséquences ; et (h) définition des référents empiriques.



contraste intéressant avec les approches interactionnistes développées dans le cadre du transfert de connaissances. Afin de bien illustrer la variation des perceptions face aux guides, nous porterons une attention particulière à ces différences.

### **Effets du transfert de connaissances**

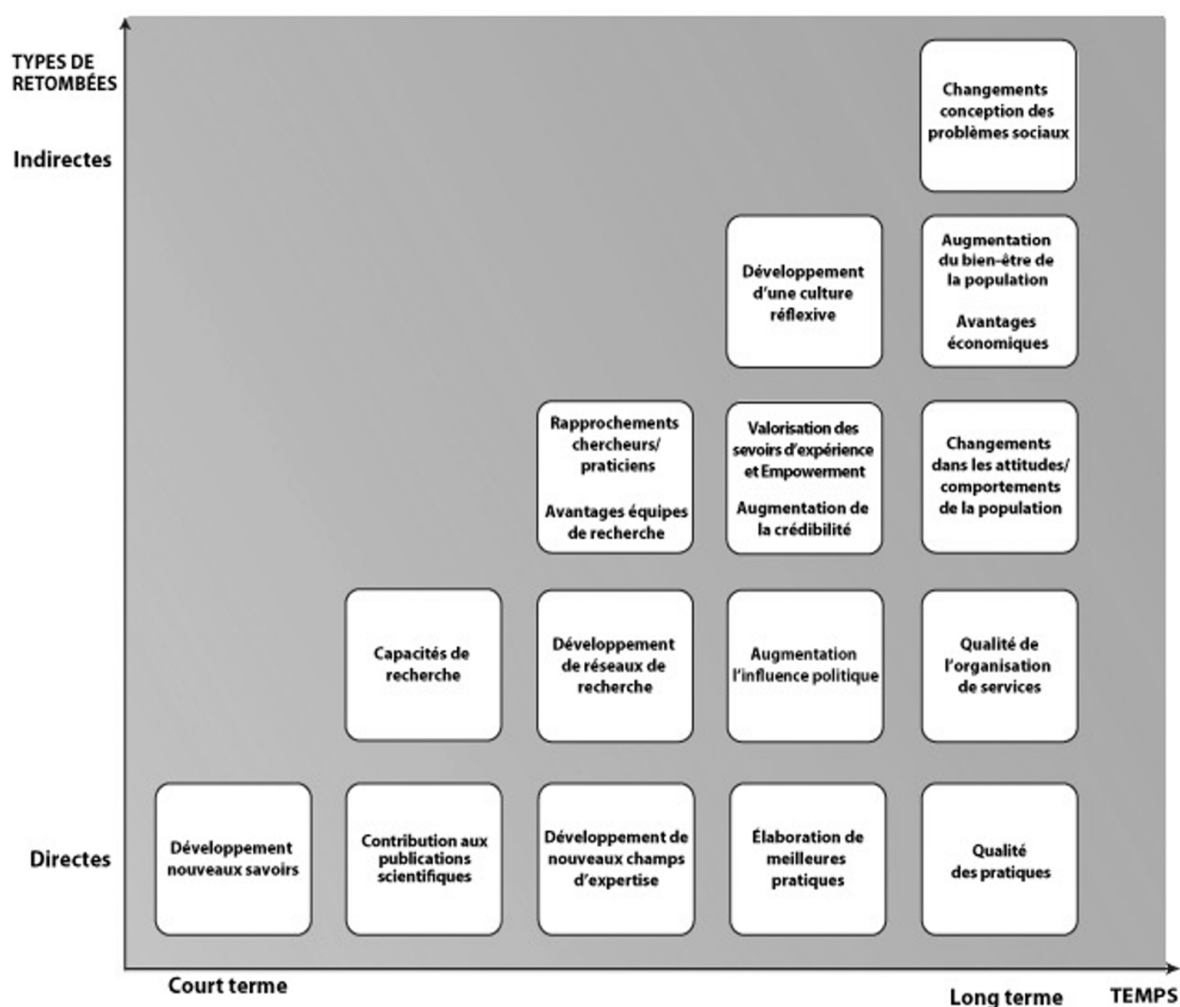
Depuis plusieurs années, on observe un mouvement de la recherche en TC qui vise à mieux documenter empiriquement ses impacts. Toutefois, l'évaluation des impacts du TC fait encore face à de nombreuses difficultés dont le fait que malgré quelques tentatives de rapprochement, les données probantes sur les effets du TC restent encore généralement limitées à une seule discipline à la fois (sciences infirmières, médecine, éducation, etc.) et les études, méta-analyses ou recensions systématiques interdisciplinaires sont rares (Dagenais, 2012). Or, il n'est pas certain que les conclusions de ces travaux soient généralisables aux autres disciplines. De plus, les recherches se limitent souvent à des stratégies spécifiques de transfert de connaissances et ont donc une généralisation limitée.

Malgré ces limites, les résultats obtenus dans plusieurs disciplines semblent prometteurs. Dans le domaine médical, le TC est notamment associé à une amélioration des savoirs, à des changements de perceptions, d'attitudes ou de façons de penser, à des changements de comportements chez les praticiens ou les décideurs, mais aussi à une amélioration des habiletés et des pratiques et même à des changements dans les politiques publiques. De plus, le TC a été associé à une réduction du coût des services (Berthelette et al., 2008; Brown et al., 2020; Happell et Martin, 2005; Lafrenière et al., 2013; Loiselle et al., 2005).

Les chercheurs dans le domaine de l'éducation ont obtenu des résultats similaires. Au point de vue individuel, le TC est associé à l'acquisition de connaissances pour l'enseignant, à la réflexion sur ses propres pratiques, à une augmentation des occasions de partager ses expériences, à une augmentation des initiatives et à une amélioration de la perception des praticiens à l'égard de la recherche. Au point de vue organisationnel, le TC est associé à une meilleure collaboration entre les praticiens, les chercheurs et les gestionnaires, à une amélioration de l'efficacité des écoles et du système d'éducation dans son ensemble, à des réformes des programmes en éducation et à une gestion plus efficace des coûts en éducation (Landry et al., 2008).

Dans le domaine de l'intervention psychosociale, il n'existe, à notre connaissance, qu'un nombre limité d'études sur l'impact du TC. Toutefois, quelques études isolées l'ont notamment associé à un changement des façons de penser, ainsi qu'à des changements de comportements chez les praticiens (Axford et al., 2006; Martin et al., 2007). Enfin, en se basant sur une analyse des propos des acteurs du TC, l'étude de Chagnon et Gervais (2011) différencie 18 effets distincts, regroupés selon un axe temporel (à court ou à long terme) et selon le type de retombées (plus ou moins directes). Cette classification présentée à la Figure 1 est, à notre connaissance, la seule développée spécifiquement pour les sciences sociales au Québec (Chagnon et Gervais, 2011).

Figure 1: Impacts du transfert de connaissances selon Chagnon et Gervais (2011, p. 11)



## **Stratégies de transfert de connaissances**

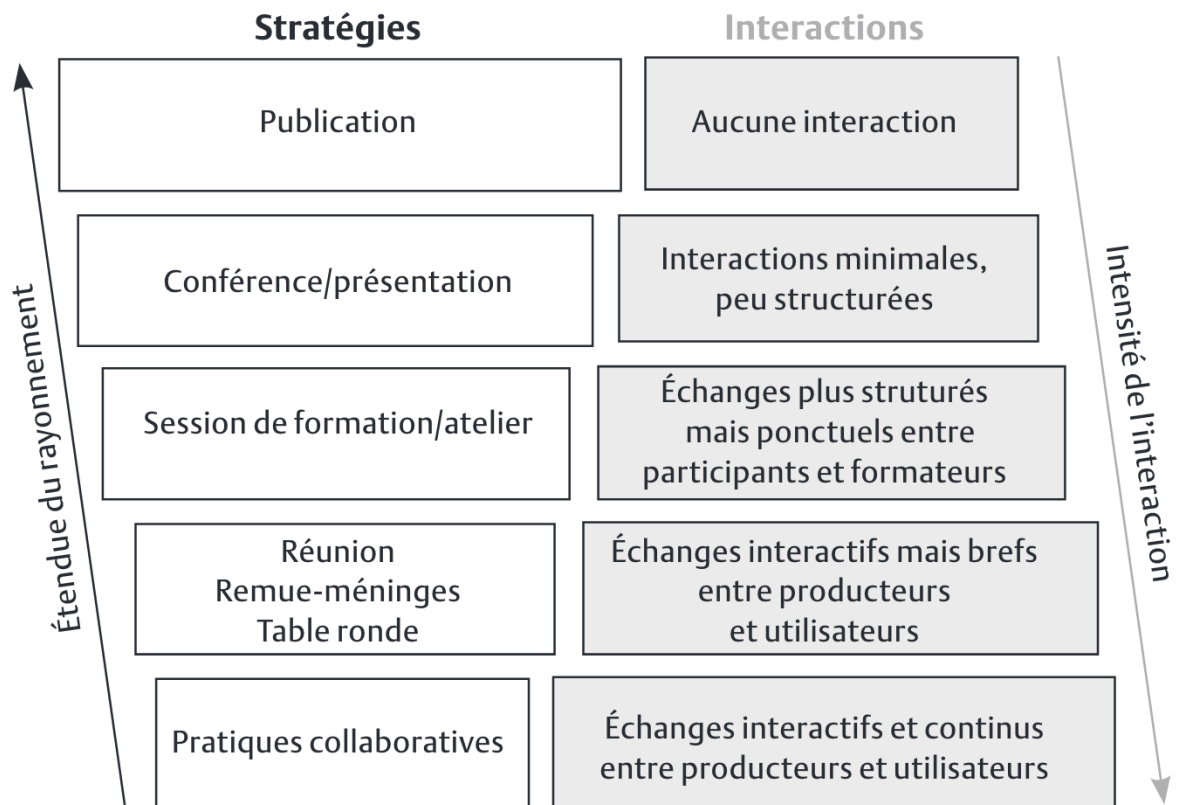
Un aspect important du transfert de connaissances est le développement de stratégies de transfert de connaissances efficaces (Brown et al., 2020). Celles-ci sont définies comme des activités mises en place afin de diffuser, adapter et faciliter le TC (Chagnon et al., 2012). Cette notion de stratégie est présente chez un grand nombre d'auteurs, et couvre un très large spectre allant d'actions extrêmement spécifiques (p. ex. le fait que l'agent intermédiaire intervienne au moment opportun dans les rencontres) à des actions beaucoup plus larges (p. ex. effectuer des recherches en partenariat).

Plusieurs efforts ont été faits pour classer ces stratégies, sans pour autant qu'on puisse parvenir à un consensus. Par exemple, le nombre de stratégies identifiées par les auteurs est très variable selon les contextes, allant de quatre stratégies (Chagnon et al., 2012) à près de 200 (Walter et al., 2003). De nombreux critères ont été utilisés pour regrouper les différentes stratégies : le niveau d'efficacité (Barwick et al., 2008; Reardon et al., 2006), la discipline au sein de laquelle la stratégie est appliquée (Reisman, 2005), la durée et l'intensité de l'intervention, la sensibilité aux caractéristiques du participant (Schulz et al., 2010), le coût (Descheneaux et al., 2014), le type de support matériel (Lafrenière et al., 2013; Schulz et al., 2010), le fait que la stratégie soit appliquée collectivement ou individuellement (Contandriopoulos et al., 2010; Proulx, 2011). Cette liste pourrait se poursuivre puisque plus de 23 taxonomies ont été identifiées (WhatisKT, s. d.), certaines regroupant plus de 11 critères (Schulz et al., 2010). Par ailleurs, pour de très nombreuses taxonomies, les auteurs n'explicitent pas si des critères spécifiques ont été utilisés pour créer les classifications (Grol et Grimshaw, 2003; Mitton et al., 2007; Prior et al., 2008; Reardon et al., 2006; Walter et al., 2003). Les critères les plus utilisés sont le niveau d'interaction entre les chercheurs et les utilisateurs de connaissances, le potentiel de rayonnement (p. ex. Happell et Martin, 2005; Lemire et al., 2009; Zarinpoush et al., 2007) et les théories sous-jacentes des interventions (p. ex. Proulx, 2011; Walter et al., 2003) ou des stratégies (Gervais et al., 2012; Landry et al., 2001).

Ainsi, l'INSPQ (Lemire et al., 2009) se base sur une structure en cinq stratégies classées selon leur niveau d'interactions et de rayonnement (Figure 2). De même, la plateforme en ligne SACO (Stratégies d'application des connaissances aux organisations), développée par la Chaire d'étude sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et de familles en difficulté (2015), permet de chercher et de comparer les stratégies de transfert de connaissances,

selon un ensemble de critères dont le coût, les objectifs, le type de connaissance transférée et le public cible (Houffort et al., 2015).

Figure 2: Stratégies de transfert de l'INSPQ selon leur niveau d'interaction (Lemire et al., 2009, p. 31)



L'une des stratégies de TC les plus étudiées est la publication de guides de pratique. En effet, celle-ci joue un rôle majeur dans les stratégies de TC actuels et, en particulier, elle est considérée comme un élément clef dans le cadre des pratiques basées sur les données probantes. De plus, le rôle des guides dans le système de santé et de services sociaux est de plus en plus important. C'est donc sur cette stratégie que nous nous centrerons dans le cadre de cette thèse.

### Guides de pratique

Les guides de pratique sont généralement définis comme des « guides élaborés par une méthode systématique pour aider les praticiens et les patients à prendre des décisions

concernant les soins de santé appropriés » (Field, 1990, cité dans INESSS, 2012, p. 4). Cette définition est encore fréquemment utilisée (Setkowski et al., 2021). Pour sa part, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) les définit plutôt comme « des 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, p. 52).

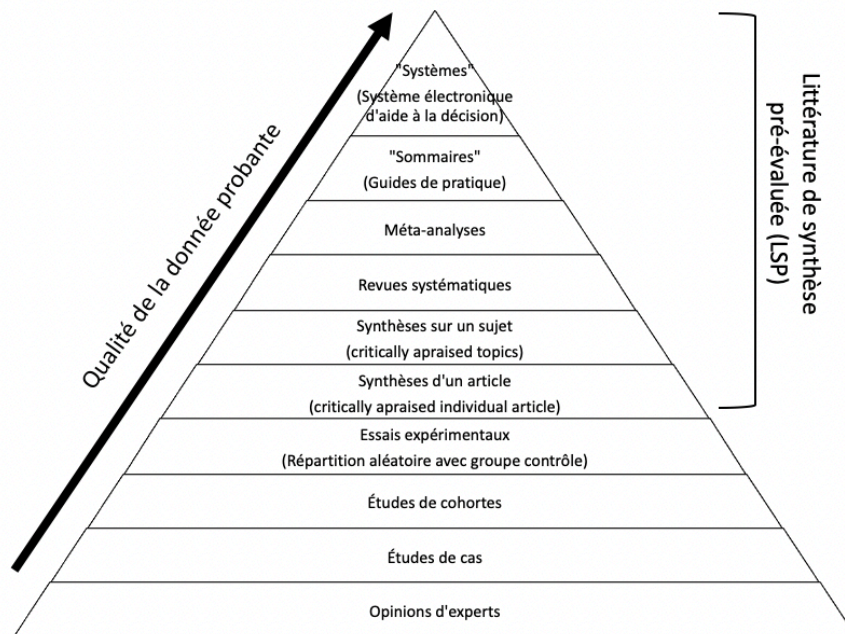
### **Rôle des guides de pratique dans les pratiques basées sur les données probantes**

Dans les pratiques basées sur les données probantes, les guides jouent un rôle clairement défini: celui de diffuser des connaissances scientifiques du monde de la recherche vers le monde de la pratique (Andrews et al., 2013; NCCMT, 2013; Neely et al., 2013; Rochweg et al., 2021; Tracy, 2014; Tunguy-Desmarais et Muckart, 2013; Wang et al., 2021; Zeng et al., 2015).

Étant donné la quantité grandissante d'écrits scientifiques qu'il serait nécessaire de consulter pour rester informé des dernières connaissances et le temps limité des intervenants, il semble peu probable que ces derniers soient capables d'effectuer une revue complète de la littérature pour chacune de leur décision clinique (Allan et al., 2021; Bowen et al., 2009; Robeson et al., 2010). Ce constat a mené à un changement de paradigme dans le domaine des pratiques basées sur les données probantes (Chapa et al., 2013) : la revue complète de la littérature par les intervenants favorisée par de nombreux modèles antérieurs (Attia, 2010; Cluett, 2006; Straus et al., 2004) commence à être remplacée par une centration sur une revue limitée aux littératures de synthèses pré-évaluées (LSP) par d'autres personnes (Alper et al., 2005; Chapa et al., 2013; Spring, 2007).

Ainsi, la hiérarchie des données probantes (Figure 3) a graduellement été complétée pour y intégrer différents types de LSP. On y retrouve ainsi, par ordre croissant de qualité : les synthèses d'articles individuels, les synthèses sur un sujet, les revues systématiques, les méta-analyses, les guides de pratique (ou « sommaires ») et les systèmes électroniques d'aide à la décision (ou « systèmes ») (Banzi et al., 2010; DiCenso et al., 2009a, 2009b; NCCMT, 2013; Sadeghi-Ghyassi et al., 2022).

Figure 3: Hiérarchie des données probantes. Inspiré de Banzi, Liberati, Moschetti, Tagliabue et Moja, 2010; DiCenso, Bayley et Haynes, 2009a, 2009b; National Collaborating Centre for Methods and Tools, 2013

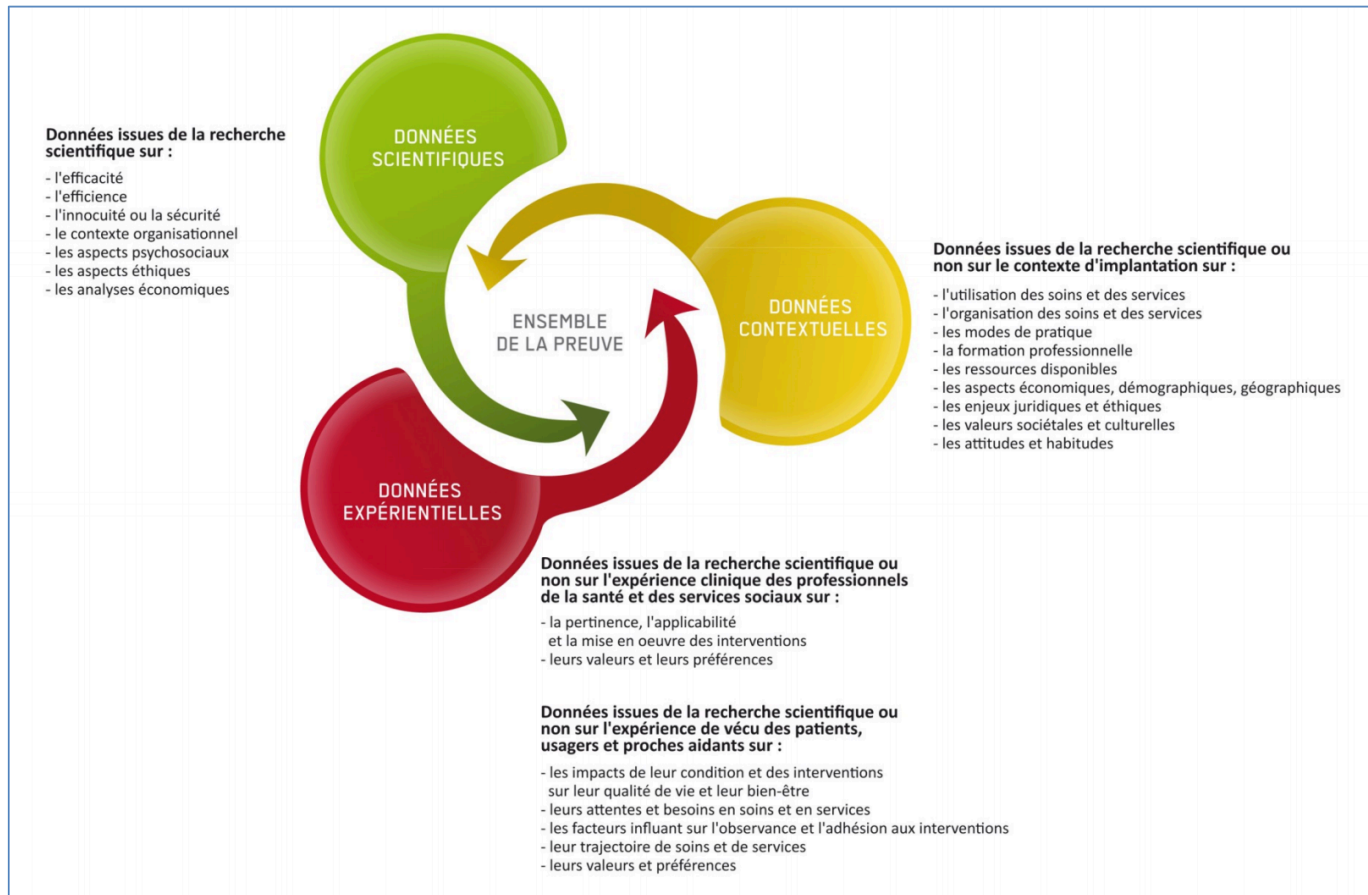


De nombreux efforts ont cherché à augmenter l’accessibilité de ces littératures de synthèses pré-évaluées (LSP) sur internet (par exemple les sites de Cochrane et Campbell collaboration) ainsi qu’à améliorer les méthodes d’agrégation de données et les outils informatiques. Il est donc de plus en plus facile pour un intervenant d’intégrer les pratiques basées sur les données probantes en se basant sur les LSP (Rochweg et al., 2021). Il n’est pas étonnant dès lors que cette méthode plus simple, plus applicable et exigeant moins de temps, soit de plus en plus favorisée pour développer les pratiques basées sur les données probantes (Archambault et al., 2021; Attia, 2010; Brown et al., 2020; Mayer, 2010). Étant donné la faible présence actuelle de système d’aide à la décision dans le domaine social, les guides de pratique sont de loin les LSP les plus favorisés (Archambault et al., 2021; Carande-Kulis et al., 2022).

Les guides de pratique n’impliquent pas uniquement de réduire et de centraliser les données scientifiques, mais également de les combiner avec d’autres connaissances. Ainsi, les auteurs originaux des PBDP précisent que celles-ci impliquent « l’intégration des meilleures données de la recherche à la compétence clinique du soignant et aux valeurs du patient » (Haynes et al., 1996, p. 196, traduction libre). Pour tenir compte de la réalité du terrain, les informations scientifiques sont de plus en plus associées à d’autres connaissances. Par exemple,

le modèle de l'INESSS suggère de combiner les données scientifiques aux données contextuelles et aux données expérientielles tel qu'illustré dans la Figure 4 (Beauchamp et al., 2015, 2018; INESSS, 2012; Lobè et Dagenais, 2017).

Figure 4: Processus de traitement des données scientifiques, contextuelles et expérientielles (Lobè et Dagenais, 2017, p. 35)<sup>2</sup>



Pour l'INESSS, il est donc capital de s'assurer que les guides de pratique soient fondés sur les meilleures données scientifiques disponibles et appuyés sur des données contextuelles ainsi que sur le savoir d'experts, tel que les chercheurs, les gestionnaires, les intervenants, les usagers et leurs proches. Cette triangulation des données permettant d'améliorer la qualité des recommandations (Beauchamp et al., 2018; INESSS, 2012, 2021). Ce rôle de plus en plus actif des parties prenantes dans les guides de l'INESSS est une belle illustration de l'intégration progressive des concepts du transfert de connaissances dans le mouvement des PBDP.

<sup>2</sup> © Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Élaboration et adaptation des guides de pratique. Rapport rédigé par Christine Lobè, Jolianne Renaud, Joëlle Brassard et Monique Fournier. Québec, Qc : INESSS; 94 p.

## **Rôle des guides de pratique en transfert de connaissances**

Si dans les PBDP les guides de pratique ont un statut particulier, ce n'est pas le cas dans le cadre plus général du TC. Dans l'approche de transfert de connaissances, les guides sont une stratégie parmi un ensemble de stratégies. Comme n'importe quel outil de TC, les guides peuvent servir à transférer un ensemble de connaissances, mais sont particulièrement utiles pour transférer des savoirs et des savoir-faire en vue d'améliorer les pratiques (Chaire d'étude sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et de familles en difficulté, 2020). Ils s'inscrivent généralement dans la catégorie des stratégies linéaires. Celles-ci restent les plus utilisées par les équipes de recherche (Chagnon et Gervais, 2011). Elles permettent d'atteindre un très large public avec des moyens limités, ce qui est impossible avec les stratégies interactives qui restent onéreuses et doivent s'appliquer dans un univers restreint (Lemire et al., 2009). Dans la vision du transfert de connaissances, les guides, comme toute autre stratégie de connaissance, s'inscrivent toujours dans un ensemble de stratégies. En effet, les recherches démontrent de plus en plus que la solution optimale réside dans l'utilisation d'une variété de stratégies (Chagnon et al., 2012; Grimshaw et al., 2002; Prior et al., 2008).

Le rôle spécifique des guides dépendra fortement des modèles de transfert de connaissances sur lesquels on s'appuie. Ainsi l'utilisation de modèle linéaire amènera à une perception de ceux-ci qui sera similaire à celle des pratiques basées sur les données probantes. Pour sa part, l'utilisation de modèles interactifs accordera une importance particulière aux interactions entre les acteurs tout au long du processus de création, de diffusion et d'évaluation du guide de pratique. Dans cette vision, une place bien plus active est donnée aux utilisateurs de la connaissance et en particulier aux intervenants. Ceux-ci seront consultés à toutes les étapes et leurs besoins seront la base sur lequel les guides seront construits (INESSS, 2012, 2021). Ce rôle actif des utilisateurs est d'ailleurs bien illustré par l'expression « par et pour les parties prenantes » de la définition de l'INESSS (2012).

## **Effets des guides de pratique**

Les guides de pratique sont reconnus pour jouer un rôle majeur dans les services médicaux et sociaux (INESSS, 2012; Robeson et al., 2010). Ils permettent de mieux intégrer les connaissances scientifiques à la pratique clinique (Andrews et al., 2013; Neely et al., 2013; Tracy, 2014; Tunguy-Desmarais et Muckart, 2013; Zeng et al., 2015). Les guides de pratique constituent une source précieuse d'informations pour les intervenants et peuvent soutenir les



décisions cliniques en indiquant les traitements à utiliser pour un groupe de patients. Ils favorisent les pratiques basées sur les données probantes, limitent les variations de pratiques, améliorent la qualité de soins et diminuent les coûts (Fischer et al., 2016; Qumseya et al., 2021; Setkowski et al., 2021).

Toutefois, l'efficacité des guides de pratique pour améliorer les pratiques est modérée lorsque cette stratégie est utilisée seule. Il est probable que les ressources associées au développement et à l'implantation d'un guide de pratique puissent surpasser les bénéfices obtenus quant à l'amélioration des pratiques. Par contre, des études récentes montrent l'efficacité des guides sur l'amélioration des pratiques lorsque cette stratégie est couplée à d'autres activités de TC (Chaire d'étude sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et de familles en difficulté, 2020).

### **Défis des guides de pratique**

Les guides de pratique sont devenus l'une des pierres angulaires du système de santé et de services sociaux (Carande-Kulis et al., 2022; INESSS, 2012; WHO, 2003) et cette importance a encore augmenté depuis la pandémie du Covid-19 (Carande-Kulis et al., 2022). Toutefois, leur rôle de plus en plus central amène de nombreuses questions, notamment (1) sur la qualité des guides de pratique et (2) les facteurs favorisant une meilleure intégration des guides de pratique dans le quotidien des intervenants ; autrement dit, sur le « passage de la science aux guides de pratique » et le « passage des guides de pratique à la pratique » (Girlanda et al., 2017; Rochweg et al., 2021).

### **Qualité des guides**

Étant donné le rôle de plus en plus important des guides de pratique, il est primordial de s'assurer de leur qualité (Carande-Kulis et al., 2022; Trepanier et al., 2021). De nombreuses recherches ont ainsi établi la variabilité de la qualité des guides de pratique que ce soit au niveau de la rigueur méthodologique, de la clarté des recommandations ou de l'indépendance éditoriale (par exemple: Bayes et Parker, 2018; Cates et al., 2006; Chapa et al., 2013; Knai et al., 2012; Trepanier et al., 2021, 2022; Vaz et al., 2021).

Du fait de cette importance, la mise en place de processus d'actualisation continue visant l'amélioration de la qualité des guides, et ainsi la bonification des soins reçus, est un enjeu crucial pour le système de santé (INESSS, 2015; Rochweg et al., 2021; Trepanier et al., 2021).

Dans ce cadre, plusieurs outils ont été développés pour l'évaluation scientifique des guides (Siering et al., 2013) et l'un d'eux est devenu dominant : la grille « Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation » (AGREE-II), développée spécifiquement pour décrire les forces et les limites des guides de pratique dans le champ des pratiques basées sur les données probantes (The AGREE Next Steps Consortium, 2017). Elle est reconnue à l'échelle internationale pour avoir fait ses preuves dans le domaine de la santé (INESSS, 2012; Trepanier et al., 2021; Vaz et al., 2021; Zeng et al., 2015) et est de plus en plus utilisée dans le domaine psychosocial (Andrade et al., 2019; Martin et al., 2021). À cet égard, les résultats des disciplines qui se sont basées sur cette grille pour s'assurer que leurs guides répondent aux standards de qualité requis sont inquiétants. Certains auteurs vont même jusqu'à affirmer que la majorité des guides de pratique ne correspond pas aux critères de rigueur minimaux attendus tant dans le domaine médical (Friend et al., 2020; Knai et al., 2012; Vaz et al., 2021) que psychosocial (Andrade et al., 2019; Ciquier et al., 2020; Martin et al., 2021; Medina et al., 2020; Middleton et al., 2019; Stamoulos et al., 2014; Trepanier et al., 2017, 2021, 2022). Ainsi, le cadre des pratiques basées sur les données probantes et les modèles linéaires qui les sous-tendent circonscrit précisément les lacunes et le travail à effectuer pour l'amélioration de la qualité des guides, amélioration qui devient dès lors synonyme de meilleurs résultats obtenus sur la grille AGREE-II.

Toutefois, les quelques données que nous avons sur l'élaboration des guides semblent peu favorables à une telle amélioration. Ainsi, la recherche de Trepanier, Stamoulos, et al. (2019), interrogeant un ensemble de participants à la création de guides de six ordres professionnels (CMQ, OPQ, OTSTCFQ, OPPQ, OCCOQ, OEQ) indique, notamment, que ceux-ci ne disposaient pas d'une procédure claire à suivre, ni d'un plan complet pour guider la recherche et la sélection des données de recherche sur lesquelles les recommandations devaient être fondées. De plus, lors d'une analyse des publications de membres de comité de guides de l'OPQ, Trepanier, Reyes, et al. (2019) ont mis de l'avant la faible représentation de chercheurs spécialisés sur les guides de pratique. En complément, Stamoulos et al. (2020) ont mené des entrevues auprès de 34 membres du conseil d'administration des cinq ordres professionnels québécois (OPQ, OPPQ, OCCOQ, OTSTCFQ, OEQ). Les résultats ont montré que ceux-ci ont une connaissance variable des éléments clés de l'élaboration des guides de pratique et ne connaissent pas les méthodes d'élaboration de ceux-ci.

Dans l'approche du transfert de connaissances et en particulier dans les approches interactives, la question de la qualité d'un guide est plus complexe. En effet, comme tout outil

de TC, les guides peuvent avoir une multitude de rôles et d'objectifs. Ils peuvent ainsi avoir l'objectif de diffuser des informations scientifiques pour transformer les pratiques comme le suggère les PBDP, mais pourraient également être utilisés pour transférer d'autres types d'informations (p. ex. : légales, éthiques, expérientielles) ou pour viser d'autres objectifs (p. ex.: information, identité professionnelle). Certains auteurs critiquent d'ailleurs l'utilisation des PBDP à titre de cadre unique d'analyse de la qualité des guides (Drisko et Grady, 2019a; Mercuri, 2018; Silva et Wyer, 2009; Tonelli, 2006; Wyer, 2018). Selon eux, on ne peut limiter le rôle des guides de pratique à la transmission d'informations scientifiques. Les méthodologies comme celles d'AGREE-II seraient donc insuffisantes, voire inadéquates, pour juger de la qualité d'un guide, en particulier dans le domaine des services sociaux. Dans cette approche, de nombreux facteurs peuvent déterminer la qualité d'un guide et il est capital de commencer par vérifier auprès des utilisateurs leurs besoins et leur perception des guides (INESSS, 2012; Lobè et Dagenais, 2017). Améliorer la qualité des guides passe alors par l'établissement des rôles qu'ils occupent dans la pratique des intervenants, puis par une réflexion sur les aspects qui doivent être renforcés et les moyens de le faire.

Les connaissances à ce sujet sont aujourd'hui limitées et peuvent sembler contradictoires. En effet, d'un côté, les recherches nommées précédemment sur les parties prenantes de la réalisation des guides semblent indiquer un manque de rigueur et de méthodologie (Stamoulos, Trepanier, et al., 2020a; Trepanier, Reyes, et al., 2019; Trepanier, Stamoulos, et al., 2019), d'un autre côté, Stamoulos, Trepanier, et al. (2020b) ont interrogé 954 professionnels de cinq ordres professionnels (OPQ, OPPQ, OCCOQ, OTSTCFQ, OEQ) et ont montré que la plupart des professionnels qui ont utilisé des guides affirment non seulement connaître les méthodes d'élaboration de ceux-ci, mais manifestaient des attitudes positives à l'égard de leur processus d'élaboration. Ce résultat semble incompatible avec les résultats généralement obtenus sur la qualité des guides, mais également sur le fait que les membres des groupes d'élaboration eux-mêmes semblent manifester un manque de connaissance sur la méthode d'élaboration (Stamoulos, Trepanier, et al., 2020b; Trepanier, Stamoulos, et al., 2019).

Comme on peut le constater, la question de la qualité des guides de pratique reste une question complexe sur laquelle de nombreux points méritent d'être explorés.

## Utilisation des guides

Comme le rappelle l'INESS, « un guide de pratique ne prend sa pleine valeur que lorsqu'il est appliqué sur le terrain » (INESSS, 2012, p. 36). Or, un nombre élevé d'intervenants semblent ne pas suivre les guides de pratique (Austad et al., 2016; Fischer et al., 2016; Gaudio et Ellenberg, 2014; Gené-Badia et al., 2016; Jin et al., 2021; Westerlund et al., 2021), notamment dans le domaine de la psychothérapie, où seuls 8 % des praticiens indiquent les utiliser fréquemment (Becker et al., 2013). Dans certains cas une résistance active aux guides de pratique a même été observée (Wang et al., 2021).

Malheureusement, la littérature sur l'utilisation des guides dans le domaine psychosocial reste très limitée et il est difficile de se faire une idée précise de la situation (Stamoulos, Parker, et al., 2020). Ainsi, la seule revue de littérature sur le sujet a été menée par Stamoulos, Parker, et al. (2020) qui ont analysé 35 articles entre 2000 et 2019. Leurs résultats indiquent que la connaissance des guides de pratique par les professionnels varie avec une majorité des articles indiquant une méconnaissance de ceux-ci par les professionnels en sciences sociales. Plusieurs articles ont également analysé les attitudes des professionnels envers les guides. La plupart des études ont souligné les attitudes positives des professionnels à l'égard de ceux-ci (par exemple, les professionnels appréciaient et soutenaient généralement l'utilisation des guides, les percevaient comme utiles et pertinents, et avaient des opinions favorables sur l'élaboration des guides et leur impact sur la pratique). Cependant, presque autant d'articles ont mis de l'avant les attitudes négatives des professionnels envers les guides, dont la plupart étaient à l'opposé des attitudes positives. Finalement, les résultats de Stamoulos, Parker, et al. (2020) suggèrent des taux hétérogènes d'utilisation des guides. Cependant, en raison de la majorité des articles indiquant une utilisation peu fréquente des guides, il semble qu'il y ait plus de soutien pour un manque d'adhésion aux guides parmi les professionnels des sciences sociales. Il est à noter que parmi les articles analysés aucun ne concernait spécifiquement la psychoéducation (Stamoulos, Parker, et al., 2020).

À notre connaissance, la seule recherche sur l'utilisation des guides ayant inclus des psychoéducateurs est celle de Stamoulos, Trepanier, et al (2020b) qui montre que les professionnels des sciences sociales au Québec (OPQ, OPPQ, OCCOQ, OTSTCFQ, OEQ) semblent avoir une meilleure connaissance et un meilleur taux d'utilisation des guides qu'habituellement retrouvé ailleurs dans la littérature. Ainsi, cette étude a révélé que la majorité des professionnels considéraient les guides de pratique produits par leurs ordres professionnels

respectifs comme pertinents pour informer leur pratique. De plus, il semble que la plupart des professionnels ont manifesté des attitudes positives envers les guides, reconnaissant que ceux-ci sont utiles, instructifs et améliorent leur pratique.

Même si la situation n'offre pas un portrait clair, il semble que l'élaboration d'un guide de pratique n'entraîne pas nécessairement de changements dans la pratique clinique. C'est dans l'optique de combler cette marge entre la production des ressources scientifiques destinées à orienter l'action, et leur application effective que la recherche dans ce domaine a évolué, se centrant de plus en plus sur la détermination des facteurs influençant l'utilisation des guides et en particulier : 1) les facteurs personnels, 2) les facteurs associés aux guides de pratique et 3) les facteurs environnementaux (Fischer et al., 2016).

Une fois de plus, les recherches dans le domaine psychosocial sont limitées. Toutefois, selon la revue de Stamoulos, Parker, et al. (2020), les obstacles à l'utilisation des guides qui ont été signalés le plus souvent, consistaient principalement en des contraintes organisationnelles (p. ex. exigences de travail élevées et manque de temps et de ressources). La formation et la supervision concernant les guides sont les facilitateurs les plus souvent cités. Parmi les autres facteurs on retrouve : la collaboration et le travail d'équipe, la présence d'outils et de stratégies pour appliquer les guides, l'évaluation et le suivi des performances, la présence de guides de bonne qualité, l'accessibilité des guides, les contextes et les politiques locales, et les attitudes positives des cliniciens envers les guides (Stamoulos, Parker, et al., 2020). La seule recherche sur l'utilisation des guides menée auprès d'intervenants québécois semble indiquer que les facteurs varient considérablement au sein des professions. Les obstacles les plus souvent décrits étant le manque de pertinence des guides et le manque de temps. Les auteurs reconnaissent, toutefois, le manque de consensus dans leurs résultats (Stamoulos, Trepanier, et al., 2020b).

De nombreuses questions demeurent quant au rôle respectif de chacun de ces facteurs et comment les utiliser pour augmenter l'utilisation des guides par les intervenants, en particulier dans le domaine de la santé mentale.

### **Description de la thèse**

Cette thèse s'intéresse aux défis des guides de pratique dans le domaine de la psychoéducation. La psychoéducation est une discipline qui se spécialise en prévention des difficultés d'adaptation et en intervention dans le domaine de l'inadaptation psychosociale,

principalement auprès des jeunes (Auger et al., 2018; Caouette et al., 2021; Daigle et al., 2018; École de psychoéducation, s. d.). Étant donné qu'elle reste une discipline récente, qu'elle est en évolution rapide et qu'elle reconnaît explicitement l'importance de rester à jour, le transfert de connaissances et les pratiques basées sur les données probantes y jouent un rôle central (Auger et al., 2018; Caouette et al., 2021). De plus, Ramdé et al. (2016) et Stamoulos, Trepanier, et al. (2020b) ont respectivement évalué que 93 % et 76 % des psychoéducateurs affirment utiliser des guides de pratique. Ils font donc clairement partie de leur environnement de travail et il est primordial de s'assurer de leur qualité et bonne utilisation. Cette thèse se centrera principalement sur ces deux défis.

**Article 1.** Un premier article permettra de brosser un portrait de la qualité des guides de pratique de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ). Cette recherche se déclinera en deux volets. Dans le premier, nous évaluerons la qualité des guides de l'OPPQ à l'aide d'une grille d'analyse standardisée (AGREE-II), qui permettra de juger de leur qualité dans la perspective linéaire des données probantes. Dans le second volet, en accord avec les approches interactives dominantes dans le reste du TC, nous vérifierons, dans le cadre d'une évaluation qualitative, la perception des psychoéducateurs quant à la qualité des guides mis à leur disposition.

**Article 2.** Un deuxième article permettra de tracer un portrait des facteurs personnels et environnementaux influençant l'utilisation des guides de pratique par des psychoéducateurs. Tout comme dans le premier article, une approche mixte sera utilisée. Dans le premier volet, nous effectuerons une évaluation quantitative des facteurs influençant l'utilisation des guides de pratique de psychoéducateurs à partir de données colligées lors de la passation du questionnaire d'utilisation des connaissances (Ramdé et al., 2016). Dans le second volet, nous vérifierons, dans le cadre d'une évaluation qualitative, la perception de certains de ces mêmes psychoéducateurs à propos des différents facteurs influençant leur utilisation des guides.

## Références

Al Zoubi, F., Bussieres, A. E., Stuber, K., French, S. D., Boruff, J., Corrigan, J. et Thomas, A. (2016). Evidence-based practice, research utilization, and knowledge translation in chiropractic: A scoping review. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 16(1), 216. <https://doi.org/10.1186/s12906-016-1175-0>

Allan, G. M., Aubrey-Bassler, K., Cauchon, M., Ivers, N. M., Katz, A., Kirkwood, J., Kuling, P. J., Mang, E. J., Moore, S., Safarov, A., Scrimshaw, C., Shaw, E., Stalker, P. et Woollard, R. (2021). Endorsement of clinical practice guidelines: Criteria from the College of Family Physicians of Canada. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 67(7), 499-502. <https://doi.org/10.46747/cfp.6707499>

Alper, B. S., White, D. et Ge, B. (2005). Physicians answer more clinical questions and change clinical decisions more often with synthesized evidence: A randomized trial in primary care. *The Annals of Family Medicine*, 3(6), 507-513. <https://doi.org/10.1370/afm.370>

Andrade, B. F., Courtney, D., Duda, S., Aitken, M., Craig, S. G., Szatmari, P., Henderson, J. et Bennett, K. (2019). A Systematic Review and Evaluation of Clinical Practice Guidelines for Children and Youth with Disruptive Behavior: Rigor of Development and Recommendations for Use. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 22(4), 527-548. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00292-2>

Andrews, J., Guyatt, G., Oxman, A. D., Alderson, P., Dahm, P., Falck-Ytter, Y., Nasser, M., Meerpohl, J., Post, P. N., Kunz, R., Brozek, J., Vist, G., Rind, D., Akl, E. A. et Schünemann, H. J. (2013). GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: The significance and presentation of recommendations. *Journal of Clinical Epidemiology*, 66(7), 719-725. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2012.03.013>

APA. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>

APA. (2021). *Professional Practice Guidelines for Evidence-Based Psychological Practice in Health Care*. <https://www.apa.org/about/policy/evidence-based-psychological-practice-health-care.pdf>

Archambault, P., Turcotte, S., Smith, P. Y., Said Abasse, K., Paquet, C., Cote, A., Gomez, D., Khechine, H., Gagnon, M.-P., Tremblay, M., Elazhary, N., Legare, F., et Wiki-Based Knowledge Tool Investigators. (2021). Intention to Use Wiki-Based Knowledge Tools: Survey of Quebec Emergency Health Professionals. *JMIR medical informatics*, 9(6), e24649. <https://doi.org/10.2196/24649>

Attia, A. (2010). Towards an easier way to practice evidence-based medicine: The doer, user, and replicator modes of practice. *Middle East Fertility Society Journal*, 15(2), 119-122. <https://doi.org/10.1016/j.mefs.2010.05.003>

Auger, D., Lehoux, J., Massicotte, G., Paquette, C., Ross, J., Trudel, D., Bouchard, C., Chamberland, S., Horth, L. et Rousseau, G. (2018). Le référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession de psychoéducatrice ou psychoéducateur au Québec. <https://www.ordrepsed.qc.ca/fr/profil-des-competences/~~/media/pdf/Psychoeducateur/Rf%20de%20compences%20Version%20adopte%20par%20le%20CA%20duconseil%2017%20mai%202018.ashx?la=fr>

Austad, B., Hetlevik, I., Mjølstad, B. P. et Helvik, A.-S. (2016). Applying clinical guidelines in general practice: a qualitative study of potential complications. *BMC Family Practice*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0490-3>

Axford, N., Berry, V., Little, M. et Morpeth, L. (2006). Developing a common language in children's services through research-based inter-disciplinary training. *Social Work Education*, 25(2), 161-176. <https://doi.org/10.1080/02615470500487648>

Banzi, R., Liberati, A., Moschetti, I., Tagliabue, L. et Moja, L. (2010). A review of online evidence-based practice point-of-care information summary providers. *Journal of Medical Internet Research*, 12(3), e26. <https://doi.org/10.2196/jmir.1288>

Barwick, M. A., Boydell, K. M., Stasiulis, E., Ferguson, H. B., Blase, K. et Fixsen, D. (2008). Research utilization among children's mental health providers. *Implementation Science*, 3, 19. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-19>

Bayes, A. J. et Parker, G. B. (2018). Comparison of guidelines for the treatment of unipolar depression: A focus on pharmacotherapy and neurostimulation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(6), 459-471. <https://doi.org/10.1111/acps.12878><https://dx.doi.org/10.1111/acps.12878>

Beahm, L. A. et Cook, B. G. (2021). *Merging Practice-Based Evidence and Evidence-Based Practices to Close the Research-to-Practice Gap*. *Advances in Learning and Behavioral Disabilities*. Emerald Publishing Limited, Howard House, Wagon Lane, Bingley, West Yorkshire, BD16 1WA, UK. <https://doi.org/10.1108/S0735-004X20210000031004>

Beauchamp, S., Drapeau, M. et Dionne, C. (2015). The development of practice guidelines in the social and human sciences. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 56(4), 357-367. <https://doi.org/10.1037/a0038811>

Beauchamp, S., Drapeau, M. et Dionne, C. (2018). Assess, triangulate, converge, and recommend (ATCR): A process for developing recommendations for practice in the social



sector using scientific, contextual and experiential data. CybelePress.  
<https://doi.org/10.21965/IJHBHTA.2018.001>

Becker, E. M., Smith, A. M. et Jensen-Doss, A. (2013). Who's using treatment manuals? A national survey of practicing therapists. *Behaviour Research and Therapy*, 51(10), 706-710.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.07.008>

Bédard, P.-O. et Ouimet, M. (2016). Persistent misunderstandings about evidence-based (sorry: informed!) policy-making. *Archives of public health = Archives belges de sante publique*, 74(9208826), 31. <https://doi.org/10.1186/s13690-016-0142-z>

Berthelette, D., Bilodeau, H., Chagnon, F., Desnoyers, L., Lafond, J. et Lévesque, G. (2008). Rapport du groupe de travail sur les retombées de la recherche sur la santé. *UQAM, Institut Santé et société*, 19p.

Bowen, S., Erickson, T., Martens, P. J. et Crockett, S. (2009). More than « using research »: The real challenges in promoting evidence-informed decision-making. *Healthcare Policy = Politiques de Santé*, 4(3), 87-102.

Briand-Lamarche, M. et Siron, S. (2012). 6. Le transfert de connaissances : Quoi ? Par qui ? À qui ? Comment ? Pour quoi ? Dans C. Dagenais et É. Robert (dir.), *Le transfert des connaissances dans le domaine social* (p. 103-110). Presses de l'Université de Montréal.  
<https://doi.org/10.4000/books.pum.8793>

Briand-Lamarche, M., Siron, S., Besner, F. et D'Ostie-Racine, L. (2012). 13. Transfert de connaissances : enjeux éthiques du quoi et du comment. Dans C. Dagenais et É. Robert (dir.), *Le transfert des connaissances dans le domaine social* (p. 195-199). Presses de l'Université de Montréal. <https://doi.org/10.4000/books.pum.8810>

Brown, A., Barnes, C., Byaruhanga, J., McLaughlin, M., Hodder, R. K., Booth, D., Nathan, N., Sutherland, R. et Wolfenden, L. (2020). Effectiveness of technology-enabled knowledge translation strategies in improving the use of research in public health: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 22(7), e17274. <https://doi.org/10.2196/17274>

Buren, M. K., Johnson, A. H., Maggin, D. M., Bains, B. K., Galligan, M. R. L. et Couch, L. K. (2021). *Research Utilization in Special Education*. Emerald Publishing Limited, Howard House, Wagon Lane, Bingley, West Yorkshire, BD16 1WA, UK.  
<https://www.proquest.com/reports/research-utilization-special-education/docview/2595732252/se-2?accountid=12543>

Caouette, M., Bégin, J.-Y. et Trudel, D. (2021). La formation des psychoéducateurs et des psycho-éducatrices au Québec : rétrospective et prospective. *Revue de psychoéducation*, 50(2), 205-221. <https://doi.org/10.7202/1084009ar>

Carande-Kulis, V., Elder, R. W. et Koffman, D. M.-. (2022). Standards Required for the Development of CDC Evidence-Based Guidelines. *MMWR supplements*, 71(1), 1-6. <https://doi.org/10.15585/mmwr.su7101a1>

Cates, J. R., Young, D. N., Bowerman, D. S. et Porter, R. C. (2006). An independent AGREE evaluation of the occupational medicine practice guidelines. *The Spine Journal*, 6(1), 72-77. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2005.06.012>

Chagnon, F. et Gervais, M.-J. (2011). *Modélisation des déterminants et des retombées de l'application des connaissances issues de la recherche psychosociale. Partie II, Partie II*. Fonds de recherche sur la société et la culture Québec. <http://public.ebib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3276525>

Chagnon, F., Gervais, M.-J. et Labelle, P. (2012). *Modélisation des déterminants et des retombées de l'application des connaissances issues de la recherche psychosociale. Partie III, Partie III*, (Chaire d'étude CJM-IU-UQÀM sur l'application des connaissances dans le secteur des jeunes et des familles en difficulté). Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture. [https://chairecjmiu.uqam.ca/upload/files/Rapport\\_Chagnon\\_Gervais\\_\\_Labelle\\_version\\_finale.pdf](https://chairecjmiu.uqam.ca/upload/files/Rapport_Chagnon_Gervais__Labelle_version_finale.pdf)

Chagnon, F., Pouliot, L., Malo, C., Gervais, M.-J. et Pigeon, M.-È. (2010). Comparison of determinants of research knowledge utilization by practitioners and administrators in the field of child and family social services. *Implementation Science*, 5, 41. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-41>

Chaire d'étude sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et de familles en difficulté. (2015). Choisir les activités de TUC. Dans *SACO - Stratégies de transfert et d'utilisation des connaissances*. Chaire CJM-IU-UQAM d'étude sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et des familles en difficulté. <http://www.saco.uqam.ca/activite/outil-de-soutien-decision>

Chaire d'étude sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et de familles en difficulté. (2020, 5 janvier). Guide de pratique. Dans *SACO - Stratégies de transfert et d'utilisation des connaissances*. Montréal : Chaire CJM-IU-UQAM d'étude sur l'application

*des connaissances dans le domaine des jeunes et des familles en difficulté.*  
<http://www.saco.uqam.ca/activite/guide-de-pratique>

Chapa, D., Hartung, M. K., Mayberry, L. J. et Pintz, C. (2013). Using preappraised evidence sources to guide practice decisions: Using preappraised evidence sources. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25(5), 234-243.  
<https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2012.00787.x>

Ciliska, D. (2012). Introduction au processus décisionnel fondé sur des faits. Centre de collaboration nationale des méthodes et outils. <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/45245.html>

Ciquier, G., Azzi, M., Hébert, C., Watkins-Martin, K. et Drapeau, M. (2020). Assessing the quality of seven clinical practice guidelines from four professional regulatory bodies in Quebec: What's the verdict? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*.  
<https://doi.org/10.1111/jep.13374>

Cluett, E. R. (2006). Evidence-based practice. Dans *Principles and practice of research in midwifery* (p. 33-56). Churchill Livingstone/Elsevier.  
<http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=2072160>

Contandriopoulos, D., Lemire, M., Denis, J.-L. et Tremblay, E. (2010). Knowledge exchange processes in organizations and policy arenas: A narrative systematic review of the literature. *The Milbank Quarterly*, 88(4), 444-483. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2010.00608.x>

Cook, B. G. et Cook, S. C. (2013). Unraveling evidence-based practices in special education. *The Journal of Special Education*, 47(2), 71-82.  
<https://doi.org/10.1177/0022466911420877>

Dagenais, C. (2012). 1. Émergence de la première « équipe de recherche en partenariat sur le transfert des connaissances dans le domaine social ». Dans É. Robert (dir.), *Le transfert des connaissances dans le domaine social* (p. 13-33). Presses de l'Université de Montréal.  
<http://books.openedition.org/pum/8784>

Dagenais, C. (2020). *Les concepts de base dans le domaine du transfert de connaissances: Synthèse du module 1* [infographie]. Infographie communication présentée au MOOC 1- introduction au transfert de connaissances.

Daigle, S., Couture, C., Renou, M., Potvin, P. et Rousseau, M. (2018). Spécificité identitaire, usage du vécu partagé et exercice contemporain de la psychoéducation. *Revue de*

*psychoéducation*, 47(1), 23. <https://doi.org/10.7202/1046775ar>

Descheneaux, J., Aubé, D. et Houlfort, N. (2014). L'évaluation du transfert des connaissances dans les organisations du réseau de la santé et des services sociaux, que pouvons-nous apprendre? *Colloque de la Société québécoise d'évaluation de programme*, 28.

DiCenso, A., Bayley, L. et Haynes, R. B. (2009a). Accessing preappraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model. *ACP Journal Club*, 151(3), JC3-2-JC3-3.

DiCenso, A., Bayley, L. et Haynes, R. B. (2009b). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence-Based Nursing*, 12(4), 99-101. <https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>

Drisko et Grady, M. D. (2019a). Continuing Issues Regarding EBP in Practice. Dans J. W. Drisko et M. D. Grady (dir.), *Evidence-Based Practice in Clinical Social Work* (2<sup>e</sup> éd., p. 297-309). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-15224-6\\_20](https://doi.org/10.1007/978-3-030-15224-6_20)

Drisko, J. W. et Grady, M. D. (2019b). *Evidence-Based Practice in Clinical Social Work*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-15224-6>

École de psychoéducation. (s. d.). *Qu'est-ce que la psychoéducation?* [institutionnel]. École de psychoéducation de l'Université de Montréal. <http://psyced.umontreal.ca/departement/quest-ce-que-la-psychoeducation/>

Estabrooks, C. A., Derksen, L., Winther, C., Lavis, J. N., Scott, S. D., Wallin, L. et Profetto-McGrath, J. (2008). The intellectual structure and substance of the knowledge utilization field: A longitudinal author co-citation analysis, 1945 to 2004. *Implementation Science*, 3(1), 49. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-49>

Field, M. J. (dir.). (1990). *Clinical practice guidelines: Directions for a new program*. National Academies Press. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235751/>

Finne, J. (2020). Attitudes toward and utilization of evidence-based practice among norwegian social workers. *Journal of evidence-based social work (2019)*, 17(2), 149-162. <https://doi.org/10.1080/26408066.2019.1689879>

Fischer, F., Lange, K., Klose, K., Greiner, W. et Kraemer, A. (2016). Barriers and strategies in guideline implementation—A scoping review. *Healthcare*, 4(3), 36. <https://doi.org/10.3390/healthcare4030036>

Frank, H. E., Becker-Haimes, E. M. et Kendall, P. C. (2020). Therapist training in

evidence-based interventions for mental health: A systematic review of training approaches and outcomes. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(3). <https://doi.org/10.1111/cpsp.12330>

Friend, N., Hughes, J., Kisely, S., Kumar, R. et Siskind, D. (2020). Appraisal of physical health guidelines for severe mental illness. *Australian health review: a publication of the Australian Hospital Association*, 44(6), 904-915. <https://doi.org/10.1071/AH20080>

FRQSC. (2011). *Plan d'action en matière de transfert de connaissances 2011-2014*. Fonds de recherche québécois – Société et culture. [http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/449030/plan+action-transfert-connaissances\\_2011-2014/9e2bba77-6bc0-435a-92e8-81717ed3a435](http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/449030/plan+action-transfert-connaissances_2011-2014/9e2bba77-6bc0-435a-92e8-81717ed3a435)

Gaudiano, B. A. et Ellenberg, S. (2014). Psychotherapy in decline: What steps are needed to promote evidence-based practice? *Clinical Practice*, 11(4), 385-388. <https://doi.org/10.2217/cpr.14.22>

Gené-Badia, J., Gallo, P., Caïs, J., Sánchez, E., Carrion, C., Arroyo, L. et Aymerich, M. (2016). The use of clinical practice guidelines in primary care: professional mindlines and control mechanisms. *Gaceta Sanitaria*, 30(5), 345-351. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.01.005>

Gervais, M.-J. et Chagnon, F. (2010). *Modélisation des déterminants et des retombées de l'utilisation des connaissances issues de la recherche psychosociale*. Chaire d'étude CJM-IU-UQÀM sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et des familles en difficulté. [http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/1954614/Rapport\\_Phase\\_I\\_Gervais\\_\\_Chagnon\\_2010.pdf/efaab79d-a17c-4a4a-aa75-b76cd62cf441](http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/1954614/Rapport_Phase_I_Gervais__Chagnon_2010.pdf/efaab79d-a17c-4a4a-aa75-b76cd62cf441)

Gervais, M.-J., Chagnon, F. et Paccioni, A. (2011). Augmenter l'utilisation des données probantes par les intervenants et les gestionnaires en centre jeunesse. *Service social*, 57(1), 49. <https://doi.org/10.7202/1006247ar>

Gervais, M.-J., Chagnon, F. et Proulx, R. (2012). Favoriser le transfert des connaissances en CRDITED : quelques pistes de réflexion. *Revue Consortium national de recherche sur l'intégration sociale*, 3(3), 4-6.

Girlanda, F., Fiedler, I., Becker, T., Barbui, C. et Koesters, M. (2017). The evidence-practice gap in specialist mental healthcare: Systematic review and meta-analysis of guideline

implementation studies. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 210(1), 24-30. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.179093>

Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Walker, A. E. et Thomas, R. E. (2002). Changing physicians' behavior: What works and thoughts on getting more things to work. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 22(4), 237-243. <https://doi.org/10.1002/chp.1340220408>

Grol, R. et Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, 362(9391), 1225-1230. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14546-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14546-1)

Happell, B. et Martin, T. (2005). Changing the culture of mental health nursing: the contribution of nursing clinical development units. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(9), 921-933. <https://doi.org/10.1080/01612840500248213>

Haynes, R. B., Sackett, D. L., Gray, J. M., Cook, D. J. et Guyatt, G. H. (1996). Transferring evidence from research into practice: 1. The role of clinical care research evidence in clinical decisions. *ACP Journal Club*, 125(3), A14-16.

Heinsch, M., Gray, M. et Sharland, E. (2016). Re-conceptualising the link between research and practice in social work: A literature review on knowledge utilisation. *International Journal of Social Welfare*, 25(1), 98-104. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12164>

Houfourt, N., Descheneaux, J., Labelle, P., Marion, C., Gervais, M.-J. et Martel, B. (2015). *From research to a web-based interactive tool: knowledge transfer within social services organizations. Proceedings of the 16th European Conference on Knowledge Management (University of Udine, Italy, 3-4 septembre 2015)* (édité par A. Garlatti et M. Massaro). Kidmore End, Academic Conferences International Limited. <http://search.proquest.com/docview/1728409046/fulltextPDF/FAE8ECE658784989PQ/1?accountid=14719>

INESSS. (2012). *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*. Direction de communications et du transfert de connaissances. INESSS. <http://www.inesss.qc.ca/>

INESSS. (2015). *Cadre d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux*. INESSS.

INESSS. (2021). Typologie des produits de connaissances de l'INESSS. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. <https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS-Typologie-des-produits.pdf>

Jin, Y.-H., Zhang, J., Huang, Q., Huang, D., Wang, D.-Q., Wang, Y., Zeng, X.-T., Wang, X.-H., Tan, L.-M., Khan, K. S., Deng, T., Huang, C., Han, F. et Wang, Q. (2021). Determinants of successful guideline implementation: A national cross-sectional survey. *BMC medical informatics and decision making*, 21(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12911-020-01382-w>

Kalies, H., Schottmer, R., Bausewein, C., Simon, S. T., Voltz, R. et Crispin, A. (2017). Critical attitudes and beliefs towards guidelines amongst palliative care professionals - results from a national survey. *BMC Palliative Care*, 16(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0187-y>

Knai, C., Brusamento, S., Legido-Quigley, H., Saliba, V., Panteli, D., Turk, E., Car, J., McKee, M. et Busse, R. (2012). Systematic review of the methodological quality of clinical guideline development for the management of chronic disease in Europe. *Health Policy*, 107(2-3), 157-167. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.06.004>

Lacouture, A., Le Garjean, N., Ridde, V., Dagenais, C. et Pommier, J. (2015). *Partage et application des connaissances en santé publique entre chercheurs et acteurs de politiques. Stratégies dans le processus politique. Bibliographie annotée*. EHESP.

Lafrenière, D., Menuz, V., Hurlimann, T. et Godard, B. (2013). Knowledge dissemination interventions: A literature review. *SAGE Open*, 3(3), 215824401349824. <https://doi.org/10.1177/2158244013498242>

Landry, R., Amara, N. et Lamari, M. (2001). Utilization of social science research knowledge in Canada. *Research Policy*, 30(2), 333-349. [https://doi.org/10.1016/S0048-7333\(00\)00081-0](https://doi.org/10.1016/S0048-7333(00)00081-0)

Landry, R., Becheikh, N., Amara, N., Ziam, S., Idrissi, O. et Castonguay, Y. (2008). *La recherche, comment s'y retrouver? Revue systématique des écrits sur le transfert de connaissances en éducation*. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. [http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site\\_web/documents/PSG/statistiques\\_info\\_decisionnelle/LaRechercheCommentSYRetrouver.pdf](http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/PSG/statistiques_info_decisionnelle/LaRechercheCommentSYRetrouver.pdf)

Lemire, N., Souffez, K. et Laurendeau, M.-C. (2009). *Animer un processus de transfert*

*des connaissances bilan des connaissances et outil d'animation*. Direction de la recherche, formation et développement, Institut national de santé publique Québec. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/1958950>

Lobè, C. et Dagenais, P. (2017). *Élaboration et adaptation des guides de pratique*. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3130435>

Loiselle, C. G., Semenic, S. et Cote, B. (2005). Sharing empirical knowledge to improve breastfeeding promotion and support: Description of a research dissemination project. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2(1), 25-32. <https://doi.org/10.1111/j.1524-475X.2005.04059.x>

Martin, A., Naunton, M., Kosari, S., Peterson, G., Thomas, J. et Christenson, J. K. (2021). Treatment Guidelines for PTSD: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 10(18), 4175. <https://doi.org/10.3390/jcm10184175>

Martin, M.-L., Jensen, E., Coatsworth-Puspoky, R., Forchuk, C., Lysiak-Globe, T. et Beal, G. (2007). Integrating an Evidenced-Based Research Intervention in the Discharge of Mental Health Clients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(2), 101-111. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2006.11.004>

Mayer, D. (2010). *Essential evidence-based medicine*. Cambridge University Press.

Medina, J. C., Schmelefske, E., Hébert, C. et Drapeau, M. (2020). European clinical practice guidelines for depression in adults: Are they good enough? *Journal of Affective Disorders*, 263, 382-385. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.12.005>

Mercuri, M. (2018). How do we know if a clinical practice guideline is good? A response to Djulbegovic and colleagues' use of fast-and-frugal decision trees to improve clinical care strategies. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24(5), 1255-1258. <https://doi.org/10.1111/jep.12928>

Middleton, J. C., Kalogeropoulos, C., Middleton, J. A. et Drapeau, M. (2019). Assessing the methodological quality of the Canadian Psychiatric Association's anxiety and depression clinical practice guidelines. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 25(4), 613-621. <https://doi.org/10.1111/jep.13026>

Mitton, C., Adair, C. E., McKenzie, E., Patten, S. B. et Wayne Perry, B. (2007). Knowledge transfer and exchange: review and synthesis of the literature. *The Milbank Quarterly*, 85(4), 729-768. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2007.00506.x>



Munn, Z., McArthur, A., Mander, G. T. W., Steffensen, C. J. et Jordan, Z. (2020). Evidence-based healthcare, knowledge translation, implementation science and radiography: What does it all mean? *Radiography*, 26, S8-S13. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2020.05.008>

NCCMT. (2013). *Search pyramids to find research evidence*. McMaster University. <http://www.nccmt.ca/resources/search/181>

Neely, J. G., Graboyes, E., Paniello, R. C., Sequeira, S. M. et Grindler, D. J. (2013). Practical guide to understanding the need for clinical practice guidelines. *Otolaryngology -- Head and Neck Surgery*, 149(1), 1-7. <https://doi.org/10.1177/0194599813487501>

Olson, A. et Oudshoorn, A. (2020). Knowledge translation: A concept analysis. *Nursing Forum*, 55(2), 157-164. <https://doi.org/10.1111/nuf.12410>

OPPQ. (2014). La pratique en mouvement: Une pratique réfléchie (no.7). Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. <http://www.ordrepsyed.qc.ca/~media/pdf/Publication/MLapratiqueenmouvementno7.ashx?la=fr>

Ordre des psychologues du Québec. (2018). Les données probantes: pour une pratique éclairée, responsable et rigoureuse de la psychothérapie - Complément à l'Énoncé de politique sur la pratique fondée sur les données probantes en psychologie. <https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/63191/LES+DONN%C3%89ES+PROBANTES+++POUR+UNE+PRATIQUE+%C3%89CLAIR%C3%89E%2C+RESPONSABLE+ET+RIGOUREUSE+DE+LA+PSYCHOTH%C3%89RAPIE/75161e4c-0afb-45a5-9777-8ea4f064d2c0>

Ouimet, M., Bédard, P.-O. et Lapointe, L. (2012). 5. De la nature de la connaissance scientifique et de quelques enjeux liés à son transfert et à son utilisation. Dans C. Dagenais et É. Robert (dir.), *Le transfert des connaissances dans le domaine social* (p. 83-102). Presses de l'Université de Montréal. <https://doi.org/10.4000/books.pum.8791>

Owen, C., Krusel, N. et Bethune, L. (2022). Assessing models of research utilisation for emergency management practice. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.21326.33600>

Potvin, P. (2016). *L'alliance entre le savoir issu de la recherche et le savoir d'expérience: un regard sur le transfert de connaissances*. Béliveau éditeur [DG diffusion].

Potvin, P. (2017). Un regard sur l'éducation, la psychoéducation et la recherche en psychoéducation. État actuel et quelques propositions pour l'avenir. <https://ciusss->

centresudmtl.gouv.qc.ca/sites/ciusscssmtl/files/media/document/PierrePotvinRegardEducationPsychoeducation.pdf

Prior, M., Guerin, M. et Grimmer-Somers, K. (2008). The effectiveness of clinical guideline implementation strategies: A synthesis of systematic review findings, 10.

Proulx, R. (2011). Le transfert des connaissances et les guides de pratique comme leviers d'amélioration des services. *Revue Consortium national de recherche sur l'intégration sociale*, 2(2), 8-12.

Qumseya, B., Goddard, A., Estores, D., Draganov, P. V., Forsmark, C. et Qumseya, A. (2021). Barriers to clinical practice guideline implementation among physicians: A physician survey. *International Journal of General Medicine*, 14((Qumseya, Goddard, Estores, Draganov, Forsmark) Division of Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, University of Florida, Gainesville, FL, United States(Qumseya) College of Public Health&Health Professions, Department of Biostatistics, Children's O), 7591-7598. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S333501>

Ramdé, J., Dagenais, C. et Nault-Brière, F. (2016). *Rapport de recherche : Portrait de l'utilisation des connaissances issues de la recherche par les psychoéducateurs en exercice*. Université Laval.

Reardon, R., Lavis, J. et Gibson, J. (2006). *From Research to Practice: A Knowledge Transfer Planning Guide*. [https://www.iwh.on.ca/sites/iwh/files/iwh/tools/iwh\\_kte\\_planning\\_guide\\_2006b.pdf](https://www.iwh.on.ca/sites/iwh/files/iwh/tools/iwh_kte_planning_guide_2006b.pdf)

Reisman, A. (2005). Transfer of technologies: a cross-disciplinary taxonomy. *Omega*, 33(3), 189-202. <https://doi.org/10.1016/j.omega.2004.04.004>

Robert, É. et Dagenais, C. (2014). *Le transfert des connaissances dans le domaine social*. Presses de l'Université de Montréal.

Robeson, P., Dobbins, M., DeCorby, K. et Tirilis, D. (2010). Facilitating access to pre-processed research evidence in public health. *BMC Public Health*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-95>

Rochweg, B., Kawano-Dourado, L. et Qadir, N. (2021). How trustworthy guidelines can impact outcomes. *Current opinion in critical care*, 27(5), 544-550. <https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000000858>

Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. et McCormack, B.

(2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 81-90. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x>

Sadeghi-Ghyassi, F., Damanabi, S., Kalankesh, L. R., Van de Velde, S., Feizi-Derakhshi, M.-R. et Hajebrahimi, S. (2022). How are ontologies implemented to represent clinical practice guidelines in clinical decision support systems: protocol for a systematic review. *Systematic Reviews*, 11(1), 183. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02063-7>

Safran, J. D., Abreu, I., Ogilvie, J. et DeMaria, A. (2011). Does psychotherapy research influence the clinical practice of researcher-clinicians? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(4), 357-371. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01267.x>

Satterfield, J. M., Spring, B., Brownson, R. C., Mullen, E. J., Newhouse, R. P., Walker, B. B. et Whitlock, E. P. (2009). Toward a transdisciplinary model of evidence-based practice. *Milbank Quarterly*, 87(2), 368-390. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2009.00561.x>

Schulz, R., Czaja, S. J., McKay, J. R., Ory, M. G. et Belle, S. H. (2010). Intervention taxonomy (ITAX): Describing essential features of interventions (HMC). *American journal of health behavior*, 34(6), 811-821.

Setkowski, K., Boogert, K., Hoogendoorn, A. W., Gilissen, R. et Balkom, A. J. L. M. (2021). Guidelines improve patient outcomes in specialised mental health care: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, No-Specified. <https://doi.org/10.1111/acps.13332>

Shaw, I. et Norton, M. (2006). Kinds and quality of social work research. *British Journal of Social Work*, 38(5), 953-970. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm128>

Siering, U., Eikermann, M., Hausner, E., Hoffmann-Eßer, W. et Neugebauer, E. A. (2013). Appraisal tools for clinical practice guidelines: A systematic review. *PLOS ONE*, 8(12), e82915. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0082915>

Silva, S. A. et Wyer, P. C. (2009). Where is the wisdom? II – Evidence-based medicine and the epistemological crisis in clinical medicine. Exposition and commentary on Djulbegovic, B., Guyatt, G. H. & Ashcroft, R. E. (2009) Cancer Control, 16, 158–168. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(6), 899-906. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01324.x>

Spensberger Florian, Kollar Ingo, Gambrill Eileen, Ghanem, C., et Pankofer Sabine. (2020). How to Teach Evidence-Based Practice in Social Work: A Systematic Review.

*Research on Social Work Practice*, 30(1), 19-39. <https://doi.org/10.1177/1049731519852150>

Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology: What it is, why it matters; what you need to know. *Journal of Clinical Psychology*, 63(7), 611-631. <https://doi.org/10.1002/jclp.20373>

Stamoulos, C., Parker, D., Matejko, E., Dulgar, V., Dagenais, C., Nault-Brière, F. et Drapeau, M. (2020). Chapitre 3: Social science professionals' knowledge, attitudes, and use of clinical practice guidelines: A systematic scoping review. Dans *Clinical practice guidelines in the social sciences: Knowledge, attitudes, and experiences of policy makers and professionals in Quebec*. McGill University.

Stamoulos, C., Reyes, A., Trepanier, L. et Drapeau, M. (2014). The methodological quality of clinical practice guidelines in psychology: A pilot study of the guidelines developed by the Ordre des Psychologues du Québec. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 55(3), 177-186. <https://doi.org/10.1037/a0037287>

Stamoulos, C., Trepanier, L., Reyes, A., Dagenais, C., Nault-Brière, F. et Drapeau, M. (2020a). Chapitre 2: Surveys of board of directors: How are guidelines developed, evaluated and approved in Quebec? Dans *Clinical practice guidelines in the social sciences: Knowledge, attitudes, and experiences of policy makers and professionals in Quebec*. McGill University.

Stamoulos, C., Trepanier, L., Reyes, A., Dagenais, C., Nault-Brière, F. et Drapeau, M. (2020b). Chapitre 4: Surveys of professionals: How are guidelines perceived, used, and implemented? Dans *Clinical practice guidelines in the social sciences: Knowledge, attitudes, and experiences of policy makers and professionals in Quebec*. McGill University.

Straus, S. E., Green, M. L., Bell, D. S., Badgett, R., Davis, D., Gerrity, M., Ortiz, E., Shaneyfelt, T. M., Whelan, C., Mangrulkar, R., et Society of General Internal Medicine Evidence-Based Medicine Task Force. (2004). Evaluating the teaching of evidence based medicine: Conceptual framework. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 329(7473), 1029-1032. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7473.1029>

Striffler, L., Cardoso, R., McGowan, J., Cogo, E., Nincic, V., Khan, P. A., Scott, A., Ghassemi, M., MacDonald, H., Lai, Y., Treister, V., Tricco, A. C. et Straus, S. E. (2018). Scoping review identifies significant number of knowledge translation theories, models, and frameworks with limited use. *Journal of clinical epidemiology*, 100(jce, 8801383), 92-102. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2018.04.008>

Tchameni Ngamo, S., Souffez, K., Lord, C. et Dagenais, C. (2016). Do knowledge translation (KT) plans help to structure KT practices? *Health Research Policy & Systems*, 14(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s12961-016-0118-z>

The AGREE Next Steps Consortium. (2017). Appraisal of guidelines for research & evaluation II: Instrument. Update: December 2017. <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>

Thoma, A. et Eaves, F. F. (2015). A brief history of evidence-based medicine (EBM) and the contributions of Dr David Sackett. *Aesthetic Surgery Journal*, 35(8), NP261-NP263. <https://doi.org/10.1093/asj/sjv130>

Tonelli, M. R. (2006). Integrating evidence into clinical practice: An alternative to evidence-based approaches. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12(3), 248-256. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2004.00551.x>

Tracy, S. L. (2014). From bench-top to chair-side: How scientific evidence is incorporated into clinical practice. *Dental Materials*, 30(1), 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.dental.2013.08.200>

Trepanier, L., Hébert, C., Stamoulos, C., Reyes, A., MacIntosh, H., Beauchamp, S., Larivée, S., Dagenais, C. et Drapeau, M. (2022). The quality of four psychology practice guidelines using the Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) II. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, jep.13699. <https://doi.org/10.1111/jep.13699>

Trepanier, L., Reyes, A., Stamoulos, C., Beauchamp, S., Dagenais, C., Ciquier, G. et Drapeau, M. (2021). Can we develop evidence-based guidelines without research expertise? *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, (AGREE Next Steps Consortium. (2017). The AGREE II instrument. [Electronic version]. Retrieved from <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>Alonso-Coello, P., Irfan, A., Sola, I), No-Specified. <https://doi.org/10.1007/s10488-021-01110-0>

Trepanier, L., Reyes, A., Stamoulos, C., Beauchamp, S. et Drapeau, M. (2019). Chapitre 3. What is an Expert? : Publication Productivity as a Complementary Indicator of Expertise of Guideline Development Committee Members. Dans *An investigation into the quality of clinical practice guidelines, the developers who produced them, and an inside look into the guideline development process of regulatory bodies*. McGill University.

Trepanier, L., Stamoulos, C., Beauchamp, S., Larivée, S. et Drapeau, M. (2019). Chapitre 4. Practice guideline developers share their views and experiences as members of a guideline development committee within the social sciences. Dans *An investigation into the quality of clinical practice guidelines, the developers who produced them, and an inside look into the guideline development process of regulatory bodies*. McGill University.

Trepanier, L., Stamoulos, C. et Reyes, A. (2017). Assessing the quality of the OPQ's guidelines for the evaluation of dyslexia in children using the appraisal of guidelines for research and evaluation (AGREE) II: A brief report. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 58(3), 211-217. <https://doi.org/10.1037/cap0000121>

Trocmé, N., Esposito, T., Laurendeau, C., Thomson, W. et Milne, L. (2009). La mobilisation des connaissances en protection de l'enfance. *Criminologie*, 42(1), 33. <https://doi.org/10.7202/029807ar>

Tunguy-Desmarais, G. P. et Muckart, D. J. J. (2013). Evidence-based medicine should be based on science. *South African Medical Journal*, 103(10), 700. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.7406>

Unal, A. et Teskereci, G. (2021). Mapping the evidence-based practice research field in nursing from 1995 to 2021: A bibliometric analysis. *International journal of nursing knowledge*, (101582422). <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12347>

Vaz, J. M., Alves, B. M., Duarte, D. B., Santana, R. S. et Marques, L. A. (2021). Quality appraisal of existing guidelines for the management of headache disorders by the AGREE II's method. *Cephalalgia*, ((Vaz, Alves, Duarte, Santana) Universidade de Brasilia, Brasilia, Brazil(Marques) Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, Brazil). <https://doi.org/10.1177/03331024211037297>

Walter, I., Nutley, S. et Davies, H. (2003). *Developing a taxonomy of interventions used to increase the impact of research*. Research Unit for Research Utilisation, Department of Management, University of St. Andrews. <http://www.standrews.ac.uk/cppm/Taxonomy%20development%20paper>

Wang, Z., Bero, L. et Grundy, Q. (2021). Understanding professional stakeholders' active resistance to guideline implementation: The case of Canadian breast screening guidelines. *Social Science & Medicine*, 269, 113586. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113586>

Westerlund, A., Ivarsson, A. et Richter-Sundberg, L. (2021). Evidence-based practice in

child and adolescent mental health services - The challenge of implementing national guidelines for treatment of depression and anxiety. *Scandinavian journal of caring sciences*, 35(2), 476-484. <https://doi.org/10.1111/scs.12859>

WhatisKT. (s. d.). Taxonomies to classify interventions. Dans *WhatisKT*. <https://whatiskt.wikispaces.com/Taxonomies+to+classify+interventions>

WHO. (2003). Guidelines for WHO guidelines. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68925>

Wyer, P. C. (2018). From MARS to MAGIC: The remarkable journey through time and space of the Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation initiative. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24(5), 1191-1202. <https://doi.org/10.1111/jep.13019>

Zarinpoush, F., Von Sychowski, S., Sperling, J. et Free, T. (2007). *Transfert et échange efficaces de connaissances : un cadre de travail à l'intention des organismes sans but lucratif*. Imagine Canada. [http://sourceosbl.ca/sites/default/files/resources/files/kte\\_framework-mar9-french.pdf](http://sourceosbl.ca/sites/default/files/resources/files/kte_framework-mar9-french.pdf)

Zeng, X., Zhang, Y., Kwong, J. S. W., Zhang, C., Li, S., Sun, F., Niu, Y. et Du, L. (2015). The methodological quality assessment tools for preclinical and clinical studies, systematic review and meta-analysis, and clinical practice guideline: A systematic review: Methodological quality assessment tools. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 8(1), 2-10. <https://doi.org/10.1111/jebm.12141>

## **Chapitre II : Article 1**

### **Qu'est-ce qu'un guide de pratique de qualité en psychoéducation ?**

Marc-Olivier Schüle<sup>1</sup>, Serge Larivée<sup>1</sup>, Sarah Dufour<sup>1</sup>, Martin Drapeau<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Université de Montréal, <sup>2</sup>Université McGill

Soumission prévue à la Revue francophone de recherche sur le transfert et l'utilisation  
des connaissances



## Résumé

Les guides de pratique sont généralement définis comme des « guides élaborés par une méthode systématique pour aider les praticiens et les patients à prendre des décisions concernant les soins de santé appropriés ». Ceux-ci jouent un rôle de plus en plus central dans le système de santé et de services sociaux. Toutefois, nous connaissons encore très peu la qualité et le rôle de ces produits en psychoéducation. Cette recherche a donc pour objectif de répondre à cette lacune en approfondissant notre compréhension de la qualité des guides de pratique de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ). Celle-ci est constituée de deux volets : une évaluation quantitative de la qualité des guides de pratique en psychoéducation avec la grille AGREE II, un outil standardisé évaluant 6 domaines clefs des guides de pratique, et une évaluation qualitative de la qualité des guides de pratique, basée sur des entretiens explorant la perception de 18 psychoéducateurs concernant de tels guides, leur définition, leurs objectifs et leurs caractéristiques. Les résultats quantitatifs indiquent que les guides en psychoéducation offrent des informations claires et simples d'utilisation. Toutefois, ils présentent également des lacunes importantes dans plusieurs aspects : la rigueur d'élaboration, la participation des groupes concernés, l'applicabilité et l'indépendance éditoriale. Les résultats qualitatifs quant à eux mettent de l'avant un ensemble d'autres critères spécifiques à la psychoéducation dont l'intégration des modèles théoriques, la sensibilisation des clients et des collègues, la précision des cadres légaux, sont nécessaires. Ces résultats permettent d'émettre des recommandations pour l'évaluation des guides de pratique en psychoéducation, l'amélioration de la qualité des guides actuels de l'OPPQ et assurer la qualité des guides futurs de l'OPPQ.

Mots-clés : Guides de pratique, amélioration de la qualité, mesure de la qualité, AGREE-II, pratiques basées sur les données probantes.

### Messages-clés concernant les retombées pour la pratique ou la prise de décision :

- Les pratiques basées sur les données probantes sont un cadre d'analyse nécessaire, mais insuffisant pour l'évaluation des guides de pratique en psychoéducation.
- La grille AGREE-II peut être utilisée pour évaluer la qualité des guides en psychoéducation, mais elle doit être complétée par des critères spécifiques à la discipline comme l'intégration d'une plus grande variété d'informations, la prise en

compte d'objectifs relationnels et une réflexion non seulement sur l'exhaustivité des guides, mais également sur leur rôle indicatif ou prescriptif.

- Les futurs guides devraient être élaborés selon la méthode suggérée par l'INESSS tout en s'assurant de répondre aux critères spécifiques de la discipline.

## **Abstract**

Practice guidelines are generally defined as guidelines “developed using a systematic method to help practitioners and patients make decisions about appropriate health care.” They are playing an increasingly pivotal role in the health care and social services system. However, we still know very little about the quality and role of such guidelines in psychoeducation. The purpose of this research project was therefore to address this gap by deepening our understanding of the quality of the practice guidelines of the Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ) [Quebec order of psychoeducators]. There were two parts to the research: a quantitative assessment of the quality of the OPPQ practice guidelines using AGREE II, a standardized instrument for evaluating six key aspects of practice guidelines, and a qualitative assessment of the quality of the OPPQ guidelines, based on conversations exploring 18 psychoeducators’ perceptions of the guidelines, their definition, their objectives and their characteristics. The quantitative results indicate that the psychoeducational guidelines provide clear, easy-to-follow information. However, they also have significant shortcomings, in several respects: thoroughness of guideline development, involvement of specific groups concerned, applicability and editorial independence. The qualitative results highlight a set of further criteria specific to psychoeducation that includes the integration of theoretical models, raising awareness of both clients and colleagues and the detailed definition of legal frameworks, all of which are necessary. On the basis of these results, recommendations are made for assessing psychoeducational practice guidelines, improving the quality of the current OPPQ guidelines and ensuring the quality of future OPPQ guidelines.

Keywords: Practice guidelines, improvement in quality, measurement of quality, AGREE II, evidence-based practices.

### Key messages regarding benefits for practice or decision making:

- Evidence-based practices are a necessary analytical framework, but are insufficient for the assessment of psychoeducational practice guidelines.
- AGREE II can be used to assess the quality of psychoeducational guidelines, but its use must be coupled with field-specific criteria, such as the integration of a broader range of information, taking into account relational goals and serious consideration of not only

guideline comprehensiveness, but also the indicative or prescriptive role of the guidelines.

- Future guidelines should be developed in accordance with the method suggested by the INESSS [Quebec's national institute of excellence in health care and social services], while ensuring that they also satisfy field-specific criteria.

## Introduction

Les guides de pratique, d'appellations diverses<sup>3</sup>, sont devenus l'une des pierres angulaires du système de santé et des services sociaux (Carande-Kulis et al., 2022; INESSS, 2012). Ils sont généralement définis comme des « guides élaborés par une méthode systématique pour aider les praticiens et les patients à prendre des décisions concernant les soins de santé appropriés » (Field, 1990, cité dans INESSS, 2012, p. 4). Ils sont reconnus pour avoir de nombreux impacts dans les domaines de la santé et des services sociaux, permettant notamment d'informer les pratiques, d'améliorer la qualité des soins et de diminuer les coûts (Fischer et al., 2016; Mayer, 2010; Qumseya et al., 2021; Setkowski et al., 2021).

Ces nombreux avantages, prépondérants dans un contexte de rationalisation des soins, rendent compte de la forte augmentation du nombre de publications de guides au fil des ans (Upshur, 2014). Certains s'inquiètent de cette surabondance et s'interrogent si leur rôle grandissant ne commence pas à empiéter sur l'autonomie professionnelle (Baker, 2014; Drisko et Grady, 2019b; Gené-Badia et al., 2016; Wang et al., 2021). Que cette évolution soit perçue positivement ou négativement, une chose est claire : les guides de pratique jouent un rôle de plus en plus central.

Du fait de cette importance, la mise en place de processus d'actualisation continue visant l'amélioration de la qualité des guides et, conséquemment, la bonification des soins reçus, est devenue un enjeu crucial pour le système de santé (INESSS, 2015; Rochweg et al., 2021; Trepanier et al., 2021). La question d'une telle amélioration qualitative entraîne une autre : qu'est-ce qu'un guide de pratique de « bonne qualité » ?

Cette question a été principalement étudiée dans l'approche des pratiques basées sur les données probantes (PBDP). Celle-ci, issue principalement du champ médical, se définit comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves actuelles pour prendre des décisions concernant les soins prodigués à des patients individuels » (Haynes et al., 1996, p. 71, traduction libre). Dans cette perspective, les guides jouent un rôle majeur : celui de servir d'outil de diffusion

---

<sup>3</sup> Les meilleures pratiques, les déclarations de consensus, les recommandations d'un comité d'experts, les recommandations pour la pratique clinique. Pour faciliter la lecture, nous utiliserons les termes « guide de pratique » et « guide ».

de connaissances scientifiques (Andrews et al., 2013; NCCMT, 2013; Neely et al., 2013; Rochweg et al., 2021; Tracy, 2014; Tunguy-Desmarais et Muckart, 2013; Wang et al., 2021; Zeng et al., 2015).

Une telle approche implique donc que l'élément central de tout guide de pratique soit la rigueur scientifique de sa conception, ce qui implique généralement une revue systématique (Beauchamp et al., 2018; Shekelle, 2018). Pour tenir compte de la réalité du terrain, les informations scientifiques sont de plus en plus jointes à d'autres types de connaissances. Par exemple, le modèle de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) suggère que les données scientifiques soient appuyées par des données contextuelles ainsi que des données expérientielles, provenant notamment de chercheurs, de gestionnaires, d'intervenants, des usagers et de leurs proches (Beauchamp et al., 2015, 2018; INESSS, 2012; Lobè et Dagenais, 2017).

Dans ce cadre, plusieurs outils ont été développés pour l'évaluation scientifique des guides (Siering et al., 2013) et l'un d'eux est devenu dominant : la grille « Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation » (AGREE-II), développée spécifiquement pour décrire les forces et les limites des guides dans le champ des pratiques basées sur les données probantes (The AGREE Next Steps Consortium, 2017). Elle est reconnue à l'échelle internationale pour avoir fait ses preuves dans le domaine de la santé (INESSS, 2012; Trepanier et al., 2021; Vaz et al., 2021; Zeng et al., 2015) et elle est de plus en plus utilisée dans le domaine psychosocial (INESSS, 2012; Medina et al., 2020; Schmelefske et al., soumis).

Les disciplines qui se sont basées sur cette grille, telles que la psychologie ou les sciences infirmières, ont mis de l'avant la variabilité de la qualité des guides, que ce soit au niveau de leur rigueur méthodologique, de la clarté de leurs recommandations ou de leur indépendance éditoriale (par exemple: Bayes et Parker, 2018; Cates et al., 2006; Chapa et al., 2013; Knai et al., 2012; Trepanier et al., 2021, 2022; Vaz et al., 2021). Certains auteurs de ces études vont même jusqu'à affirmer que la majorité des guides ne correspond pas aux critères de rigueur minimaux attendus, tant dans le domaine médical (Friend et al., 2020; Knai et al., 2012; Vaz et al., 2021) que psychosocial (Ciquier et al., 2020; Medina et al., 2020; Middleton et al., 2019; Stamoulos et al., 2014; Trepanier et al., 2017, 2021, 2022).

Ce constat pose un double problème : non seulement cela empêche les guides de jouer leur rôle d'outils de diffusion d'information scientifique mais, en accord avec la vision linéaire du transfert de connaissances qui sous-tend les PBDP, cela limite également leur utilisation (Heinsch et al., 2016;

Owen et al., 2022). Dans cette approche, la priorité est donc d'améliorer la rigueur scientifique des guides ce qui peut se mesurer notamment par de meilleurs résultats sur la grille AGREE-II.

Ce cadre d'analyse peut sembler réducteur. En effet, les PBDP ne sont qu'une approche au sein du domaine du transfert de connaissances et d'autres modèles peuvent enrichir notre compréhension de la notion de qualité (Heinsch et al., 2016; Shaw et Norton, 2006). Par exemple, certains auteurs considèrent les guides comme une stratégie de transfert de connaissances parmi tant d'autres (Lemire et al., 2009). En tant que tels, ceux-ci peuvent avoir une multitude de rôles et d'objectifs. Ils peuvent ainsi chercher à diffuser des informations scientifiques pour transformer les pratiques comme le suggèrent les PBDP, mais peuvent également être utilisés pour transférer d'autres types d'informations (p. ex. : légales, éthiques, expérientielles) ou pour viser d'autres objectifs (p. ex. : information, identité professionnelle). Plusieurs auteurs critiquent d'ailleurs l'utilisation des PBDP à titre de cadre unique d'analyse de la qualité des guides (Drisko et Grady, 2019a; Mercuri, 2018; Silva et Wyer, 2009; Tonelli, 2006; Wang et al., 2021; Wyer, 2018). Selon eux, on ne peut limiter le rôle des guides de pratique à la transmission d'informations scientifiques. Les méthodologies comme celles d'AGREE-II seraient donc insuffisantes, voire inadéquates, pour juger de la qualité d'un guide, en particulier dans le domaine des services sociaux. Selon cette approche, de nombreux facteurs peuvent déterminer la qualité d'un guide et il est capital de commencer par vérifier auprès des utilisateurs leurs besoins et leurs perceptions des guides (INESSS, 2012; Lobè et Dagenais, 2017). Améliorer la qualité des guides passe alors par l'établissement des rôles qu'ils occupent dans la pratique des intervenants, puis par une réflexion sur les aspects qui doivent être renforcés et les moyens de le faire.

De plus, le transfert de connaissances utilise de plus en plus des modèles interactifs qui donnent une importance particulière aux interactions entre les acteurs tout au long du processus de création, de diffusion et d'évaluation des guides de pratique. Dans cette vision, une place bien plus active est donnée aux utilisateurs de la connaissance, en particulier aux intervenants. Ceux-ci sont consultés à toutes les étapes et leurs besoins seront la base sur laquelle les guides seront construits (INESSS, 2012, 2021). La meilleure façon de déterminer les caractéristiques des guides de qualité est donc de consulter ses utilisateurs.

## Les guides de pratique produits en psychoéducation

Ramdé et al. (2016) et Stamoulos et al. (2020b) ont respectivement évalué que 93 % et 76 % des psychoéducateurs affirment utiliser des guides de pratique. Ceux-ci font donc clairement partie de leur environnement de travail. Ce constat entraîne un autre : il est capital d'analyser la qualité des guides produits par l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ). À strictement parler, selon leurs vocables, l'OPPQ ne produit pas de « guides de pratique », mais des « documents d'encadrement professionnels » (OPPQ, 2017)<sup>4</sup>. Ceux-ci ont toutefois été jugés suffisamment similaires au regard de la forme et du fond pour être inclus dans les recherches sur les guides de pratique (Ciquier et al., 2020; Stamoulos et al., 2020b, 2020a; Trepanier et al., 2019).

À notre connaissance, seules quatre recherches abordent la qualité de guides de l'OPPQ. La première, menée par Stamoulos et al. (2020b), est encourageante. En effet, selon celle-ci, 91.5 % des psychoéducateurs interrogés estiment que les guides ont été élaborés selon les meilleures pratiques en matière d'élaboration de lignes directrices. De plus, 76,9 % des répondants affirmait que les guides ont été élaborés en utilisant une méthode systématique et structurée pour rechercher la littérature scientifique.

Toutefois, ces résultats encourageants sont à modérer par les résultats obtenus par les autres recherches. Celle de Trepanier et al. (2019) analyse le processus de création de guides de pratique de plusieurs ordres professionnels québécois, dont trois guides de l'OPPQ. La recherche de Stamoulos et al. (2020a) a permis de poser des questions complémentaires aux membres des conseils d'administration de cinq ordres professionnels québécois concernant la création de leurs guides respectifs. Finalement, la recherche de Ciquier et al. (2020) analyse la qualité d'un échantillon de guides produits par plusieurs ordres professionnels, dont deux guides de l'OPPQ. Toutes ces recherches indiquent des lacunes autant dans le processus de développement que dans les guides eux-mêmes, dont le manque d'informations sur les conflits d'intérêts, le manque d'inclusion des groupes concernés et le manque de rigueur de la méthode utilisée pour leur élaboration.

Même si ces conclusions ne ciblent pas spécifiquement les guides en psychoéducation, ceux-ci font quand même partie du lot et, ainsi, impliquent que les psychoéducateurs sont à risque d'utiliser

---

<sup>4</sup> Certains cadres de références publiés avant l'adoption de cette typologie sont intitulés « guide » ou « guide de pratique ».



des guides à la scientificité douteuse. Ces implications sont d'autant plus inquiétantes que seuls 31 % des psychoéducateurs estiment que leur propre habileté à évaluer la qualité des guides de pratique est forte ou très forte (Ramdé et al., 2016) ; ainsi, il est fort possible qu'un guide de mauvaise qualité ne soit pas détecté par son utilisateur. Ce manque d'habileté pourrait expliquer le haut taux de confiance obtenu par Stamoulos et al. (2020b).

Comme on le remarque, de nombreuses zones d'ombre persistent à propos des guides proposés en psychoéducation, plus spécifiquement quant à leurs rôles et leur qualité. Il est nécessaire de clarifier à la fois ce qui est exigé des guides et la manière de répondre à ces exigences afin de faciliter la pratique des psychoéducateurs et de limiter les risques que peuvent encourir les clients.

### **Objectif de la recherche**

L'objectif de la présente recherche, qui comprend deux volets distincts, est d'approfondir la compréhension de la qualité des guides de pratique de l'OPPQ et de formuler un ensemble de pistes de solutions conséquentes pour les améliorer. Dans le premier volet, nous évaluerons quantitativement divers aspects de la qualité des guides de l'OPPQ. Dans le second volet, nous vérifierons, dans le cadre d'une évaluation qualitative, la perception des psychoéducateurs relative à ce qui constitue un guide de qualité. Cela nous permettra de contextualiser les résultats obtenus au premier volet et ainsi de déterminer la pertinence de l'outil retenu, AGREE-II, pour le domaine de la psychoéducation. Ce protocole nommé « mixte convergeant » permet, dans des recherches exploratoires, d'obtenir un portrait nuancé d'une situation. Il semble particulièrement adapté à l'étude des guides de pratique, en ce que les résultats qualitatifs et quantitatifs peuvent faire émerger des informations différentes et complémentaires (Guével et Pommier, 2012; Johnson et al., 2007; Ridde et Dagenais, 2012).

### **Volet 1 - Évaluation quantitative**

#### **Documents analysés**

Afin d'être inclusif, trois types de documents développés par l'OPPQ ont été utilisés pour cette analyse : les « Cadres de référence », les « Normes d'exercice » et les « Lignes directrices ». La totalité des documents accessibles par téléchargement sur le site internet de l'OPPQ (n=13) a été analysée. Cette recherche, utilisant du matériel public, ne nécessite pas de certificat éthique.

## Instrument

L'instrument utilisé pour mener l'analyse est la grille « Appraisal of guideline for research & evaluation II » (AGREE-II) développée par l' « AGREE Research Trust » (The AGREE Next Steps Consortium, 2017). Il est composé de 23 items se répondant de 1 (fortement en désaccord) à 7 (fortement en accord), répartis dans six échelles, appelées domaines (voir encadré 1). L'échelle 1 (Champ et objectifs) évalue l'objectif global du guide, les questions cliniques abordées et les groupes de patients cibles. L'échelle 2 (Participation des groupes concernés) évalue la mesure dans laquelle le guide prend en considération les points de vue des utilisateurs potentiels. L'échelle 3 (Rigueur d'élaboration) évalue le processus de recherche et de synthèse des preuves scientifiques ainsi que les méthodes utilisées pour formuler et actualiser les recommandations. L'échelle 4 (Clarté et présentation) évalue la formulation et le format du guide. L'échelle 5 (Applicabilité) évalue la prise en compte dans le guide des conséquences en termes d'organisation, de changement d'attitude et de coûts liés à son application. L'échelle 6 (Indépendance éditoriale) évalue l'indépendance du guide et l'identification de possibles conflits d'intérêts au sein du groupe ayant élaboré le guide. En complément, les évaluateurs donnent une évaluation générale de la qualité du guide en tenant compte de l'ensemble des six échelles (The AGREE Next Steps Consortium, 2017). Au niveau de la validité, AGREE-II permet de distinguer les guides de haute et de faible qualité. Pour la fidélité, l'alpha de Cronbach de chaque domaine varie entre 0,64 et 0,89 (Brouwers et al., 2010a, 2010b).

### *Encadré 1: Items et échelles de AGREE-II*

#### **Domaine 1. Champ et objectifs**

1. Le ou les objectifs de la RPC<sup>5</sup> sont décrits explicitement.
2. La ou les questions de santé couvertes par la RPC sont décrites explicitement.
3. La population (patients, public, etc.) à laquelle la RPC doit s'appliquer est décrite explicitement.

#### **Domaine 2. Participation des groupes concernés**

4. Le groupe ayant élaboré la RPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés.
5. Les opinions et les préférences de la population cible (patients, public, etc.) ont été identifiées.
6. Les utilisateurs cibles de la RPC sont clairement définis.

#### **Domaine 3. Rigueur d'élaboration de la RPC**

7. Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques.
8. Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits.
9. Les forces et les limites des preuves scientifiques sont clairement définies.
10. Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites.
11. Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en termes de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations.
12. Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent.
13. La RPC a été revue par des experts externes avant sa publication.
14. Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite.

<sup>5</sup> Les termes anglais « clinical practice guidelines » ou « guidelines » ont plusieurs équivalents en langue française. AGREE-II a choisi le terme « recommandations pour la pratique clinique » (RPC).

**Domaine 4. Clarté et présentation**

15. Les recommandations sont précises et sans ambiguïté.
16. Les différentes options de prise en charge de l'état ou du problème de santé sont clairement présentées.
17. Les recommandations clés sont facilement identifiables.

**Domaine 5. Applicabilité**

18. La RPC décrit les éléments facilitant son application et les obstacles.
19. La RPC offre des conseils et/ou des outils sur les façons de mettre les recommandations en pratique.
20. Les répercussions potentielles de l'application des recommandations sur les ressources ont été examinées.
21. La RPC propose des critères de suivi et/ou de vérification.

**Domaine 6. Indépendance éditoriale**

22. Le point de vue des organismes de financement n'a pas influencé le contenu de la RPC.
23. Les intérêts divergents des membres du groupe ayant élaboré la RPC ont été pris en charge et documentés.

## Analyses

En accord avec les recommandations du *AGREE Research Trust*, les guides ont été notés par trois étudiants de troisième cycle en psychologie et en psychoéducation. Ceux-ci ont été formés à la méthode AGREE et ont colligé leurs résultats à l'aide de la plateforme *My Agree Plus*. La procédure, inspirée de Trepanier et al. (2017), comprend trois étapes : 1) une évaluation individuelle du guide de pratique par chaque évaluateur; 2) une rencontre entre les évaluateurs afin d'obtenir un accord consensuel sur les scores de chaque item de la grille; 3) le calcul d'un score normalisé pour chaque échelle en pourcentage du score maximum possible à cette échelle selon la formule suivante : (score obtenu sur cette échelle - score minimum à cette échelle) / (score maximum à cette échelle - score minimum à cette échelle) (The AGREE Next Steps Consortium, 2017).

Le *AGREE Consortium* ne prévoit pas de seuils permettant de différencier les guides de pratique de haute et de faible qualité. Toutefois, la plupart des études antérieures ont utilisé un seuil de 60 : les guides ayant obtenu une note supérieure à 60 sont considérés de qualité acceptable, tandis que ceux ayant obtenu une note inférieure à 60 sont considérés de qualité insuffisante (Ruszczynski et al., 2016; Sanclemente et al., 2014; Schmelefske et al., soumis; Xie et al., 2016).

## Résultats

Les résultats par échelles de chacun des documents analysés sont présentés au Tableau 1 et les résultats des items de chacune des échelles au Tableau 2.

Tableau 1: Résultats obtenus pour chaque document de l'OPPQ aux échelles de AGREE-II (Score normalisé sur 100)

Documents (n=13)	Échelle 1		Échelle 2		Échelle 3		Échelle 4		Échelle 5		Échelle 6		Évaluation générale
	Champ et objectifs	Participation des groupes concernés	Rigueur d'élaboration	Clarté et présentation	Applicabilité	Indépendance éditoriale							
Retard développement <sup>1</sup>	<b>94,44*</b>	38,89	16,67	<b>61,11*</b>	12,50	0,00	<b>66,67*</b>						
Instrument de mesure <sup>2</sup>	<b>88,89*</b>	27,78	12,50	55,56	20,83	0,00	33,33						
Plan d'intervention <sup>3</sup>	<b>94,44*</b>	55,56	10,42	50,00	25,00	0,00	<b>66,67*</b>						
Justice pénale <sup>4</sup>	<b>83,33*</b>	55,56	4,17	44,44	8,33	0,00	50,00						
Protection de la jeunesse <sup>5</sup>	<b>88,89*</b>	50,00	8,33	38,89	8,33	0,00	<b>66,67*</b>						
Tenue de dossier <sup>6</sup>	<b>88,89*</b>	33,33	14,58	<b>83,33*</b>	29,17	0,00	<b>66,67*</b>						
Consultation et supervision <sup>7</sup>	<b>100,00*</b>	33,33	8,33	<b>83,33*</b>	16,67	0,00	<b>83,33*</b>						
Évaluation psychoéducative <sup>8</sup>	<b>94,44*</b>	55,56	16,67	<b>83,33*</b>	20,83	0,00	<b>66,67*</b>						
Pratique privée <sup>9</sup>	<b>83,33*</b>	33,33	18,75	<b>83,33*</b>	41,67	0,00	<b>83,33*</b>						
Cour <sup>10</sup>	<b>66,67*</b>	33,33	2,08	<b>83,33*</b>	29,17	0,00	0,00						
Instruction publique <sup>11</sup>	<b>100,00*</b>	50,00	16,67	<b>88,89*</b>	16,67	0,00	<b>66,67*</b>						
Dérogation scolaire <sup>12</sup>	<b>100,00*</b>	44,44	31,25	<b>66,67*</b>	25,00	0,00	<b>66,67*</b>						
Formation continue <sup>13</sup>	5,56	33,33	2,08	<b>72,22*</b>	20,83	0,00	33,33						
Moyenne	83,76	41,88	12,50	68,80	21,15	0,00	57,69						
Écart-type	25,20	10,30	8,02	17,20	9,23	0,00	23,19						

\* Scores supérieurs à 60 ; <sup>1</sup> Évaluation du retard de développement (2013) ; <sup>2</sup> L'utilisation des instruments de mesure (2013) ; <sup>3</sup> Déterminer un plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation (2014a) ; <sup>4</sup> Évaluer un adolescent dans le cadre d'une décision du tribunal en application de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (2014b) ; <sup>5</sup> Évaluer une personne dans le cadre d'une décision du Directeur de la protection de la jeunesse ou du tribunal en application de la Loi sur la protection de la jeunesse (2014c) ; <sup>6</sup> La tenue de dossiers en psychoéducation (2014e) ; <sup>7</sup> La tenue d'un dossier de consultation ou de supervision en psychoéducation (2014f) ; <sup>8</sup> L'évaluation psychoéducative de la personne en difficulté d'adaptation (2014g) ; <sup>9</sup> Guide de démarrage en pratique privée (2014d) ; <sup>10</sup> Guide de survie du témoin à la Cour (Roy, 2014) ; <sup>11</sup> Évaluer un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique (2015a) ; <sup>12</sup> L'évaluation aux fins d'une dérogation scolaire (2015b) ; <sup>13</sup> Norme d'exercice sur la formation continue (2016).

Tableau 2: Résultats obtenus pour chaque document de l'OPPQ aux items de AGREE-II

	Échelle 1			Échelle 2			Échelle 3							Échelle 4			Échelle 5				Échelle 6		Évaluation générale	
	Champ et objectifs			Participation des groupes concernés			Rigueur d'élaboration							Clarté et présentation			Applicabilité				Indépendance éditoriale		Qualité	
Documents (n=13)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Retard développement	7	6	7	3	1	6	1	1	1	1	4	6	1	1	6	3	5	1	4	1	1	1	1	5
Instrument de mesure	7	7	5	1	1	6	2	1	1	3	1	4	1	1	5	2	6	2	5	1	1	1	1	3
Plan d'intervention	7	7	6	5	1	7	1	1	1	1	3	4	1	1	5	2	5	1	4	1	4	1	1	5
Justice pénale	7	7	4	5	1	7	1	1	1	1	1	3	1	1	5	1	5	1	3	1	1	1	1	4
Protection de la jeunesse	7	7	5	5	1	6	1	1	1	1	2	4	1	1	4	1	5	1	3	1	1	1	1	5
Tenue de dossier	7	6	6	1	1	7	1	1	1	1	4	5	1	1	6	6	6	2	7	1	1	1	1	5
Consultation et supervision	7	7	7	1	1	7	1	1	1	2	3	1	1	2	7	4	7	1	5	1	1	1	1	6
Évaluation psychoéducatrice	7	7	6	5	1	7	1	1	1	2	3	5	2	1	6	5	7	1	6	1	1	1	1	5
Pratique privée	7	7	4	1	1	7	2	1	1	1	4	5	1	2	7	6	5	1	6	6	1	1	1	6
Cour	4	7	4	1	1	7	1	1	1	2	1	1	1	1	7	4	7	1	5	4	1	1	1	1
Instruction publique	7	7	7	4	1	7	1	1	1	1	4	6	1	1	7	5	7	1	5	1	1	1	1	5
Dérogação scolaire	7	7	7	3	1	7	1	1	5	1	6	7	1	1	5	5	5	2	6	1	1	1	1	5
Formation continue	2	1	1	1	1	7	1	1	1	1	1	1	1	2	6	4	6	1	6	1	1	1	1	3
Moyenne	6,385	6,385	5,308	2,769	1,000	6,769	1,154	1,000	1,308	1,385	2,846	4,000	1,077	1,231	5,846	3,692	5,846	1,231	5,000	1,615	1,231	1,000	1,000	4,462
Écart type	1,557	1,660	1,750	1,833	0,000	0,439	0,376	0,000	1,109	0,650	1,573	2,000	0,277	0,439	0,987	1,750	0,899	0,439	1,225	1,557	0,832	0,000	0,000	1,391

La lecture du tableau 1 montre qu'aucun guide n'atteint un score acceptable à toutes les échelles. De plus, quatre d'entre eux n'atteignent pas un score acceptable sur l'évaluation globale. De façon plus précise, on constate que les guides de l'OPPQ obtiennent tous des scores insuffisants sur les échelles de « Participation des groupes concernés » (échelle 2), de « Rigueur d'élaboration » (échelle 3), d'« Applicabilité » (échelle 5) et d'« Indépendance éditoriale » (échelle 6). Deux résultats sont particulièrement inquiétants. D'abord, les résultats évaluant la rigueur d'élaboration (score normalisé moyen = 12,50/100 ; ÉT = 8,02), indiquent qu'aucun guide n'est près d'atteindre les critères requis d'un processus de recherche et de synthèse des preuves scientifiques. De même, les résultats sur l'indépendance éditoriale (score normalisé moyen = 0 ; ÉT = 0) révèlent qu'on ne peut savoir si des sources de financement ou si des conflits d'intérêts ont pu nuire à l'objectivité des informations transmises.

Les guides de l'OPPQ obtiennent toutefois des scores plus élevés sur les échelles de « Champ et objectifs » (échelle 1) et de « Clarté et présentation » (échelle 4). Pour l'échelle « Champ et objectifs », tous les documents obtiennent un score normalisé supérieur à 60, à l'exception de la *Norme d'exercice sur la formation continue* (2016). Pour l'échelle « clarté et présentation », une majorité des documents obtient un score supérieur à 60, soit 9 des 13 évalués.

En somme, selon l'échelle AGREE-II, les guides de l'OPPQ possèdent deux forces : la précision de leur définition et la clarté de leur utilisation. Ils présentent tout de même d'importantes lacunes sous plusieurs aspects, notamment en ce qui concerne la rigueur d'élaboration, la participation des groupes concernés, l'applicabilité et l'indépendance éditoriale. Ces résultats concordent avec ceux de la recherche de Ciquier et al. (2020).

Les résultats aux échelles de « Rigueur d'élaboration » et d'« Indépendance éditoriale » sont particulièrement inquiétants, car, d'après les tenants des pratiques basées sur les données probantes, ils impliquent que les guides de l'OPPQ pourraient promouvoir des pratiques aux effets incertains, voire dangereux. Toutefois, avant de tirer des conclusions sur la signification des résultats, il est nécessaire de vérifier la perception des guides de pratique par les intervenants sur le terrain.

## **Volet 2 - Évaluation qualitative**

### **Participants**

La sélection des participants est issue de la recherche de Ramdé et al. (2016) visant à mieux comprendre l'utilisation de la science par les psychoéducateurs. Il fut demandé à chaque répondant s'il acceptait de participer à un court entretien. Par la suite, nous avons contacté des répondants au hasard parmi ceux ayant accepté jusqu'à saturation, c'est-à-dire le moment où aucun nouveau contenu n'était évoqué par les répondants. Ainsi, sur les 84 participants ayant accepté d'être recontactés, nous en avons contacté 33 et avons mené un total de 18 entrevues. L'âge des participants (hommes et femmes) varie de 25 à 56 ans; ils sont tous psychoéducateurs membres de l'OPPQ, occupent des postes de psychoéducateurs ou conseillers cliniques et pratiquent dans plusieurs régions du Québec. Deux d'entre eux sont également chargés de cours en psychoéducation et deux autres avaient participé à l'élaboration de guides. Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences de l'Université de Montréal.

### **Procédure et grille d'entrevue**

Une entrevue semi-structurée d'une durée de 15 à 30 minutes a été enregistrée à l'occasion d'une discussion en présence ou en virtuel (à l'aide de la plateforme Zoom) avec les intervenants, puis retranscrite intégralement. Cette entrevue explorait trois aspects de la perception des intervenants : leur définition des guides de pratique (« Qu'est-ce qu'un guide de pratique pour vous ? »), leurs objectifs (« En avez-vous déjà utilisé ? Lesquels ? Pourquoi ? ») et les caractéristiques d'un bon guide (« Qu'est-ce qu'un bon guide de pratique selon vous ? Qu'est-ce qu'un mauvais guide de pratique ? »).

### **Analyses**

Une analyse thématique a été effectuée par le premier auteur à l'aide du logiciel QDA MINER (Paillé et Mucchielli, 2012). Lors de la première étape, nous avons effectué une lecture préliminaire du contenu. Cette lecture a permis l'observation des unités de sens dans les transcriptions et de repérer des thèmes qui se dégagent spontanément. La deuxième étape fut consacrée à la subdivision des transcriptions en différents segments de texte présentant chacun une signification spécifique et unique

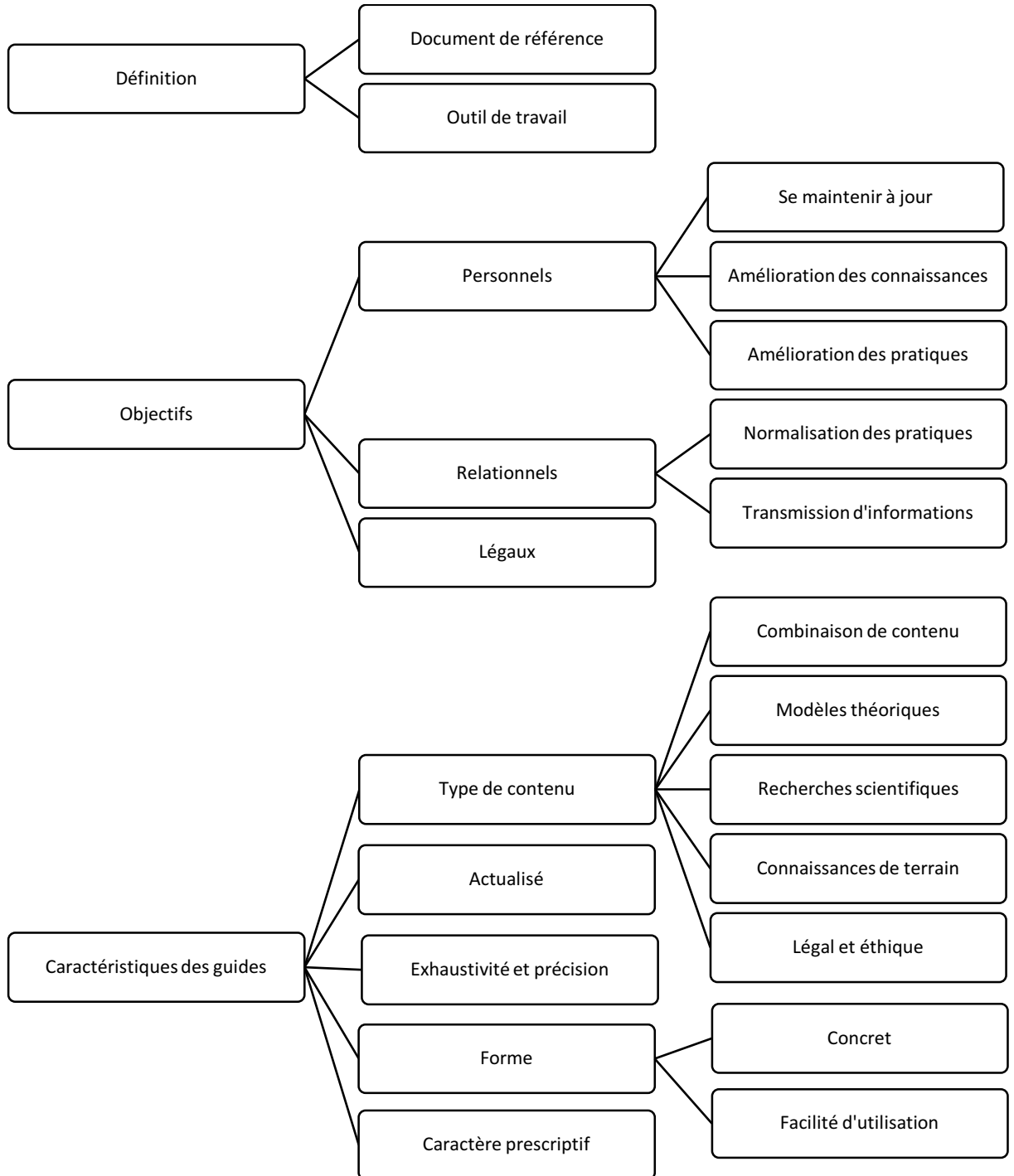
(unités de sens). La troisième étape a permis l'organisation de ces unités de sens en catégories exclusives, exhaustives, homogènes, pertinentes et univoques. Lors de la dernière étape, un arbre thématique offrant une représentation synthétique et structurée du contenu analysé fut constitué.

## **Résultats**

Dans l'arbre thématique représenté dans la Figure 5, on retrouve trois catégories principales que nous explorerons successivement : définition, objectif et caractéristique des guides.



Figure 5: Arbre thématique des contenus abordés par les intervenants



**Définition.** Le premier élément qui ressort des entrevues est la difficulté des répondants à donner une définition claire des guides de pratique. Deux caractéristiques apparaissent toutefois nécessaires et suffisantes pour désigner de tels guides : le fait que ce sont des documents auxquels on peut se référer en cas de besoin et qu'il s'agit d'un outil de travail. Les psychoéducateurs rencontrés adoptent donc une définition très large, qui recoupe les deux caractéristiques impliquées dans le terme « guide de pratique », comme l'illustre un répondant : « *C'est un document de référence, peu importe sa forme, qui nous donne les grandes lignes, les orientations qu'on doit suivre pour avoir une pratique qui est jugée efficace* » (R05). Le caractère large de la définition des guides de pratique proposée par les répondants se retrouve également dans la variété des exemples donnés, qui vont de documents extrêmement spécifiques tels que « *La grille d'évaluation ADOS* » (R16) ou encore le programme « *Plein feu sur l'intimidation* » (R13), jusqu'à des sources d'information générale comme « *La revue de psychoéducation* » ou « *Les best practice sur internet* » (R11). Les intervenants ont également cité les documents créés par l'OPPQ comme faisant partie des guides de pratique.

**Objectifs.** On distingue trois grands types d'objectifs poursuivis par les répondants lors de leur utilisation des guides de pratique.

Premièrement, les répondants ont mis de l'avant des objectifs personnels. Parmi ceux-ci, ils ont nommé le besoin de se maintenir à jour ou d'apprendre de nouveaux éléments dans leur discipline : « *Cela fait partie d'un moyen de me stimuler et de me garder à jour. Je pense que c'est ce qui fait que j'en utilise toujours après 15 ans* » (R11). Les répondants ont également nommé le besoin d'approfondir leurs connaissances, leur réflexion ou leur jugement clinique. Enfin, les répondants consultent les guides afin d'améliorer leur pratique en faisant notamment référence à la notion d'efficacité et de pratiques basées sur les données probantes : « *Ça me fait penser un peu aux bonnes pratiques. Les choses sur lesquelles les psychoéducateurs peuvent se baser, qui proviennent de la science et qui peuvent orienter vers les interventions les plus efficaces* » (R10). Plusieurs répondants ont spécifiquement nommé le perfectionnement de leur savoir-être comme motivation pour la consultation des guides.

Un deuxième type d'objectif d'utilisation des guides englobe les *objectifs relationnels*. Les répondants considèrent les guides comme un outil permettant la communication avec d'autres groupes de personnes. Ainsi, plusieurs répondants considèrent que les guides peuvent normaliser les pratiques et favoriser la cohérence des services. D'autres ont mis de l'avant l'importance de l'utilisation des guides pour transmettre de l'information, que ce soit dans le

cadre de formations, d'accompagnements de stagiaires ou d'échanges avec la direction. Les guides joueraient également un rôle important de sensibilisation et de vulgarisation sur divers sujets, en particulier sur la nature de la psychoéducation. Par exemple, un répondant dit : « *les guides m'ont aussi aidé à expliquer mon rôle à des gens qui n'en avaient aucune idée* » (R14). Pour plusieurs répondants, cette notion est profondément liée à la notion de rôle-conseil des psychoéducateurs.

Enfin, des répondants ont mis de l'avant l'utilisation des guides pour répondre à des questions légales : « *les guides que j'ai utilisés c'est plus quand j'étais chef, je devais diriger mes éducateurs au niveau de la loi* » (R07). Cette situation concerne en particulier les questionnements associés à la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Un autre aspect légal souligné par les répondants est le rôle qu'occupent les guides dans le processus, nécessaire pour les psychoéducateurs, de se conformer aux règles de l'Ordre, mais aussi l'influence de l'inspection : « *je les ai beaucoup utilisés quand j'ai été inspecté* » (R18). L'utilisation des guides dans l'optique spécifique d'être en mesure de répondre à une inspection est également un sujet qui préoccupe les répondants. Ce témoignage exprime bien ce point :

*Je trouve ça dommage que dans la réflexion que j'entends des gens de mon milieu, que ce soit la crainte de l'Ordre par l'inspection professionnelle qui vienne guider la réflexion ou les réajustements. J'aime bien l'autonomie professionnelle, croire que chacun on est responsable de notre formation et qu'on se connaît assez bien pour déceler nos forces et nos vulnérabilités dans nos interventions et qu'on va faire nos démarches pour aller lire, se documenter, se former, demander du soutien, une supervision, je crois à ça le co-développement et la formation continue. Ce que j'entends, c'est que ça va bien jusqu'à tant que tu sois inspecté ou que tu aies une plainte d'un parent mécontent. Je me dis on est encore à essayer d'évoluer par la menace, quand on est obligé de le faire au lieu d'y aller d'une façon plus continue à travers le temps. (R05)*

**Caractéristiques.** Selon les répondants, cinq caractéristiques des guides en influencent l'adoption par les intervenants.

La première caractéristique touche le type de contenu publié. Quatre types de contenu sont régulièrement nommés par les répondants.

**Les modèles théoriques.** Plusieurs intervenants soulignent le fait que les guides de pratique présentent les modèles théoriques sur lesquels ils s'appuient : « *ça prend un cadre théorique solide, sur lequel les affirmations ou les choix d'énoncés de variables ou d'orientation sont assises* » (R05). De surcroît, plusieurs répondants mettent spécifiquement de l'avant l'importance de se référer au modèle psychoéducatif.

**Les recherches scientifiques.** Plusieurs intervenants insistent sur la place prééminente accordée aux recherches scientifiques dans la rédaction des guides : « *les guides sont faits à partir d'études scientifiques* » (R16), « *il ne faut pas faire l'économie de la science* » (R03).

**Les connaissances de terrain.** La majorité des intervenants souligne l'importance que les guides incluent les connaissances de terrain des intervenants. Ce point est même régulièrement une préoccupation majeure, comme l'illustre un répondant : « *les guides qui proviennent de la recherche sont super intéressants, mais parfois ces recherches ne considèrent pas l'aspect clinique* » (R16).

**Les informations légales et éthiques.** Enfin, les intervenants mettent de l'avant l'importance de tenir compte des dimensions légales et éthiques du contenu des guides de pratique.

Au-delà de l'importance accordée à chacun de ces éléments, l'essentiel est de pouvoir combiner ces informations afin d'en faire un tout cohérent. Cette opération synthétique demande un travail d'équilibre difficile mais nécessaire, comme le rappelle un répondant impliqué dans le développement d'un guide de pratique : « *j'ai eu la chance d'avoir des gens qui y croyaient et qui voulaient que ce soit solide tout en parlant aussi aux intervenants* » (R03).

La deuxième caractéristique recherchée est l'actualité, c'est-à-dire le caractère récent des informations présentées ainsi que les possibilités de renouvellement qu'elles comportent, et ce, bien que « *le fait de rester à jour sera un défi* » (R07).

La troisième caractéristique est la notion d'exhaustivité et de précision. De façon générale, les répondants soulignent l'importance que l'exhaustivité soit la plus parachevée et que la précision soit la plus fine possible : « *Il fallait que cela ratisse assez large et traite aussi des enjeux d'interdisciplinarité, parce que les mandats des uns et des autres sont complémentaires et des fois ont des points de friction ou des points de convergence. Il fallait que l'on donne à boire et à manger à tout le monde* » (R03). Cela permet d'éviter certaines

frustrations, telles que celles vécues par un répondant : « *des fois, je n'ai pas l'impression qu'ils vont au fond des choses. Je reste souvent sur ma faim* » (R10). Certains répondants souhaiteraient un document qui touche à la totalité des sujets : « *si par exemple, tous les 5 ans on sortait un recueil qui inclut les meilleures pratiques mais qui inclut enfance, adolescence, adulte, ce serait énorme, mais que ce soit un recueil auquel on peut se référer. On en achèterait un par milieu et on pourrait le consulter selon nos besoins. Ce serait un genre de dictionnaire, qui pourrait être plus attrayant* » (R10). Une telle proposition comporte toutefois une difficulté majeure, puisqu'elle implique des documents extrêmement volumineux. Elle est en revanche cohérente avec l'idée que plusieurs répondants se font des guides, qu'ils considèrent comme des documents modulaires dont ils ne lisent que les sections pertinentes : « *il faut que l'information soit facile à trouver, car parfois on ne veut pas lire tout le document* » (R18). Un répondant va plus loin : « *pour ma part, je n'utiliserai jamais un guide de A à Z* » (R13).

La quatrième caractéristique concerne la forme des guides de pratique, autrement dit la façon dont les informations sont présentées. Cette caractéristique revêt une importance première, en ce qu'elle a trait au maniement même des guides. De fait, deux aspects la déterminent : la concrétude et la facilité d'utilisation. Au niveau de la concrétude, les répondants mettent de l'avant non seulement l'importance d'avoir des exemples, mais particulièrement que les informations ou les recommandations présentées soient facilement applicables en milieu de travail. « *Plus descriptif, plus pratique. Par exemple, pour une problématique d'un élève, il décrivait les comportements, les indices pour le reconnaître, il donnait des moyens pour intervenir* » (R08). De même, certains intervenants insistent sur l'importance de sentir que les informations présentées sont proches de leur pratique : « *si c'est loin de ce que l'on me demande d'accomplir comme tâche, je ne m'y référerai pas. Je m'y réfère, car c'est proche de ma pratique* » (R17). Sur le plan de la facilité d'utilisation, les répondants nomment de nombreux attributs la favorisant tels qu'« *être synthétique* » (R14), l'aspect « *visuel* » (R15), l'écriture « *fluide* » (R03), et le fait fondamental d'être « *clair, précis, rapide* » (R13). Le tout est bien résumé par un répondant : « *ils doivent être user friendly, efficaces et pratiques, dû au niveau de la lecture, sinon cela va finir sur une tablette* » (R15). Concision et clarté qui, comme le rappelle une répondante, peuvent avoir une limite : « *certaines membres [de l'équipe de rédaction d'un guide] disaient des intervenants qu'ils n'ont pas le temps de lire, qu'il faut faire ça court, des phrases courtes, aller droit au but. Je n'étais pas chaude à cette idée. Oui, faire l'effort de bien transmettre, d'être clair, de ne pas s'enfermer dans toutes les*

*nuances, mais de fournir suffisamment de contenu scientifique dans nos guides pour qu'ils soient pris au sérieux » (R03).*

La cinquième caractéristique concerne le versant prescriptif des guides de pratique. Sur cet aspect, on constate une grande divergence d'opinions parmi les répondants. En effet, certains d'entre eux estiment que le but des guides est précisément de prescrire une procédure claire qui puisse être appliquée sans autre considération. Comme le souligne une répondante : *« on aime les clés en main, car c'est clair. Sinon, on peut parfois se perdre dans des guides avec trop de possibilités. Si c'est vague, comme je suis créative, je me perds » (R15).* Simplicité d'application qui s'avère être particulièrement importante pour certaines situations : *« si quelqu'un est suicidaire, c'est toute la procédure au niveau du questionnement. Si oui, tu t'en vas dans telle case, si non, dans l'autre. C'est un genre de diagramme de conduite, c'est par étapes, je trouve ça bien fait pour prendre les décisions et évaluer l'urgence » (R08).* À l'opposé, certains répondants estiment que les guides ne doivent apporter de solutions qu'à titre suggestif et ne peuvent en aucun cas les imposer : *« certains programmes qui s'imaginent que tout peut se faire comme dans le livre et qu'il faut appliquer à la lettre, pour moi c'est du poison. Cela nous ramène à un rang de technicien, non pas que j'aie quelque chose contre la technique, mais ce qui fait abstraction du devoir du psychoéducateur d'observer, d'évaluer d'abord et de continuer à rétroagir sur son intervention, à révérifier sa planification de tel ou tel objectif, je trouve que c'est nuisible » (R03).* Comme le rappelle également un autre répondant : *« ce n'est pas une bible » (R07).* Entre ces deux positions, plusieurs répondants suggèrent de trouver un juste milieu : *« je vois des gens qui sont dans le néant, loin, qui ne veulent pas trop statuer sur des choses, surtout quand on regarde les gestionnaires. À l'extrême c'est pas mieux quelqu'un qui se réfère au guide et qui ne fait rien d'autre, qui n'adapte pas, pas nuancé, il y a de la rigidité. Il faut avoir des procédures et des guides de référence, de comment faire certaines choses, à partir de là on ajuste, sans trop s'éloigner » (R09).*

## **Discussion**

Les deux volets de cette recherche brossent des portraits différents des guides de pratique. Quatre aspects s'en dégagent.

## 1) La complexité de la définition des guides de pratique.

Le premier élément qui ressort est à quel point la définition des guides est complexe. D'un côté, nous avons le domaine de la recherche (et en particulier des PBDP) qui donne une définition précise des guides de pratique en se centrant généralement sur leur rôle de diffusion des connaissances scientifiques. D'un autre côté, nous trouvons la perception qu'en ont les intervenants, qui considèrent plutôt que tout document de référence pouvant améliorer leur pratique constitue un guide de pratique. L'OPPQ semble tenter de s'aligner avec la définition de la recherche (OPPQ, 2017), toutefois dans la pratique, la position des documents de l'OPPQ reste encore difficile à circonscrire entre ces deux définitions. Cette difficulté nous semble un élément clef pour comprendre les différences entre les résultats obtenus en interrogeant les intervenants (Stamoulos et al., 2020b) et ceux obtenus lors de l'analyse des guides et de leur processus de création (Ciquier et al., 2020; Stamoulos et al., 2020a; Trepanier et al., 2019).

Cette situation n'est pas exceptionnelle à la psychoéducation. En effet, sous la pression du mouvement des pratiques basées sur les données probantes, la définition des guides est devenue de plus en plus précise et les standards de ceux-ci de plus en plus élevés. Cela demande à tous les organismes régulateurs de déterminer si les documents qu'ils produisent correspondent à la définition et donc aux standards des guides de pratique. C'est une évolution qu'on voit chez plusieurs organismes régulateurs que ce soit par des changements de noms dans l'appellation de leur document (OPPQ, 2017), par la publication d'articles cherchant à mieux définir les guides de pratique (Calvé et Beaulieu, 2017; Drapeau et al., 2017) ou par la mise en place de distinction de plus en plus fine entre les types des documents (INESSS, 2021). Un bon exemple de ce dernier point est l'American Psychological Association (APA) qui a récemment commencé à distinguer les « *Guide de pratique professionnel (professional practice guideline)* des *guides de pratique clinique (clinical practice guideline)* » (2021).

Bien que cette multiplication des termes et des définitions soit utile pour la recherche, elle ajoute à la confusion des intervenants sur la définition des guides de pratique et ne répond pas à leur préoccupation centrale : Est-ce que ce document est fiable ? Est-il possible, en tant qu'intervenant, de s'appuyer sur celui-ci dans la pratique ? Dans cette situation, la prudence s'impose. En partant du principe que les documents des ordres professionnels sont considérés sur le terrain comme des guides de pratique, il importe de pouvoir les situer face aux standards de ceux-ci en termes de qualité.

## 2) Ce que AGREE-II peut nous apprendre sur la qualité des guides en psychoéducation.

L'utilisation d'AGREE-II met en lumière plusieurs points importants.

**Crédibilité des guides.** Étant donné que moins d'un tiers des psychoéducateurs ont une bonne habileté à évaluer la qualité des guides de pratique (Ramdé et al., 2016), il est capital de leur donner des informations claires pour effectuer cette évaluation. En effet, sans évaluation de la qualité des informations, il ne peut pas y avoir de pratiques basées sur les données probantes (Sackett et al., 2005).

Une première façon de permettre aux psychoéducateurs de juger de la qualité des guides est de leur fournir clairement la méthode utilisée pour créer le guide et en particulier la présence (ou l'absence) de preuves scientifiques qui soutiennent les recommandations. C'est ce point précisément que mesure l'échelle de rigueur d'élaboration. Les faibles scores obtenus par les guides de l'OPPQ impliquent donc que ceux-ci ne mentionnent pas explicitement le processus d'élaboration. C'est une lacune qui semble cohérente avec le fait que les processus dans la création des guides en sciences sociales sont souvent implicites (Trepanier et al., 2019). Pourtant, sans cette connaissance des méthodes utilisées, il nous semble impossible que les intervenants puissent clairement juger de la qualité des guides. De plus, cette échelle mesure également les méthodes pour maintenir les guides à jour, ce qui est considéré important par l'INESSS (2017), par les psychoéducateurs interrogés dans la présente étude, et même les participants à la création des guides (Trepanier et al., 2019).

Si les intervenants ne peuvent pas juger indépendamment de la qualité des méthodes utilisées dans l'élaboration des guides, ils ne peuvent que se baser sur la confiance accordée dans les auteurs du guide. Cela permettrait d'expliquer comment, malgré l'absence d'information sur la méthode d'élaboration des guides, 91,5 % des psychoéducateurs affirment que ceux-ci ont été développés selon les meilleures pratiques (Stamoulos et al., 2020b). Toutefois, cela est mis à mal par le fait que les guides de l'OPPQ obtiennent le score minimum sur l'indépendance éditoriale. Ces résultats viennent renforcer ceux de Trepanier et al. (2019), qui indiquent des lacunes dans le report des avis divergeant et la déclaration des conflits d'intérêts. Des scores bas à cette échelle diminuent l'utilisation des guides par les intervenants (Schmelefske et al., soumis). Plus inquiétant encore, cela pose la question de savoir comment les psychoéducateurs peuvent se protéger d'éventuels conflits d'intérêts dans ces guides, qui pourraient nuire à la qualité des soins qu'ils offrent.



La combinaison de faibles informations sur les conflits d'intérêts avec une faible information sur la méthode utilisée, nous semble laisser peu de ressources aux psychoéducateurs pour pouvoir juger la qualité des guides. Nous ne pouvons que recommander la prudence dans l'utilisation de ces guides tant que ces informations n'auront pas été documentées.

Ces résultats sont similaires à ceux retrouvés dans d'autres disciplines psychosociales telles que la psychologie (Ciquier et al., 2020; Medina et al., 2020; Middleton et al., 2019; Stamoulos et al., 2014; Trepanier et al., 2017, 2021). Cette situation peut être liée aux habitudes de production des guides dans le domaine social (Trepanier et al., 2019) ou simplement à une culture moins habituée à documenter les processus de création des documents. Si l'OPPQ fait face à cette dernière situation, il est possible de compléter les guides par des annexes documentant les informations manquantes en se basant par exemple sur le « AGREE Reporting Checklist » (Brouwers et al., 2016).

**Facilité d'utilisation.** Plusieurs échelles de AGREE-II permettent de brosser un portrait de la facilité d'utilisation des guides par les intervenants.

Les guides de l'OPPQ se démarquent par leur clarté. En effet, ceux-ci obtiennent des scores élevés sur l'échelle mesurant la clarté du champ et des objectifs. De plus, neuf des 13 documents obtiennent un score supérieur à 60 sur l'échelle mesurant la clarté des présentations. Ainsi les utilisateurs peuvent identifier rapidement le contenu du document et l'utiliser de manière optimale (Chambless et Ollendick, 2001). Ce résultat est cohérent aux résultats de Stamoulos et al (2020b) qui ont montré que 85,7 % des psychoéducateurs estiment que les guides sont bien conçus, organisés, clairs et cohérents. Ce point est d'autant plus important que la complexité du guide était parmi les obstacles les plus désignés dans les études portant sur les facteurs qui influencent leur utilisation (INESSS, 2012).

Malgré ces forces, les guides de pratique de l'OPPQ ont également reçu des résultats insuffisants à l'échelle qui mesure l'applicabilité des guides. Cette échelle mesure notamment la prise en compte des facteurs facilitant ou faisant obstacle à la mise en application des guides, ainsi que la présence de conseils ou d'outils pour mettre les recommandations en pratique. Ce point est important, car le manque d'applicabilité dans les guides détermine souvent leur utilisation (Drapeau et Hunsley, 2014; Ranson et al., 2013; Tobin et al., 2007). En outre, cette échelle évalue également la présence de « critères de suivi et/ou de vérification », qui

s'accordent particulièrement aux exigences d'un ordre professionnel puisqu'ils permettent facilement de procéder à l'inspection.

Les résultats de Stamoulos et al. (2020b) donnent un point de vue plus nuancé sur l'applicabilité des guides. En effet, d'un côté les psychoéducateurs affirment que les guides sont clairs sur la façon dont ils doivent être implantés (82,8 %) et qu'ils peuvent être utilisés dans la pratique (94,2 %), d'un autre côté seulement la moitié d'entre eux estiment que les guides abordent bien la question des barrières et facilitateurs à leur implantation et seul 38,1 % estiment qu'ils ont des critères de suivi.

Ces points doivent être analysés plus en profondeur. Il serait possible d'explorer plus en détail cette dimension à l'aide d'échelles spécialisées (par ex. Li et al., 2018), mais il est déjà possible de s'inspirer des recommandations offertes par les intervenants dans la section qualitative (dimension « forme »).

**Inclusion des groupes concernés.** Finalement, un point qui nous semble paradoxal pour un ordre professionnel est le faible score obtenu sur l'échelle « inclusion des groupes concernés ». Le but de l'inclusion des groupes concernés dans la création du guide est de s'assurer qu'il puisse répondre à leurs besoins et faciliter par le fait même son appropriation et sa mise en application (INESSS, 2015; Schmelefske et al., soumis). C'est donc une composante importante favorisant l'intégration des savoirs et l'appropriation du guide, qui devrait être inclus dans tout processus de rédaction de guide de l'OPPQ. La collaboration et les interactions avec les parties prenantes, y compris les clients, les usagers et les proches aidants, permettent également une meilleure intégration des savoirs, des connaissances scientifiques, des expériences et des perspectives de l'ensemble des personnes concernées en plus de valider l'applicabilité des recommandations (INESSS, 2015; Lobè et Dagenais, 2017). Finalement, comme nous l'avons nommé, selon certains modèles, c'est l'élément le plus central dans la création des guides de pratique. Ces résultats correspondent à ceux de Trepanier et al.(2019), qui soulignent des lacunes dans l'inclusion des groupes concernés dans la rédaction des guides en sciences sociales. Cela correspond également aux résultats de Stamoulos et al. (2020b) où moins de la moitié des psychoéducateurs estimait qu'un comité de partie prenante avait été consulté. Pourtant, tel qu'indiqué dans la partie qualitative de cette recherche, les psychoéducateurs ont de nombreux points à apporter aux guides de pratique.

Nous pensons donc que la grille AGREE-II offre un outil utile pour comprendre et identifier rapidement des forces et des lacunes dans les guides de pratique offerts aux psychoéducateurs. De plus, elle couvre également un ensemble d'éléments nommés importants par les psychoéducateurs lors de nos entrevues (ex : validité scientifique, clarté, etc.). Drapeau et al. (2017) suggèrent que les intervenants utilisent cette échelle comme un outil rapide de jugement de la qualité des guides. Même si c'est une voie qui pourrait être suivie par les psychoéducateurs, cela semble peu réaliste dans la pratique (manque de temps, manque de formation, etc.). De plus, il importe de rester conscient que plusieurs éléments nommés par les intervenants ne sont pas évalués par cet outil.

### **3) Limites de AGREE-II pour juger de la qualité des guides de pratique en psychoéducation.**

En comparant les points mesurés par AGREE-II et les éléments mentionnés par les psychoéducateurs, nous constatons plusieurs points pertinents pour approfondir non seulement l'évaluation des guides mais également la création de guides futurs.

**Intégration d'une variété d'informations.** Les psychoéducateurs ont mis de l'avant l'idée que les éléments à prendre en compte dans la formulation de recommandations ne doivent pas se réduire aux données scientifiques, mais doivent aussi intégrer d'autres types de données : les modèles théoriques, les connaissances de terrain et les informations légales et éthiques. Pour cette raison, il semble pertinent de dépasser le modèle utilisé par l'INESSS et d'ajouter à celui-ci ces éléments complémentaires dont les modèles théoriques. Ce point nous semble cohérent avec le fait que la psychoéducation est une profession récente dans laquelle l'utilisation de certains modèles théoriques, telle que la structure d'ensemble, continue de jouer un rôle important (Caouette et al., 2021; Grégoire, 2015; Le Blanc, 2004).

**Des objectifs variés.** De façon générale, AGREE-II couvre bien les objectifs dits « personnels » des intervenants. Toutefois, deux objectifs majeurs pour les psychoéducateurs paraissent échapper à cette grille.

Le premier concerne la capacité des guides à transmettre adéquatement et efficacement l'information, que ce soit dans le cadre de formations, d'accompagnements de stagiaires, ou dans toute discussion impliquant de l'information ou de la sensibilisation. Ce résultat est cohérent avec ceux de Stamoulos et al. (2020b) où 92.5 % des psychoéducateurs considèrent

que les guides visent à servir d'outils pédagogiques pour les professionnels. Cet objectif est important, car les psychoéducateurs travaillent en partenariat avec d'autres intervenants et les familles. De plus, le rôle conseil devient une composante centrale de leur pratique (Caouette et al., 2021). Ainsi, certains guides ou outils ont commencé à être complétés par des pamphlets ou des vidéos d'information. À la suite de ces améliorations, il s'agit de s'assurer que le guide contient des outils (p. ex. : résumé, feuillet, vidéo) qui peuvent être transmis à des personnes n'ayant pas une compréhension approfondie du sujet, tels que les stagiaires, les collègues, ou les clients.

Le deuxième objectif, portant sur le cadre légal encadrant les situations, les pratiques et les recommandations décrites dans les guides, est d'autant plus important que le cadre légal peut évoluer au fil des ans. Il est nécessaire d'indiquer très clairement si certains aspects légaux sont pertinents afin que l'application complète des recommandations ne soit pas entravée par de quelconques doutes ou marquée par des conséquences imprévues. Étant donné la mission de l'OPPQ, qui est d'assurer la protection du public, ce point est particulièrement important. Dans cette optique, nous suggérons que, dans la création ou l'évaluation des futurs guides en psychoéducation, soit assurée l'existence de liens explicites avec les cadres légaux pertinents à l'intérieur de ceux-ci.

**L'exhaustivité des guides de pratique.** En accord avec AGREE-II (p. ex. : échelle 1), les intervenants ont mis de l'avant l'importance de la précision dans les guides. Toutefois, ils suggèrent d'équilibrer celle-ci avec la notion d'exhaustivité. Cette proposition est cohérente pour répondre à un phénomène fortement observé dans le domaine des pratiques basées sur les données probantes : le risque d'un morcellement de l'information. En effet, si les guides se centrent sur des sujets trop précis, il devient dès lors impossible d'aborder une question d'une manière complète, entraînant par le fait même la nécessité de consulter un nombre élevé de guides. Les intervenants consultés sont fortement opposés à une telle fragmentation des ressources, certains allant jusqu'à souhaiter n'avoir qu'un seul guide de pratique suffisamment exhaustif pour l'ensemble de la pratique. Cet objectif peut sembler difficile à atteindre sans nuire à la précision et la qualité des guides. Il y a tout de même deux façons de l'atteindre : la modularité et la complémentarité.

Si la précision n'est pas sacrifiée, cela peut mener à des documents volumineux et difficiles d'utilisation. Une solution pour répondre à ce besoin peut être de miser sur la modularité en subdivisant ces documents en plus petites unités interreliées. La modularité

implique donc la création de guides plus exhaustifs dont il est possible de limiter la lecture aux sections pertinentes. Il n'en demeure pas moins qu'un tel souci d'exhaustivité exige un travail colossal pour la création de tels guides, ce qui nous semble peu réaliste en psychoéducation.

La complémentarité implique de mieux relier les guides entre eux. Si l'information est à risque d'être trop morcelée et de perdre en exhaustivité dans la situation actuelle, il s'agit alors de faire des liens entre les guides. Ainsi il semble possible pour un guide de référer non seulement aux autres guides qui touchent le même public cible (p. ex. : les psychoéducateurs), mais également à ceux de domaines similaires ou qui sont fréquemment utilisés conjointement. Cette solution semble pertinente pour la psychoéducation. De ce fait dans tous les nouveaux guides en psychoéducation, il est nécessaire de s'assurer qu'ils contiennent des liens explicites vers tout autre guide qui serait complémentaire pour la bonne mise en application des recommandations.

**Le rôle prescriptif.** Un dernier point à aborder concerne la mention du caractère prescriptif ou non des guides. Il est particulièrement surprenant que cet élément ait été évoqué par les répondants puisque les guides de pratique ne sont pas prescriptifs (INESSS, 2012, 2021; Lobè et Dagenais, 2017), tel que clairement indiqué dans la description des documents d'encadrement de l'Ordre (OPPQ, 2017). Ce résultat peut être expliqué par le fait que les psychoéducateurs incluent dans leur définition des guides de pratique une large variété de documents y compris des documents prescriptifs tels que des normes d'exercice. Toutefois, il semble qu'il y ait également un manque de connaissance sur le rôle des guides puisque même lorsqu'ils sont interrogés spécifiquement sur les guides de l'OPPQ, 98,9 % d'entre eux estiment qu'ils présentent des normes ou des standards de pratique qui doivent être respectés par les professionnels. Le caractère prescriptif ou non des recommandations doit donc être précisé dès le début de tout document afin que les lecteurs puissent savoir comment l'intégrer dans leur pratique. À cet effet, il serait possible d'ajouter à AGREE-II un item évaluant qu'il est clairement indiqué quelles informations des guides sont indicatives et lesquelles sont prescriptives.

#### **4) Créer un guide de pratique de qualité en psychoéducation.**

Lorsqu'on analyse l'ensemble des critères pour l'élaboration de guides de pratique, une question se pose : à quoi ressemblerait un guide adapté à la psychoéducation ? Idéalement, cela impliquerait de répondre non seulement à tous les critères d'AGREE-II, mais également aux

critères nommés par les intervenants. Cela représente clairement des défis majeurs. Par exemple, produire un guide qui soit exhaustif, précis et à jour impliquerait une équipe qui travaille à temps plein à sa rédaction et à son actualisation. En effet, l'avancement de la recherche scientifique étant ce qu'elle est, l'augmentation de l'information est exponentielle et la capacité à se tenir à jour diminue de manière inversement proportionnelle.

C'est un problème qui n'est pas spécifique à la psychoéducation et on voit une tendance à mettre en place des solutions technologiques qui ne sont pas limitées par le format traditionnel des guides. Cela se manifeste notamment par le mouvement pour les « living guidelines » qui vise à rendre les guides de pratique de plus en plus interactifs et mis à jour de façon continue (Hill et al., 2022; Rochweg et al., 2021; Vogel et al., 2019). On constate également une augmentation importante du domaine des outils d'aide à la décision (Banzi et al., 2010; DiCenso et al., 2009a, 2009b; Khalifa et al., 2019; NCCMT, 2013; Sadeghi-Ghyassi et al., 2022). Ceux-ci sont des systèmes électroniques tels Uptodate et Dynamed, qui combinent les informations scientifiques les plus récentes pour faciliter la prise de décisions par les intervenants (INESSS, 2012). Ces systèmes, issus des pratiques basées sur les données probantes, peuvent servir de base pour répondre aux besoins des intervenants (Lutz et al., 2022; Sutton et al., 2020). Toutefois, comme nous l'avons examiné, le cadre des pratiques basées sur les données probantes est sans doute insuffisant et il est nécessaire d'inventer des outils d'aide à la décision qui tiennent compte des besoins spécifiques des psychoéducateurs.

Pour l'instant nous n'avons pas vu de mise en application de ces technologies dans le domaine spécifique de la psychoéducation.

### **Conclusion**

Les guides de l'OPPQ font face aux mêmes défis que tous les autres organismes de régulation dont celui de répondre aux besoins concrets des utilisateurs tout en répondant aux évolutions de la recherche concernant les guides de pratique. C'est une question complexe et nous espérons pouvoir donner quelques pistes de réflexion sur ce sujet.

Actuellement, les intervenants ont une définition large de la notion de guides. En attendant que ce point change, il nous semble nécessaire de s'assurer que tous les documents de référence, et en particulier ceux des organismes de régulation, soient jugés selon les mêmes

critères que les guides de pratique. Dans ce contexte AGREE-II est un outil pertinent qui permet d'identifier des points d'amélioration possible.

Premièrement, il est nécessaire de s'assurer que les intervenants soient en mesure de juger de la qualité des documents qui leur sont offerts. Il nous semble nécessaire pour cela que l'OPPQ explicite la méthodologie utilisée pour la rédaction de ses documents et les déclarations de conflits d'intérêts. Une annexe inspirée du « AGREE Reporting Checklist » (Brouwers et al., 2016) pourra être utilisée à cet effet.

Deuxièmement, des actions doivent être prises pour favoriser l'augmentation de l'applicabilité des guides. Des études complémentaires devraient être menées pour identifier plus précisément les points à améliorer ; en attendant, nous pouvons proposer deux pistes à explorer :

1. Donner des informations complémentaires sur les items AGREE-II touchant à l'applicabilité (Encadré 1).
2. S'appuyer sur les éléments ressortis lors des entrevues avec les psychoéducateurs pour ajouter des éléments qui répondent plus précisément à leurs besoins.

Troisièmement, il est nécessaire de s'assurer d'intégrer les groupes concernés dans tous les futurs guides de l'OPPQ. De façon générale, il semble nécessaire de s'assurer que les psychoéducateurs soient mieux intégrés lors de la création de tous documents les concernant. Ce point est également valable pour toutes les technologies qui s'inspirent des guides que ce soient les « Living guideline » ou les outils d'aide à la décision.

Finalement, le plus grand défi reste sur la définition même des guides de pratique et sur comment réconcilier la définition qu'en ont les intervenants avec celle de la recherche. Dans cet article nous avons défendu la position que c'était aux organismes producteurs de guides de pratique de s'adapter aux besoins et aux définitions des intervenants. Toutefois, il apparaît également important de poursuivre des recherches pour déterminer au contraire comment mieux sensibiliser les intervenants aux types de document existant ainsi que sur les méthodes nécessaires pour les évaluer.

Cette recherche possède deux limites principales. Premièrement, l'échantillon pour la section qualitative ayant été sélectionné à la suite de leur participation à une autre recherche (Ramdé et al., 2016), il existe un fort risque d'autosélection. De plus, il nous semble raisonnable

de postuler que cet échantillon n'est pas représentatif des membres de l'OPPQ puisque 43 % des répondants avaient un baccalauréat, alors que la maîtrise est exigée à l'OPPQ depuis 2000. Deuxièmement, l'analyse qualitative ayant été effectuée par un seul codeur, cela représente une limite importante. Ce point pourrait être renforcé par un contre-codage.

Des recherches devraient être poursuivies pour voir comment les critères proposés par les psychoéducateurs peuvent être combinés à AGREE-II pour améliorer l'évaluation des guides. De même, il serait pertinent de vérifier si ces éléments peuvent être utilisés dans d'autres domaines psychosociaux. Finalement, une réflexion doit être menée pour déterminer si les guides sont encore des outils pertinents et réalistes pour l'avenir de cette profession, ou s'ils doivent plutôt être remplacés par de nouveaux outils de transfert de connaissances. Même si de nombreuses questions restent ouvertes, cette étude exploratoire pose une base pour une amélioration de la qualité des guides en psychoéducation et pour une réelle amélioration des soins du public.

### Références

Andrews, J., Guyatt, G., Oxman, A. D., Alderson, P., Dahm, P., Falck-Ytter, Y., Nasser, M., Meerpohl, J., Post, P. N., Kunz, R., Brozek, J., Vist, G., Rind, D., Akl, E. A. et Schünemann, H. J. (2013). GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: The significance and presentation of recommendations. *Journal of Clinical Epidemiology*, 66(7), 719-725. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2012.03.013>

APA. (2021). *Professional Practice Guidelines for Evidence-Based Psychological Practice in Health Care*. <https://www.apa.org/about/policy/evidence-based-psychological-practice-health-care.pdf>

Auclair-Julien, M.-C., Lanovaz, M., Paquette, C., Pelletier, S., Thermidor, G. et Trudel, D. (2013). *Évaluation du retard de développement. Lignes directrices*.

Baker, M. (2014). Clinical guidelines: too much of a good thing. *Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 96(2), 157-158.

Banzi, R., Liberati, A., Moschetti, I., Tagliabue, L. et Moja, L. (2010). A review of online evidence-based practice point-of-care information summary providers. *Journal of Medical Internet Research*, 12(3), e26. <https://doi.org/10.2196/jmir.1288>

Bayes, A. J. et Parker, G. B. (2018). Comparison of guidelines for the treatment of unipolar depression: A focus on pharmacotherapy and neurostimulation. *Acta Psychiatrica*



<https://doi.org/10.1111/acps.12878><https://dx.doi.org/10.1111/acps.12878>

Beauchamp, S., Drapeau, M. et Dionne, C. (2015). The development of practice guidelines in the social and human sciences. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 56(4), 357-367. <https://doi.org/10.1037/a0038811>

Beauchamp, S., Drapeau, M. et Dionne, C. (2018). Assess, triangulate, converge, and recommend (ATCR): A process for developing recommendations for practice in the social sector using scientific, contextual and experiential data. CybelePress. <https://doi.org/10.21965/IJHBHTA.2018.001>

Brouwers, Kerkvliet, K., Spithoff, K., et AGREE Next Steps Consortium. (2016). The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ*, i1152. <https://doi.org/10.1136/bmj.i1152>

Brouwers, Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, I. D., Hanna, S. E., Makarski, J., et for the AGREE Next Steps Consortium. (2010a). Development of the AGREE II, part 1: performance, usefulness and areas for improvement. *Canadian Medical Association Journal*, 182(10), 1045-1052. <https://doi.org/10.1503/cmaj.091714>

Brouwers, Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, I. D., Hanna, S. E., Makarski, J., et for the AGREE Next Steps Consortium. (2010b). Development of the AGREE II, part 2: assessment of validity of items and tools to support application. *Canadian Medical Association Journal*, 182(10), E472-E478. <https://doi.org/10.1503/cmaj.091716>

Calvé, J. et Beaulieu, M. (2017). La création et l'utilisation de guides de pratique en travail social : illustration d'une pratique en contexte d'autonégligence. *Revue Intervention*, (146), 53-63.

Caouette, M., Bégin, J.-Y. et Trudel, D. (2021). La formation des psychoéducateurs et des psycho-éducatrices au Québec : rétrospective et prospective. *Revue de psychoéducation*, 50(2), 205-221. <https://doi.org/10.7202/1084009ar>

Carande-Kulis, V., Elder, R. W. et Koffman, D. M.-. (2022). Standards Required for the Development of CDC Evidence-Based Guidelines. *MMWR supplements*, 71(1), 1-6. <https://doi.org/10.15585/mmwr.su7101a1>

Cates, J. R., Young, D. N., Bowerman, D. S. et Porter, R. C. (2006). An independent AGREE evaluation of the occupational medicine practice guidelines. *The Spine Journal*, 6(1), 72-77. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2005.06.012>

Chambless, D. L. et Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.685>

Chapa, D., Hartung, M. K., Mayberry, L. J. et Pintz, C. (2013). Using preappraised evidence sources to guide practice decisions: Using preappraised evidence sources. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25(5), 234-243. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2012.00787.x>

Ciquier, G., Azzi, M., Hébert, C., Watkins-Martin, K. et Drapeau, M. (2020). Assessing the quality of seven clinical practice guidelines from four professional regulatory bodies in Quebec: What's the verdict? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. <https://doi.org/10.1111/jep.13374>

DiCenso, A., Bayley, L. et Haynes, R. B. (2009a). Accessing preappraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model. *ACP Journal Club*, 151(3), JC3-2-JC3-3.

DiCenso, A., Bayley, L. et Haynes, R. B. (2009b). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence-Based Nursing*, 12(4), 99-101. <https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>

Drapeau, M. et Hunsley, J. (2014). Where's the science? Introduction to a special issue of Canadian Psychology on science in psychology. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 55(3), 145-152. <https://doi.org/10.1037/a0037321>

Drapeau, M., Korner, A., Beauchamp, S. et Dionne, C. (2017). Les guides de pratique en psychologie: *Le Journal des psychologues*, n° 351(9), 73-77. <https://doi.org/10.3917/jdp.351.0073>

Drisko et Grady, M. D. (2019a). Continuing Issues Regarding EBP in Practice. Dans J. W. Drisko et M. D. Grady (dir.), *Evidence-Based Practice in Clinical Social Work* (2<sup>e</sup> éd., p. 297-309). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-15224-6\\_20](https://doi.org/10.1007/978-3-030-15224-6_20)

Drisko et Grady, M. D. (2019b). Three Perspectives on Evidence-Based Practice. Dans *Evidence-Based Practice in Clinical Social Work* (2<sup>e</sup> éd.). Springer International Publishing. <http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-15224-6>

Field, M. J. (dir.). (1990). *Clinical practice guidelines: Directions for a new program*. National Academies Press. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235751/>

Fischer, F., Lange, K., Klose, K., Greiner, W. et Kraemer, A. (2016). Barriers and strategies in guideline implementation—A scoping review. *Healthcare*, 4(3), 36. <https://doi.org/10.3390/healthcare4030036>

Francke, A. L., Smit, M. C., de Veer, A. J. et Mistiaen, P. (2008). Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 8, 38. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-8-38>

Friend, N., Hughes, J., Kisely, S., Kumar, R. et Siskind, D. (2020). Appraisal of physical health guidelines for severe mental illness. *Australian health review: a publication of the Australian Hospital Association*, 44(6), 904-915. <https://doi.org/10.1071/AH20080>

Fritz, J. M., Cleland, J. A. et Brennan, G. P. (2007). Does adherence to the guideline recommendation for active treatments improve the quality of care for patients with acute low back pain delivered by Physical Therapists? *Medical Care*, 45(10), 973-980. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318070c6cd>

Gené-Badia, J., Gallo, P., Caïs, J., Sánchez, E., Carrion, C., Arroyo, L. et Aymerich, M. (2016). The use of clinical practice guidelines in primary care: professional mindlines and control mechanisms. *Gaceta Sanitaria*, 30(5), 345-351. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.01.005>

Grégoire, J. C. (2015). Renou, M. (2014). L'identité professionnelle des psychoéducateurs : une analyse, une conception, une histoire. Longueuil, Québec : Béliveau éditeur. *Revue de psychoéducation*, 44(1), 177. <https://doi.org/10.7202/1039280ar>

Guével, M.-R. et Pommier, J. (2012). Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration. *Sante Publique*, 24(1), 23-38.

Gundersen, L. (2000). The effect of clinical practice guidelines on variations in care. *Annals of Internal Medicine*, 133(4), 317-318.

Haynes, R. B., Sackett, D. L., Gray, J. M., Cook, D. J. et Guyatt, G. H. (1996). Transferring evidence from research into practice: 1. The role of clinical care research evidence in clinical decisions. *ACP Journal Club*, 125(3), A14-16.

Heinsch, M., Gray, M. et Sharland, E. (2016). Re-conceptualising the link between

research and practice in social work: A literature review on knowledge utilisation. *International Journal of Social Welfare*, 25(1), 98-104. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12164>

Hill, K., English, C., Campbell, B. C. V., McDonald, S., Pattuwage, L., Bates, P., Lassig, C. et Turner, T. (2022). Feasibility of national living guideline methods: The Australian Stroke Guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 142, 184-193. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2021.11.020>

INESSS. (2012). *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*. Direction de communications et du transfert de connaissances. INESSS. <http://www.inesss.qc.ca/>

INESSS. (2015). *Cadre d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux*. INESSS.

INESSS. (2021). Typologie des produits de connaissances de l'INESSS. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. <https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS-Typologie-des-produits.pdf>

Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J. et Turner, L. A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), 112-133. <https://doi.org/10.1177/1558689806298224>

Khalifa, M., Magrabi, F. et Gallego, B. (2019). Developing a framework for evidence-based grading and assessment of predictive tools for clinical decision support. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 19(1), 207. <https://doi.org/10.1186/s12911-019-0940-7>

Knai, C., Brusamento, S., Legido-Quigley, H., Saliba, V., Panteli, D., Turk, E., Car, J., McKee, M. et Busse, R. (2012). Systematic review of the methodological quality of clinical guideline development for the management of chronic disease in Europe. *Health Policy*, 107(2-3), 157-167. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.06.004>

Le Blanc, M. (2004). Qu'est-ce que la psychoéducation? Que devrait-elle devenir. *Revue de psychoéducation*, 33(2), 289-304.

Lemire, N., Souffez, K. et Laurendeau, M.-C. (2009). *Animer un processus de transfert des connaissances bilan des connaissances et outil d'animation*. Direction de la recherche, formation et développement, Institut national de santé publique Québec.

<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/1958950>

Lesho, E. P., Myers, C. P., Ott, M., Winslow, C. et Brown, J. E. (2005). Do clinical practice guidelines improve processes or outcomes in primary care? *Military Medicine*, 170(3), 243-246. <https://doi.org/10.7205/MILMED.170.3.243>

Li, H., Xie, R., Wang, Y., Xie, X., Deng, J. et Lu, C. (2018). A new scale for the evaluation of clinical practice guidelines applicability: development and appraisal. *Implementation Science*, 13(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0746-5>

Liddle, S. D., David Baxter, G. et Gracey, J. H. (2009). Physiotherapists' use of advice and exercise for the management of chronic low back pain: A national survey. *Manual Therapy*, 14(2), 189-196. <https://doi.org/10.1016/j.math.2008.01.012>

Lobè, C. et Dagenais, P. (2017). *Élaboration et adaptation des guides de pratique*. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3130435>

Lutz, W., Deisenhofer, A.-K., Rubel, J., Bennemann, B., Giesemann, J., Poster, K. et Schwartz, B. (2022). Prospective evaluation of a clinical decision support system in psychological therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(1), 90-106. <https://doi.org/10.1037/ccp0000642>

Mayer, D. (2010). *Essential evidence-based medicine*. Cambridge University Press.

Medina, J. C., Schmelefske, E., Hébert, C. et Drapeau, M. (2020). European clinical practice guidelines for depression in adults: Are they good enough? *Journal of Affective Disorders*, 263, 382-385. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.12.005>

Mercuri, M. (2018). How do we know if a clinical practice guideline is good? A response to Djulbegovic and colleagues' use of fast-and-frugal decision trees to improve clinical care strategies. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24(5), 1255-1258. <https://doi.org/10.1111/jep.12928>

Middleton, J. C., Kalogeropoulos, C., Middleton, J. A. et Drapeau, M. (2019). Assessing the methodological quality of the Canadian Psychiatric Association's anxiety and depression clinical practice guidelines. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 25(4), 613-621. <https://doi.org/10.1111/jep.13026>

NCCMT. (2013). *Search pyramids to find research evidence*. McMaster University. <http://www.nccmt.ca/resources/search/181>

Neely, J. G., Graboyes, E., Paniello, R. C., Sequeira, S. M. et Grindler, D. J. (2013). Practical guide to understanding the need for clinical practice guidelines. *Otolaryngology -- Head and Neck Surgery*, 149(1), 1-7. <https://doi.org/10.1177/0194599813487501>

OPPQ. (2013). *L'Utilisation des instruments de mesure. Lignes directrices*. Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. [https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/Lignes\\_directrices\\_sur\\_l\\_utilisation\\_de\\_s\\_instruments\\_de\\_mesure.ashx?la=fr](https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/Lignes_directrices_sur_l_utilisation_de_s_instruments_de_mesure.ashx?la=fr)

OPPQ. (2014a). *Déterminer un plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation. Lignes directrices*. Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. <https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/LignesdirectricesDterminerunPI.ashx?la=fr>

OPPQ. (2014b). *Évaluer un adolescent dans le cadre d'une décision du tribunal en application de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents. Lignes directrices*. Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. [https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/Evaluer\\_LSJPA.ashx?la=fr](https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/Evaluer_LSJPA.ashx?la=fr)

OPPQ. (2014c). *Évaluer une personne dans le cadre d'une décision du Directeur de la protection de la jeunesse ou du tribunal en application de la Loi sur la protection de la jeunesse. Lignes directrices*. Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. [https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/Lignes\\_directrices\\_LPJ.ashx?la=fr](https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/Lignes_directrices_LPJ.ashx?la=fr)

OPPQ. (2014d). *Guide de démarrage en pratique privée*. Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. [https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/Guide\\_de\\_d\\_marrage\\_en\\_pratique\\_priv\\_e.ashx?la=fr](https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/Guide_de_d_marrage_en_pratique_priv_e.ashx?la=fr)

OPPQ. (2014e). *La tenue de dossiers en psychoéducation*. Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. [https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/La\\_tenu\\_de\\_dossiers\\_en\\_psycho\\_education.ashx?la=fr](https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/La_tenu_de_dossiers_en_psycho_education.ashx?la=fr)

OPPQ. (2014f). *La tenue d'un dossier de consultation ou de supervision en psychoéducation. Normes d'exercice*. Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec.

[https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/La\\_tenue\\_d\\_un\\_dossier\\_de\\_consultation\\_ou\\_de\\_supervision\\_en\\_psychopedagogie.ashx?la=fr](https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/La_tenue_d_un_dossier_de_consultation_ou_de_supervision_en_psychopedagogie.ashx?la=fr)

OPPQ. (2014g). *L'évaluation psychoéducative de la personne en difficulté d'adaptation: lignes directrices*. Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. [http://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/Evaluation\\_psychopedagogique\\_2014.ashx?la=fr](http://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/Evaluation_psychopedagogique_2014.ashx?la=fr)

OPPQ. (2015a). *Évaluer un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique*. Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. <https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/evaluer%20lve%20handicap%20Plan%20dintervention%20LIP31%20mars%202016.ashx?la=fr>

OPPQ. (2015b). *L'évaluation aux fins d'une dérogation scolaire. Lignes directrices* (Troisième édition). Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. [https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Soutien\\_professionnel/Drogation%20scolaire%200150818%20final%20002%20janvier%202016.ashx?la=fr](https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Soutien_professionnel/Drogation%20scolaire%200150818%20final%20002%20janvier%202016.ashx?la=fr)

OPPQ. (2016). *Norme d'exercice sur la formation continue*. Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. <https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Formation/2016%20Norme%20dexercice%20en%20formation%20continue.ashx?la=fr>

OPPQ. (2017). Documents d'encadrement professionnel. Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec.

Overmeer, T., Linton, S. J., Holmquist, L., Eriksson, M. et Engfeldt, P. (2005). Do evidence-based guidelines have an impact in primary care? A cross-sectional study of Swedish physicians and physiotherapists. *Spine*, 30(1), 146-151.

Owen, C., Krusel, N. et Bethune, L. (2022). Assessing models of research utilisation for emergency management practice. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.21326.33600>

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin. <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045.htm>

Qumseya, B., Goddard, A., Estores, D., Draganov, P. V., Forsmark, C. et Qumseya, A. (2021). Barriers to clinical practice guideline implementation among physicians: A physician

survey. *International Journal of General Medicine*, 14((Qumseya, Goddard, Estores, Draganov, Forsmark) Division of Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, University of Florida, Gainesville, FL, United States(Qumseya) College of Public Health&Health Professions, Department of Biostatistics, Children's O), 7591-7598. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S333501>

Ramdé, J., Dagenais, C. et Nault-Brière, F. (2016). *Rapport de recherche : Portrait de l'utilisation des connaissances issues de la recherche par les psychoéducateurs en exercice*. Université Laval.

Ranson, K. M. V., Wallace, L. M. et Stevenson, A. (2013). Psychotherapies provided for eating disorders by community clinicians: Infrequent use of evidence-based treatment. *Psychotherapy Research*, 23(3), 333-343. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.735377>

Ridde, V. et Dagenais, C. (dir.). (2012). *Approches et pratiques en évaluation de programmes* (Nouvelle édition revue et augmentée). Presses de l'Université de Montréal.

Rochweg, B., Kawano-Dourado, L. et Qadir, N. (2021). How trustworthy guidelines can impact outcomes. *Current opinion in critical care*, 27(5), 544-550. <https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000000858>

Roy, G. (2014). *Guide de survie du témoin à la Cour*. Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec.

Ruszczyński, M., Horvath, A., Dziechciarz, P. et Szajewska, H. (2016). Cow's milk allergy guidelines: a quality appraisal with the AGREE II instrument. *Clinical & Experimental Allergy*, 46(9), 1236-1241. <https://doi.org/10.1111/cea.12784>

Sackett, D. L., Richardson, W. S., Glasziou, P. et Haynes, R. B. (2005). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (3e éd.). Churchill Livingstone. <http://atrium.umontreal.ca/UM:UM-ALEPH000242474>

Sadeghi-Ghyassi, F., Damanabi, S., Kalankesh, L. R., Van de Velde, S., Feizi-Derakhshi, M.-R. et Hajebrahimi, S. (2022). How are ontologies implemented to represent clinical practice guidelines in clinical decision support systems: protocol for a systematic review. *Systematic Reviews*, 11(1), 183. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02063-7>

Sanclemente, G., Acosta, J.-L., Tamayo, M.-E., Bonfill, X. et Alonso-Coello, P. (2014). Clinical practice guidelines for treatment of acne vulgaris: a critical appraisal using the AGREE II instrument. *Archives of Dermatological Research*, 306(3), 269-277.



<https://doi.org/10.1007/s00403-013-1394-x>

Schmelefske, E., Medina, J. C., Beaulieu, L., Schüle, M.-O., Hébert, C. et Drapeau, M. (soumis). *Clinical practice guidelines in Ontario: A critical appraisal using the AGREE II instrument. Submitted to Canadian Psychology.*

Setkowski, K., Boogert, K., Hoogendoorn, A. W., Gilissen, R. et Balkom, A. J. L. M. (2021). Guidelines improve patient outcomes in specialised mental health care: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, No-Specified. <https://doi.org/10.1111/acps.13332>

Shaw, I. et Norton, M. (2006). Kinds and quality of social work research. *British Journal of Social Work*, 38(5), 953-970. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm128>

Shekelle, P. G. (2018). Clinical practice guidelines: What's next? *JAMA*, 320(8), 757. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.9660>

Siering, U., Eikermann, M., Hausner, E., Hoffmann-Eßer, W. et Neugebauer, E. A. (2013). Appraisal tools for clinical practice guidelines: A systematic review. *PLOS ONE*, 8(12), e82915. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0082915>

Silva, S. A. et Wyer, P. C. (2009). Where is the wisdom? II – Evidence-based medicine and the epistemological crisis in clinical medicine. Exposition and commentary on Djulbegovic, B., Guyatt, G. H. & Ashcroft, R. E. (2009) Cancer Control, 16, 158–168. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(6), 899-906. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01324.x>

Stamoulos, C., Reyes, A., Trepanier, L. et Drapeau, M. (2014). The methodological quality of clinical practice guidelines in psychology: A pilot study of the guidelines developed by the Ordre des Psychologues du Québec. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 55(3), 177-186. <https://doi.org/10.1037/a0037287>

Stamoulos, C., Trepanier, L., Reyes, A., Dagenais, C., Nault-Brière, F. et Drapeau, M. (2020a). Chapitre 2: Surveys of board of directors: How are guidelines developed, evaluated and approved in Quebec? Dans *Clinical practice guidelines in the social sciences: Knowledge, attitudes, and experiences of policy makers and professionals in Quebec*. McGill University.

Stamoulos, C., Trepanier, L., Reyes, A., Dagenais, C., Nault-Brière, F. et Drapeau, M. (2020b). Chapitre 4: Surveys of professionals: How are guidelines perceived, used, and implemented? Dans *Clinical practice guidelines in the social sciences: Knowledge, attitudes,*

*and experiences of policy makers and professionals in Quebec.* McGill University.

Sutton, R. T., Pincock, D., Baumgart, D. C., Sadowski, D. C., Fedorak, R. N. et Kroeker, K. I. (2020). An overview of clinical decision support systems: benefits, risks, and strategies for success. *Npj Digital Medicine*, 3(1), 17. <https://doi.org/10.1038/s41746-020-0221-y>

The AGREE Next Steps Consortium. (2017). Appraisal of guidelines for research & evaluation II: Instrument. Update: December 2017. <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>

Tobin, D. L., Banker, J. D., Weisberg, L. et Bowers, W. (2007). I know what you did last summer (and it was not CBT): A factor analytic model of international psychotherapeutic practice in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40(8), 754-757. <https://doi.org/10.1002/eat.20426>

Tonelli, M. R. (2006). Integrating evidence into clinical practice: An alternative to evidence-based approaches. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12(3), 248-256. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2004.00551.x>

Tracy, S. L. (2014). From bench-top to chair-side: How scientific evidence is incorporated into clinical practice. *Dental Materials*, 30(1), 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.dental.2013.08.200>

Trepanier, L., Hébert, C., Stamoulos, C., Reyes, A., MacIntosh, H., Beauchamp, S., Larivée, S., Dagenais, C. et Drapeau, M. (2022). The quality of four psychology practice guidelines using the Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) II. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, jep.13699. <https://doi.org/10.1111/jep.13699>

Trepanier, L., Reyes, A., Stamoulos, C., Beauchamp, S., Dagenais, C., Ciquier, G. et Drapeau, M. (2021). Can we develop evidence-based guidelines without research expertise? *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, (AGREE Next Steps Consortium. (2017). The AGREE II instrument. [Electronic version]. Retrieved from <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>Alonso-Coello, P., Irfan, A., Sola, I), No-Specified. <https://doi.org/10.1007/s10488-021-01110-0>

Trepanier, L., Stamoulos, C., Beauchamp, S., Larivée, S. et Drapeau, M. (2019). Chapitre 4. Practice guideline developers share their views and experiences as members of a guideline

development committee within the social sciences. Dans *An investigation into the quality of clinical practice guidelines, the developers who produced them, and an inside look into the guideline development process of regulatory bodies*. McGill University.

Trepanier, L., Stamoulos, C. et Reyes, A. (2017). Assessing the quality of the OPQ's guidelines for the evaluation of dyslexia in children using the appraisal of guidelines for research and evaluation (AGREE) II: A brief report. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 58(3), 211-217. <https://doi.org/10.1037/cap0000121>

Tunguy-Desmarais, G. P. et Muckart, D. J. J. (2013). Evidence-based medicine should be based on science. *South African Medical Journal*, 103(10), 700. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.7406>

Upshur, R. E. G. (2014). Do Clinical Guidelines Still Make Sense? No. *The Annals of Family Medicine*, 12(3), 202-203. <https://doi.org/10.1370/afm.1654>

Vaz, J. M., Alves, B. M., Duarte, D. B., Santana, R. S. et Marques, L. A. (2021). Quality appraisal of existing guidelines for the management of headache disorders by the AGREE II's method. *Cephalalgia*, ((Vaz, Alves, Duarte, Santana) Universidade de Brasilia, Brasilia, Brazil(Marques) Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, Brazil). <https://doi.org/10.1177/03331024211037297>

Vogel, J. P., Dowswell, T., Lewin, S., Bonet, M., Hampson, L., Kellie, F., Portela, A., Bucagu, M., Norris, S. L., Neilson, J., Gülmezoglu, A. M. et Oladapo, O. T. (2019). Developing and applying a « living guidelines » approach to WHO recommendations on maternal and perinatal health. *BMJ Global Health*, 4(4), 1. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001683>

Wang, Z., Bero, L. et Grundy, Q. (2021). Understanding professional stakeholders' active resistance to guideline implementation: The case of Canadian breast screening guidelines. *Social Science & Medicine*, 269, 113586. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113586>

Wyer, P. C. (2018). From MARS to MAGIC: The remarkable journey through time and space of the Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation initiative. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24(5), 1191-1202. <https://doi.org/10.1111/jep.13019>

Xie, Z., Wang, X., Sun, L., Liu, J., Guo, Y., Xu, B., Zhao, L. et Shen, A. (2016). Appraisal of clinical practice guidelines on community-acquired pneumonia in children with AGREE II instrument. *BMC Pediatrics*, 16(1), 119. <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0651-5>

Zeng, X., Zhang, Y., Kwong, J. S. W., Zhang, C., Li, S., Sun, F., Niu, Y. et Du, L. (2015). The methodological quality assessment tools for preclinical and clinical studies, systematic review and meta-analysis, and clinical practice guideline: A systematic review: Methodological quality assessment tools. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 8(1), 2-10. <https://doi.org/10.1111/jebm.12141>

**Chapitre III : Article 2 :**  
**Facteurs personnels et environnementaux favorisant l'utilisation des guides de pratique  
chez les psychoéducateurs**

Marc-Olivier Schüle, Serge Larivée, Sarah Dufour,

Université de Montréal

Soumission prévue à la Revue francophone de recherche sur le transfert et l'utilisation  
des connaissances

## Résumé

Utilisés pour améliorer les pratiques, orienter les soins et diminuer les coûts, les guides de pratique jouent un rôle de plus en plus central dans le système de santé et des services sociaux. Toutefois, ceux-ci sont inutiles s'ils ne sont pas utilisés par les intervenants. Afin de mieux comprendre les facteurs personnels et environnementaux favorisant l'utilisation des guides chez les psychoéducateurs, nous avons effectué une recherche à devis mixte comprenant deux volets : 1- évaluation quantitative des facteurs influençant l'utilisation des guides de pratique, à partir des réponses de 386 psychoéducateurs au questionnaire d'utilisation des connaissances (QUC ; en ligne) et 2- évaluation qualitative des facteurs influençant l'utilisation des guides de pratique à partir de la perception de 18 psychoéducateurs rencontrés individuellement, en ligne, après leur participation au premier volet. Il ressort des deux analyses qu'il est difficile d'isoler un facteur unique déterminant l'utilisation des guides de pratique. Celle-ci est plutôt expliquée par un ensemble de facteurs en relation dynamique et complexe.. L'analyse de régression logistique semble faire ressortir le rôle central des variables mesurant les opinions des intervenants sur les connaissances issues de la recherche. De plus, les résultats qualitatifs obtenus mettent de l'avant un ensemble d'autres éléments personnels et environnementaux et notamment le rôle de la formation dans l'utilisation des guides. Une meilleure connaissance de ces variables peut offrir des pistes pour bonifier l'utilisation des guides, notamment des recommandations pour la formation des psychoéducateurs.

Mots-clés : Guides de pratique, transfert de connaissances, pratiques basées sur les données probantes.

### Messages-clés concernant les retombées pour la pratique ou la prise de décision :

- Tant les résultats quantitatifs que qualitatifs ont mis de l'avant qu'aucun facteur pris individuellement ne peut favoriser l'utilisation des guides. Toute tentative pour augmenter leur utilisation devra donc se baser sur un ensemble d'interventions touchant autant la formation que l'environnement.
- La formation des psychoéducateurs peut jouer un rôle clé dans leur utilisation des guides de pratique.

- Les milieux de pratique et l'ordre professionnel sont les organisations les plus adaptées pour mettre en place des stratégies de transfert de connaissances sur les guides de pratique.

## Abstract

A tool that can help improve practices, direct care and reduce costs, practice guidelines are playing an increasingly pivotal role in the health care and social services system. They serve no purpose, however, if workers do not follow them. In order to gain a better understanding of the personal and environmental factors that determine guideline use by psychoeducators, we conducted a mixed methods research project that had two components: (1) a quantitative assessment of the factors influencing the use of practice guidelines, based on the responses of 386 psychoeducators to a level of knowledge use survey (QUC ; online) and (2) a qualitative assessment of the factors influencing the use of practice guidelines based on the perceptions of 18 psychoeducators met individually, online, following their participation in the first component. The two analyses revealed it is difficult to isolate one single factor that determines the use of practice guidelines. Whether guidelines are followed is instead explained by a set of factors in a dynamic and complex relationship. It does appear that personal and environmental variables influence this use. The logistic regression analysis highlight the central role of variables measuring the opinions of professionals on the knowledge resulting from the research. In addition, the qualitative results obtained highlight a series of other personal and environmental elements, and especially the role of training in practice guideline use. Greater knowledge of these variables may suggest ways to increase guideline use in the future, and especially recommendations for psychoeducator training.

Keywords: Practice guidelines, knowledge transfer, evidence-based practices.

Key messages regarding benefits for practice or decision making:

- Both the quantitative and qualitative results clearly show that no factor on its own can promote guideline use. Any attempt to increase guideline use must therefore be based on a set of initiatives focusing on both training and the work environment.
- Psychoeducator training can play a key role in the use of practice guidelines.
- Practice settings and licensing bodies are the organizations best suited to implement knowledge transfer strategies with respect to practice guidelines.



## Introduction

Les guides de pratique sont devenus au Québec l'une des pierres angulaires du système de santé et des services sociaux (INESSS, 2012) et cette importance s'est accrue depuis la pandémie du Covid-19 (Carande-Kulis et al., 2022). Ils sont généralement définis comme des « guides élaborés par une méthode systématique pour aider les praticiens et les patients à prendre des décisions concernant les soins de santé appropriés » (Field, 1990, cité dans INESSS, 2012, p. 4). Cette définition est encore fréquemment utilisée (Setkowski et al., 2021). Ils sont reconnus pour avoir de nombreux impacts dans les domaines de la santé et des services sociaux, permettant notamment d'informer les intervenants, d'améliorer la qualité des soins et de diminuer les coûts qui leur sont associés (Fischer et al., 2016; Mayer, 2010; Qumseya et al., 2021; Setkowski et al., 2021).

Les guides de pratique sont également considérés comme un élément clef dans la mise en application des pratiques basées sur les données probantes (Andrews et al., 2013; NCCMT, 2013; Neely et al., 2013; Rochweg et al., 2021; Tracy, 2014; Tunguy-Desmarais et Muckart, 2013; Wang et al., 2021; Zeng et al., 2015). En effet, à l'exception d'outils d'aide à la décision, ils sont considérés comme la plus haute source d'informations que peuvent utiliser les intervenants dans leur pratique (Banzi et al., 2010; DiCenso et al., 2009a, 2009b; NCCMT, 2013). Ce point est d'une importance centrale non seulement pour les milieux de pratiques qui ont de plus en plus besoin de démontrer leur utilisation des pratiques basées sur les données probantes, mais également pour les milieux d'enseignement qui intègrent de plus en plus les PBDP à leur cursus (Caouette et al., 2021; Dufour et al., 2018). Au-delà des besoins des milieux, c'est également un élément majeur pour tout organisme qui souhaite garantir au public les meilleurs services possibles tel que les ordres professionnels.

Comme le rappelle l'INESSS, « un guide de pratique ne prend sa pleine valeur que lorsqu'il est appliqué sur le terrain » (INESSS, 2012, p. 36). Or, un nombre élevé d'intervenants semblent ne pas suivre les guides de pratique (Austad et al., 2016; Fischer et al., 2016; Gaudiano et Ellenberg, 2014; Gené-Badia et al., 2016; Jin et al., 2021; Westerlund et al., 2021), notamment dans le domaine de la psychothérapie, où seuls 8 % des praticiens indiquent les utiliser fréquemment (Becker et al., 2013). Dans certains cas, une résistance active aux guides de pratique a même été observée (Wang et al., 2021).

Malheureusement, la littérature sur l'utilisation des guides dans le domaine psychosocial reste très limitée et il est difficile de se faire une idée précise de la situation (Stamoulos, Parker, et al., 2020). Ainsi, la seule revue de littérature sur le sujet a été menée par Stamoulos, Parker, et al. (2020) qui ont analysé 35 articles entre 2000 et 2019. Leurs résultats indiquent que la connaissance des guides de pratique par les professionnels varie, avec une majorité des articles indiquant une méconnaissance de ceux-ci par les professionnels en sciences sociales. Les résultats de Stamoulos, Parker, et al. (2020) suggèrent des taux hétérogènes d'utilisation des guides. Cependant, en raison de la majorité des articles indiquant une utilisation peu fréquente des guides, il semble qu'il y ait plus de soutien pour un manque d'adhésion aux guides parmi les professionnels des sciences sociales. Il est à noter que parmi les articles analysés aucun ne concernait spécifiquement la psychoéducation (Stamoulos, Parker, et al., 2020).

À notre connaissance, la seule recherche ayant inclus des psychoéducateurs est la recherche de Stamoulos, Trepanier, et al. (2020b) qui montre que les professionnels des sciences sociales au Québec (OPQ, OPPQ, OCCOQ, OTSTCFQ, OEQ) semblent avoir une meilleure connaissance et un meilleur taux d'utilisation des guides qu'habituellement retrouvé ailleurs dans la littérature. Ainsi, cette étude a révélé que la majorité des professionnels considéraient les guides de pratique produits par leurs ordres professionnels respectifs comme pertinents pour informer leur pratique. De plus, il semble que la plupart des professionnels ont manifesté des attitudes positives envers les guides, reconnaissant que ceux-ci sont utiles, instructifs et améliorent leur pratique.

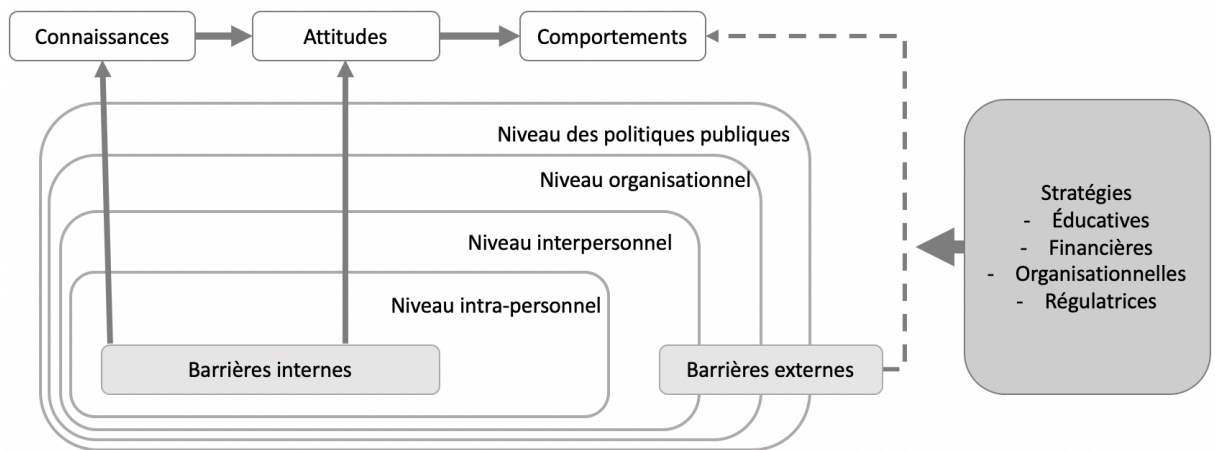
Même si les résultats québécois sont encourageants, il est clair que l'élaboration d'un guide de pratique n'entraîne pas nécessairement de changements dans la pratique clinique. C'est dans l'optique de combler cet écart entre la production des ressources théoriques, mais destinées à orienter l'action, et leur application effective que la recherche dans ce domaine a évolué, se centrant de plus en plus sur la détermination des facteurs influençant l'utilisation des guides (Fischer et al., 2016). À cet égard, de nombreux facteurs ont pu être identifiés et rapportés aux catégories suivantes : 1) les caractéristiques du guide de pratique, 2) les caractéristiques propres aux stratégies d'implantation, 3) les caractéristiques des intervenants, 4) les caractéristiques des usagers, 5) les caractéristiques du milieu des intervenants (Brusamento et al., 2012; Francke et al., 2008; Hormigo Pozo et al., 2009; Johnston et al., 2011; Midlöv et al., 2008; Strain et al., 2014). C'est cette classification qui est notamment utilisée par l'INESSS (2012, 2015). Toutefois, dans cet article nous nous baserons sur la division de Fischer et al. (2016) qui, à la

suite d'une revue systématique, a restructuré et regroupé ces facteurs en trois catégories : 1) les facteurs personnels de l'intervenant, 2) les facteurs associés aux guides de pratique et 3) les facteurs environnementaux.

Les recherches portant sur ces différents facteurs dans le domaine psychosocial sont limitées. Selon la revue de Stamoulos, Parker, et al. (2020), les obstacles à l'utilisation des guides qui ont été signalés le plus souvent, consistaient principalement en des contraintes organisationnelles (p. ex. exigences de travail élevées et manque de temps et de ressources). La formation et la supervision concernant les guides sont les facilitateurs les plus souvent cités. Parmi les autres facteurs on retrouve : la collaboration et le travail d'équipe, la présence d'outils et de stratégies pour appliquer les guides, l'évaluation et le suivi des performances, la présence de guides de bonne qualité, l'accessibilité des guides, les contextes et les politiques locales, et les attitudes positives des cliniciens envers les guides (Stamoulos, Parker, et al., 2020). La seule recherche sur l'utilisation des guides incluant des psychoéducateurs, menée par Stamoulos, Trepanier, et al. (2020b) semble indiquer que pour ceux-ci la barrière la plus fréquente est le manque de temps. Toutefois, les auteurs reconnaissent que les résultats ont obtenu de faibles pourcentages d'approbation, et que le nombre de psychoéducateurs participants (n=97) est insuffisant pour en faire un échantillon représentatif (Stamoulos, Trepanier, et al., 2020b).

Les recherches actuelles ne se limitent pas à recenser des facteurs mais essaient également de comprendre le rôle respectif de chacun de ceux-ci (Stamoulos, Parker, et al., 2020). Un modèle classique de ces interactions est le modèle tripartite, *Connaissance-Attitude-Comportement*, dans lequel les connaissances influencent les attitudes, qui à leur tour influencent le comportement (Fischer et al., 2016; Stamoulos, Parker, et al., 2020). Ce modèle a reçu du soutien empirique dans le domaine médical, mais celui-ci est bien moins clair dans le domaine psychosocial (Stamoulos, Parker, et al., 2020). C'est notamment ce modèle qui est utilisé par Fischer et al. (2016) pour comprendre comment les facteurs personnels et environnementaux influencent l'utilisation des guides par les intervenants (Figure 6).

*Figure 6: Modèle connaissances-attitudes-comportements : Obstacles et stratégies pour la mise en œuvre des guides de pratique (Fischer et al., 2016)*



Ces recherches ont toutes en commun la croyance que les stratégies de mise en œuvre de guides de pratique doivent être fondées sur les connaissances actuelles concernant les interventions potentiellement efficaces et sur une évaluation des obstacles potentiels à l'adoption des lignes directrices (Fischer et al., 2016). Une meilleure connaissance de ces variables est donc une étape clef dans l'intégration des guides dans la pratique.

### **L'utilisation des guides de pratique en psychoéducation**

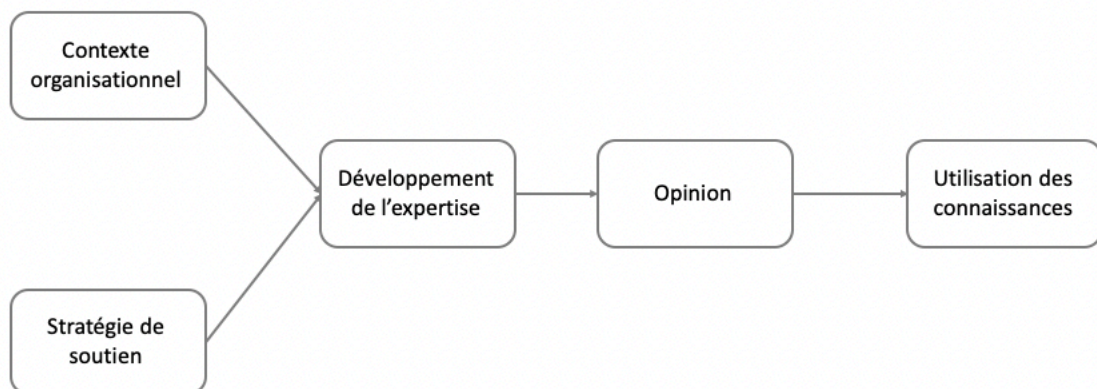
En psychoéducation, les études indiquent qu'entre 76 % (Stamoulos, Trepanier, et al., 2020b) et 93 % des professionnels affirment utiliser des guides de pratique (Ramdé et al., 2016). Toutefois, lorsqu'on examine la fréquence de cette utilisation, seuls 41 % des psychoéducateurs déclarent utiliser ceux-ci 4 fois ou plus par année (Ramdé et al., 2016). Même s'il n'existe pas de standard minimum clair sur l'utilisation des guides, il est raisonnable de penser que la situation actuelle laisse place à l'amélioration.

Actuellement, la plupart des quelques recherches menées sur les guides de pratique en psychoéducation sont centrées sur la qualité des guides en psychoéducation (Ciquier et al., 2020; Schüle et al., en préparation; Stamoulos, Parker, et al., 2020; Stamoulos, Trepanier, et al., 2020a; Trepanier et al., 2019). Par contre, il y a étonnement peu de recherches qui abordent les facteurs environnementaux et personnels susceptibles d'influencer cette utilisation. En effet, les seuls résultats publiés sur les barrières aux guides des psychoéducateurs sont ceux de par Stamoulos, Trepanier, et al. (2020b). Celle-ci comporte toutefois plusieurs limites et ne se centre pas sur les psychoéducateurs.

Toutefois, les données sur les facteurs personnels et environnementaux influençant l'utilisation des guides par les psychoéducateurs existent. En effet, Ramdé et al. (2016) ont mené une recherche sur l'utilisation des connaissances des psychoéducateurs. Dans le cadre de cette recherche, des données ont été récupérées sur l'utilisation des guides de pratique. Aucun résultat spécifique n'a été publié sur les facteurs influençant spécifiquement l'utilisation des guides, mais des données ont été récoltées sur les facteurs influençant de façon générale l'utilisation des connaissances. Ces facteurs ont été regroupés en quatre catégories : contexte organisationnel ; stratégies de soutien ; expertise et opinion.

Ramdé et al. (2016) ont également proposé un modèle sur l'utilisation des connaissances, qui comporte de grandes similarités avec le modèle *Connaissance-Attitude-Comportement*. Ce dernier se base sur le modèle avec médiation de Ramdé (2012), qui explicite comment le contexte organisationnel et les stratégies de soutien ont une influence sur l'expertise qui, à son tour, influe sur l'opinion et qui, finalement, motive l'utilisation des connaissances issues de la recherche (Figure 7).

Figure 7: Modèle d'utilisation des connaissances en psychoéducation (Ramdé et al., 2016)



Ces modèles sont intéressants, mais il n'existe aucune recherche nous permettant de garantir que ceux-ci puissent s'appliquer spécifiquement aux guides de pratique. Ainsi, la psychoéducation se trouve dans une situation où pour guider ses interventions visant à influencer l'utilisation des guides de pratique, elle doit choisir entre des modèles spécifiques aux guides de pratique, mais pas spécifiques à la psychoéducation, ou des modèles spécifiques à la psychoéducation, mais pas spécifiques aux guides. Cela est d'autant plus important pour

les facteurs personnels et environnementaux qui ne sont pas explorés actuellement en psychoéducation.

### **Objectif de la recherche**

Afin de combler cette lacune la présente recherche vise à tracer un portrait des facteurs personnels et environnementaux influençant l'utilisation des guides de pratique par des psychoéducateurs.

Cette recherche comprend deux volets. Dans le premier, nous effectuerons une évaluation quantitative des facteurs influençant l'utilisation des guides de pratique de psychoéducateurs à partir de données colligées lors de la passation du questionnaire d'utilisation des connaissances (QUC) (Ramdé et al., 2016). Cela permettra de vérifier si certains des facteurs environnementaux ou personnels qui ont été identifiés comme influençant l'utilisation des connaissances par les psychoéducateurs ont un impact spécifiquement sur l'utilisation des guides. Dans le second, nous vérifierons, dans le cadre d'une évaluation qualitative, la perception qu'ont certains de ces mêmes psychoéducateurs des différents facteurs influençant leur utilisation des guides. Cette évaluation permettra de compléter les résultats du QUC à l'aide d'une mise en contexte et de déterminer comment ils s'appliquent au domaine de la psychoéducation. Ce protocole nommé « mixte convergent » permet, dans des recherches exploratoires, d'obtenir un portrait nuancé d'une situation. Il semble particulièrement adapté à l'étude de l'utilisation des guides de pratique en ce que les résultats qualitatifs et quantitatifs peuvent faire émerger des informations différentes et complémentaires (Guével et Pommier, 2012; Johnson et al., 2007; Ridde et Dagenais, 2012).

### **Volet 1 - Évaluation quantitative**

#### **Participants**

La collecte de données a été effectuée dans le cadre de la recherche « Portrait de l'utilisation des connaissances issues de la recherche par les psychoéducateurs en exercice » de Ramdé et al. (2016), qui visait d'une part à valider le questionnaire sur l'utilisation des connaissances issues de la recherche (QUC) pour le domaine de la psychoéducation et, d'autre part, à brosser le portrait de l'utilisation des connaissances par les psychoéducateurs. La

recherche originale de Ramdé et al. (2016) a été approuvée par le Comité sectoriel d'éthique de la recherche en psychologie et en sciences de l'éducation de l'Université Laval et l'analyse secondaire des données a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche en éducation et en psychologie de l'Université de Montréal. La population à l'étude est la totalité des membres de l'Ordre des psychoéducateurs et des psychoéducatrices du Québec (OPPQ). Sur les 4 304 membres inscrits à l'OPPQ au moment de l'étude, 386 (9 %) ont répondu au questionnaire. Les répondants sont principalement des femmes (87 %), proviennent de différentes régions du Québec et sont principalement diplômés à la maîtrise (51 %) et au baccalauréat (43 %). Leur expérience est variée puisque 25 % des répondants ont entre 0 et 4 ans d'expérience, 20 % ont entre 5 et 9 ans, 18 % ont entre 10 et 14 ans, 14 % ont entre 15 et 19 ans et 23 % ont 20 ans ou plus d'expérience.

### **Outil, procédure et analyses**

L'instrument utilisé est la version pour psychoéducateurs du QUC, conçue par Ramdé et al. (2016) à partir de la version initialement destinée aux enseignants (Ramdé, 2012). Les qualités psychométriques de cette version du questionnaire n'ont, pour l'instant, pas été évaluées. Un message a d'abord été transmis à l'ensemble des psychoéducateurs membres de l'OPPQ le 5 mai 2016 pour les aviser de la mise en ligne de ce questionnaire quelques jours plus tard, le 12 mai. À dessein de recruter le plus de psychoéducateurs possible, une relance a été effectuée le 16 juin 2016 à tous les membres et le questionnaire est demeuré en ligne jusqu'à la fin du mois, le 30 juin.

L'instrument, rempli en ligne, comporte 88 items et se subdivise en deux parties. La première partie est un questionnaire sociodémographique incluant la région et le milieu de travail de l'intervenant, son âge, l'âge de la clientèle, le sexe, le diplôme d'accès à l'Ordre, le nombre d'années d'expérience et les formations en cours. La deuxième partie est centrée sur l'utilisation des connaissances et comprend des sections concernant les sources des connaissances utilisées dans la pratique professionnelle, les types d'utilisation des connaissances issues de la recherche, les opinions des intervenants sur les connaissances issues de la recherche, les stratégies de soutien, l'expertise individuelle des intervenants pour utiliser les connaissances issues de la recherche et les facteurs organisationnels. Nous analyserons plus précisément comment les opinions des intervenants sur les connaissances issues de la recherche, leur expertise individuelle pour utiliser ces connaissances et les facteurs organisationnels influencent leur utilisation des guides de pratique.

La variable dépendante retenue dans le cadre de ce projet est la fréquence à laquelle les répondants ont utilisé les lignes directrices et les guides de pratique pour résoudre des problèmes rencontrés dans leur pratique professionnelle au cours de la dernière année. Cette variable était originellement mesurée à l'aide d'une échelle ordinale composée des échelons « Jamais (n=22) / 1 ou 2 fois (n=78) / 3 ou 4 fois (n=89) / 4 fois ou plus (n=132) ». Puisque les deux derniers choix ne sont pas mutuellement exclusifs et puisque certains d'entre eux n'ont été retenus que par un nombre restreint de répondants, nous avons redivisé les réponses entre deux options : 2 fois ou moins / 3 fois ou plus.

Les variables indépendantes se répartissent en trois blocs. Le premier bloc mesure les opinions des intervenants sur les connaissances issues de la recherche. Il est composé de 16 items, mesurés à l'aide d'une échelle ordinale composée des échelons « entièrement en désaccord / en désaccord / neutre / en accord / entièrement en accord », tels que : « Quel est votre degré d'accord avec le fait que les connaissances issues de la recherche sont faciles à comprendre ». Le deuxième bloc mesure l'expertise des intervenants pour utiliser les connaissances issues de la recherche. Il est composé de 8 items, mesurés à l'aide d'une échelle ordinale composée des échelons, « très faible / faible / moyen / fort / très fort », tels que : « Quel est votre niveau d'expertise quant à l'habileté à lire et à comprendre les publications de recherche ». Le troisième bloc mesure les facteurs liés à l'organisation qui, selon les intervenants, peuvent influencer leur utilisation des connaissances issues de la recherche dans leur pratique. Il est composé de 10 items, mesurés à l'aide d'une échelle ordinale composée des échelons « entièrement en désaccord / en désaccord / neutre / en accord / entièrement en accord », tels que : « votre degré d'accord avec le fait que votre utilisation des connaissances issues de la recherche est influencée ou pourrait être influencée par les occasions de remettre en question les habitudes et les traditions établies ».

## Résultats

**Analyses exploratoires.** Une analyse préliminaire de corrélations entre les variables incluses dans les trois blocs n'a pas permis de détecter de problème de multicolinéarité dans les blocs 1, 2 et 3 (Tableau 3). Malgré quelques corrélations significatives entre certaines variables, l'analyse subséquente des critères d'inflation de la variance (VIF) n'a montré aucun problème potentiel de multicolinéarité. Étant donné le nombre élevé de variables, une analyse exploratoire subséquente – soit l'analyse bivariée des liens entre la variable dépendante et les



variables indépendantes – a été réalisée (Tableau 4). À la lumière des résultats obtenus, nous avons retiré les items n'étant pas associées à la variable dépendante dans ces tests.

Tableau 3: Corrélation de Pearson entre les items de chaque bloc (n=282)

<b>Bloc1</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1) connaissances sont faciles à trouver	1									
2) connaissances sont faciles à comprendre	,414**	1								
3) connaissances sont pertinentes à votre réalité	,359**	,441**	1							
4) connaissances offrent de l'information à des moments propices	,431**	,380**	,437**	1						
5) connaissances sont fiables et dignes de confiance	,104	,266**	,228**	,165**	1					
6) connaissances sont utiles pour guider ou améliorer vos pratiques	,297**	,351**	,531**	,288**	,353**	1				
7) connaissances sont faciles à transférer dans la pratique	,352**	,411**	,503**	,436**	,147*	,472**	1			
8) connaissances sont en adéquation avec les valeurs et les pratiques habituelles de la profession	,302**	,300**	,312**	,279**	,323**	,377**	,347**	1		
9) connaissances vous servent de guide pour répondre aux exigences de votre pratique professionnelle	,334**	,275**	,463**	,329**	,298**	,475**	,335**	,267**	1	
10) connaissances sont trop théoriques	-,228**	-,306**	-,330**	-,186**	-,023	-,326**	-,321**	-,154**	-,215**	1

<b>Bloc 2</b>	1	2	3	4	5	6
1) Habileté à lire et à comprendre les publications de recherche	1					
2) Habileté à trouver des synthèses de recherches (ex. : guides de pratique) répondant à vos besoins. Notamment, par l'utilisation des technologies de l'information telles qu'Internet, des bases de données, etc	,553**	1				
3) Habileté à évaluer la qualité et la validité des synthèses de recherches (ex. : guides de pratique)	,601**	,545**	1			
4) Habiletés à appliquer l'information à des cas individuels (données probantes aux préférences personnelles, aux valeurs, aux inquiétudes et aux attentes du client ainsi qu'aux spécificités du milieu d'intervention)	,429**	,415**	,387**	1		
5) Habileté à identifier les lacunes dans vos connaissances et à formuler clairement vos besoins d'information	,456**	,353**	,361**	,564**	1	
6) Habileté à identifier les similitudes et les différences pertinentes entre le contexte et celui de la pratique	,550**	,371**	,456**	,540**	,586**	1

<b>Bloc 3</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1) Temps disponible pour lire une revue scientifique, appliquer une nouvelle technique, etc	1									
2) Accès aux installations et à la technologie	,287**	1								
3) Incitatifs, comme la rémunération, les honoraires, la réduction de la charge de travail, etc	,522**	,380**	1							
4) Occasions de remettre en question les habitudes et les traditions établies	,357**	,387**	,437**	1						
5) Importance accordée par votre établissement au développement professionnel	,442**	,352**	,464**	,494**	1					
6) Présence de personnel qualifié pour vous soutenir	,393**	,343**	,407**	,405**	,604**	1				
7) Soutien de groupes organisés tels que les syndicats, les organismes subventionnaires ou les médias	,128*	,231**	,333**	,336**	,260**	,391**	1			
8) Reconnaissance de l'utilisation de la recherche comme une priorité dans la déclaration de la mission de l'organisation, les politiques et les descriptions d'emploi	,365**	,252**	,363**	,410**	,526**	,564**	,455**	1		
9) Implication de l'organisation à toutes les étapes de la démarche de transfert des connaissances	,338**	,253**	,400**	,360**	,494**	,537**	,465**	,638**	1	
10) Maintien du personnel au sein de l'organisation	,335**	,222**	,394**	,323**	,489**	,517**	,369**	,519**	,574**	1

\*\* . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

\* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Tableau 4: Test  $T(n=243)$

Variables	Utilisation du guide 2 fois ou moins (n=80) M (Erreur standard)	Utilisation du guide 3 fois ou plus (n=200) M (Erreur standard)	t
<b>Bloc 1</b>			
connaissances sont faciles à trouver	2,864 (0,114)	3,363 (0,071)	-3,738**
connaissances sont faciles à comprendre	3,049 (0,104)	3,532 (0,058)	-4,280**
connaissances sont pertinentes à votre réalité	3,074 (0,107)	3,627 (0,055)	-5,039**
connaissances offrent de l'information à des moments propices	3,050 (0,094)	3,388 (0,056)	-3,153*
connaissances sont fiables et dignes de confiance	3,725 (0,094)	4,070 (0,045)	-3,721**
connaissances sont utiles pour guider ou améliorer vos pratiques	3,675 (0,102)	4,060 (0,051)	-3,719**
connaissances sont faciles à transférer dans la pratique	2,738 (0,102)	3,000 (0,063)	-2,223*
connaissances sont en adéquation avec les valeurs et les pratiques habituelles de la profession	3,575 (0,089)	3,800 (0,055)	-2,178*
connaissances vous servent de guide pour répondre aux exigences de votre pratique professionnelle	3,188 (0,115)	3,775 (0,059)	-4,936**
connaissances sont trop théoriques	3,325 (0,114)	3,115 (0,071)	1,576
<b>Bloc 2</b>			
Habilité à lire et à comprendre les publications de recherche	3,339 (0,106)	3,771 (0,051)	-4,072**
Habilité à trouver des synthèses de recherches (ex. : guides de pratique) répondant à vos besoins. Notamment, par l'utilisation des technologies de l'information telles qu'Internet, des bases de données, etc	2,831 (0,117)	3,402 (0,065)	-4,428**
Habilité à évaluer la qualité et la validité des synthèses de recherches (ex. : guides de pratique)	2,646 (0,119)	3,196 (0,064)	-4,293**
Habilités à appliquer l'information à des cas individuels (données probantes aux préférences personnelles, aux valeurs, aux inquiétudes et aux attentes du client ainsi qu'aux spécificités du milieu d'intervention)	3,246 (0,112)	3,534 (0,059)	-2,417*
Habilité à identifier les lacunes dans vos connaissances et à formuler clairement vos besoins d'information	3,462 (0,126)	3,730 (0,051)	-2,357*
Habilité à identifier les similitudes et les différences pertinentes entre le contexte et celui de la pratique	3,246 (0,126)	3,584 (0,062)	-2,661*
<b>Bloc 3</b>			
Temps disponible pour lire une revue scientifique, appliquer une nouvelle technique, etc	4,125 (0,135)	4,301 (0,076)	-1,173
Accès aux installations et à la technologie	3,484 (0,137)	3,761 (0,089)	-1,637
Incitatifs, comme la rémunération, les honoraires, la réduction de la charge de travail, etc	3,734 (0,141)	3,847 (0,086)	-0,674
Occasions de remettre en question les habitudes et les traditions établies	3,469 (0,116)	3,886 (0,073)	-2,978*
Importance accordée par votre établissement au développement professionnel	3,891 (0,134)	4,267 (0,066)	-2,767*
Présence de personnel qualifié pour vous soutenir	3,797 (0,120)	4,011 (0,077)	-1,456
Soutien de groupes organisés tels que les syndicats, les organismes subventionnaires ou les médias	2,859 (0,115)	3,176 (0,076)	-2,201*
Reconnaissance de l'utilisation de la recherche comme une priorité dans la déclaration de la mission de l'organisation, les politiques et les descriptions d'emploi	3,500 (0,143)	3,852 (0,077)	-2,282*
Implication de l'organisation à toutes les étapes de la démarche de transfert des connaissances	3,625 (0,131)	3,898 (0,073)	-1,888
Maintien du personnel au sein de l'organisation	3,594 (0,144)	3,830 (0,082)	-1,463

\*\* La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

\* La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

**Régression logistique séquentielle.** La variable dépendante étant dichotomique, nous avons utilisé une analyse de régression logistique. En effet, cette technique permet d'ajuster une surface de régression à des données lorsque la variable dépendante est dichotomique. Cette technique est utilisée pour des études ayant pour but de vérifier si des variables indépendantes peuvent prédire une variable dépendante dichotomique (Desjardins, 2005). Dans notre cas, nous testons si les réponses aux items conservés à la suite des analyse préliminaires permettent de prédire si les psychoéducateurs sont plus susceptibles d'utiliser les guides 3 fois ou plus par an (Desjardins, 2005). En accord avec le modèle de Ramdé et al. (2016), ce sont les opinions des intervenants sur les connaissances issues de la recherche (bloc 1) qui sont influencées par l'expertise individuelle pour utiliser les connaissances issues de la recherche (bloc 2), elle-même influencée par les facteurs organisationnels (bloc 3). Nous pouvons spécifier l'ordre des prédicteurs (du plus direct au moins direct) et ainsi utiliser une régression logistique séquentielle (Desjardins, 2005; Peng et al., 2002).

Les résultats sont présentés au Tableau 5.

Tableau 5: Caractéristiques de la régression logistique selon les trois modèles étudiés (n=240)

Caractéristiques	Modèle 1				Modèle 2				Modèle 3			
	Interval de confiance				Interval de confiance				Interval de confiance			
	95% Exp(β)				95% Exp(β)				95% Exp(β)			
	Exp(β)	Wald	Inférieur	Supérieur	Exp(β)	Wald	Inférieur	Supérieur	Exp(β)	Wald	Inférieur	Supérieur
Constante	0,017	<b>12,895***</b>			0,005	<b>14,303***</b>			0,002	<b>16,626***</b>		
Connaissances sont faciles à trouver	1,207	1,139	0,854	1,707	1,252	1,344	0,856	1,832	1,202	0,856	0,814	1,774
Connaissances sont faciles à comprendre	1,293	1,624	0,871	1,921	1,069	0,087	0,686	1,666	1,061	0,066	0,677	0,662
Connaissances sont pertinentes à votre réalité	1,296	1,281	0,827	2,031	1,352	1,586	0,846	2,162	1,325	1,319	0,820	2,142
Connaissances sont fiables et dignes de confiance	1,552	<b>3,336*</b>	0,968	2,486	1,452	2,129	0,880	2,395	1,340	1,252	0,803	2,237
Connaissances sont utiles pour guider ou améliorer vos pratiques	0,956	0,034	0,588	1,552	1,001	0,000	0,602	1,664	1,002	0,000	0,594	1,687
Connaissances vous servent de guide pour répondre aux exigences de votre pratique professionnelle	1,416	<b>3,160*</b>	0,965	2,077	1,323	1,964	0,895	1,955	1,305	1,766	0,881	1,932
Habilité à lire et à comprendre les publications de recherche	--	--	--	--	1,194	0,293	0,628	2,269	1,173	0,216	0,598	2,303
Habilité à trouver des synthèses de recherches (ex. : guides de pratique) répondant à vos besoins.	--	--	--	--	1,178	0,473	0,739	1,878	1,252	0,831	0,772	2,030
Habilité à évaluer la qualité et la validité des synthèses de recherches (ex. : guides de pratiques)	--	--	--	--	1,384	1,805	0,861	2,224	1,401	1,784	0,854	2,296
Habilités à appliquer l'information à des cas individuels	--	--	--	--	0,760	1,058	0,451	1,282	0,768	0,960	0,453	1,302
Habilité à identifier les lacunes dans vos connaissances et à formuler clairement vos besoins d'information	--	--	--	--	1,152	0,280	0,682	1,947	1,097	0,110	0,635	1,895
Habilité à identifier les similitudes et les différences pertinentes entre le contexte et celui de la pratique	--	--	--	--	1,071	0,079	0,665	1,724	1,087	0,112	0,668	1,768
Occasions de remettre en question les habitudes et les traditions établies	--	--	--	--	--	--	--	--	1,220	0,950	0,818	1,821
Importance accordée par votre établissement au développement professionnel	--	--	--	--	--	--	--	--	1,222	0,830	0,794	1,881
Soutien de groupes organisés tels que les syndicats, les organismes subventionnaires ou les médias	--	--	--	--	--	--	--	--	1,072	0,125	0,729	1,576
Reconnaissance de l'utilisation de la recherche comme une priorité dans la déclaration de la mission de l'organisation, les politiques et les descriptions d'emploi	--	--	--	--	--	--	--	--	0,934	0,116	0,629	1,386
Coefficient de vraisemblance		247,466				239,674				235,995		
Chi-carré du Bloc		<b>30,893***</b>				7,792				3,679		
Degré de liberté		6				12				16		
Hosmer and Lemeshow		7,771				13,133				<b>16,006**</b>		
R2 de Nagelkerke		0,176				0,217				0,236		
R2 Cox et Snell		0,121				0,149				0,162		
Pourcentage de prédictions correcte		75,40%				78,80%				78,80%		

\*<,1

\*\*<,05

\*\*\*<,001

Lors de l'introduction du premier bloc portant sur les opinions des intervenants à propos des connaissances issues de la recherche, les variables « les connaissances sont fiables et dignes de confiance » et « les connaissances issues de la recherche servent de guide pour répondre aux exigences de la pratique professionnelle » sont associées partiellement à l'utilisation des guides de pratique. Ces deux tendances montrent que les participants en accord avec le fait que les connaissances sont fiables et dignes de confiance ( $B = 0,439, p < 0,10$ ) et le fait que les connaissances issues de la recherche servent de guide pour répondre aux exigences de la pratique professionnelle ( $B = 0,348, p < 0,10$ ) semblent plus susceptibles d'utiliser 3 fois ou plus par an les guides. Selon le rapport de cote, ils ont respectivement 1,6 et 1,4 fois plus de chance d'utiliser les guides 3 fois ou plus par année plutôt qu'une utilisation plus faible.

L'évaluation globale du modèle 1 montre une amélioration certaine d'ajustement aux données par rapport au modèle nul. Plus spécifiquement, l'ajout des prédicteurs du bloc 1 se traduit par un chi-carré significatif ( $\chi^2(6) = 30,893, p < .001$ ), cela traduisant un modèle prédictif beaucoup plus efficace qu'un modèle dénué de prédicteurs. La qualité d'ajustement du modèle est également représentée par le test de Hosmer et Lemeshow. Ce test inférentiel présentant un  $X^2(6)$  de 7,771 est non significatif, suggérant que le modèle s'ajuste bien aux données. En d'autres mots, l'hypothèse nulle d'un bon modèle s'ajustant bien aux données tient la route. Par ailleurs, les résultats aux  $R^2$  de Nagelkerke et de Cox et Snell viennent compléter le portrait, les valeurs observées témoignant que les paramètres estimés dans ce bloc s'ajustent bien aux données. Les deux variables marginalement significatives contribuent assurément à ce seuil significatif. Finalement nous obtenons un pourcentage de classification de 75,40%, ce qui signifie que les prédicteurs utilisés classeront les participants dans le bon groupe (2 fois ou moins vs. 3 fois ou plus) dans 75,40% des cas.

À la deuxième étape, avec l'ajout de l'expertise individuelle pour utiliser les connaissances issues de la recherche (bloc 2), aucune variable unique n'est significative. De plus, l'analyse des composantes du bloc montre un chi-carré non significatif traduisant du coup un modèle prédictif qui n'est pas significativement meilleur que le modèle 1. Ainsi, l'ajout des prédicteurs du bloc 2 ne contribue pas à un meilleur ajustement du modèle aux données. Il est toutefois à noter que le test de Hosmer et Lemeshow présente un  $X^2(12)$  de 13,133. Ce résultat non significatif suggère que ce modèle, et les prédicteurs du bloc 2 en faisant partie, s'ajustent bien aux données. En d'autres mots, l'hypothèse nulle d'un bon modèle s'ajustant bien aux données est défendable. Les prédicteurs utilisés classeront les participants dans le bon groupe (2 fois ou moins vs. 3 fois ou plus) dans 78,80% des cas.

À la troisième étape, l'ajout des facteurs organisationnels du bloc 3 n'a pas permis de relever une variable unique significative. De plus, l'analyse des composantes du bloc montre un chi-carré non significatif traduisant du coup un modèle prédictif qui n'est pas significativement meilleur que le modèle 1. Ainsi, l'ajout des prédicteurs du bloc 2 ne contribue pas à un meilleur ajustement du modèle aux données. Par ailleurs, le test de Hosmer et Lemeshow est significatif ( $X^2(16) = 16,006$ ,  $p = 0,042$ ). Ce résultat, bien que très près du seuil de significativité, dénote tout de même un ajustement moins optimal aux données. Les prédicteurs utilisés classeront correctement les participants dans 78,80% des cas.

En somme l'ajout de variables explicatives dans le modèle 1 contribue significativement à l'explication de notre variable dépendante. Toutefois les modèles 2 et 3 ont des chi-carrés de blocs non-significatifs, ce qui signifie que l'ajout des variables explicatives dans chacun de ces blocs ne contribue pas à une amélioration significative de la prédiction du phénomène à l'étude, soit l'utilisation du guide.

## **Volet 2 - Évaluation qualitative**

### **Participants**

Comme pour le volet 1, la sélection des participants s'est effectuée parmi les personnes ayant participé à la recherche de Ramdé et al. (2016) visant à mieux comprendre l'utilisation de la science par les psychoéducateurs. Au moment de répondre au questionnaire en ligne dans cette recherche, les participants devaient dire s'ils acceptaient d'être recontactés. Par la suite, nous avons donc contacté des répondants au hasard parmi ceux ayant accepté jusqu'à saturation, c'est-à-dire le moment où aucun nouveau contenu n'était évoqué par les répondants. Ainsi, sur les 84 participants ayant accepté d'être recontactés, nous en avons contacté 33 et avons mené un total de 18 entrevues. L'âge des participants (hommes et femmes) varie de 25 à 56 ans; tous membres de l'OPPQ, ils occupent des postes variés (psychoéducateurs, enseignants, conseillers clinique) et pratiquent dans plusieurs régions du Québec. Deux d'entre eux sont également chargés de cours en psychoéducation et deux autres avaient participé à l'élaboration de guides de pratique. Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences de l'Université de Montréal.

## **Procédure et grille d'entrevue**

Une entrevue semi-structurée d'une durée de 15 à 30 minutes a été enregistrée à l'occasion d'une discussion en présence ou virtuel (à l'aide de la plateforme Zoom) avec les intervenants, puis retranscrite intégralement. Cette entrevue a permis de cerner et d'approfondir les facteurs individuels et de l'environnement qui influencent, selon eux, l'utilisation des guides de pratique par les intervenants (« Qu'est-ce qui fait selon vous que des intervenants utilisent des guides de pratique ou pas ? », « En avez-vous déjà utilisé ? Lesquels ? Pourquoi ? »).

## **Analyses**

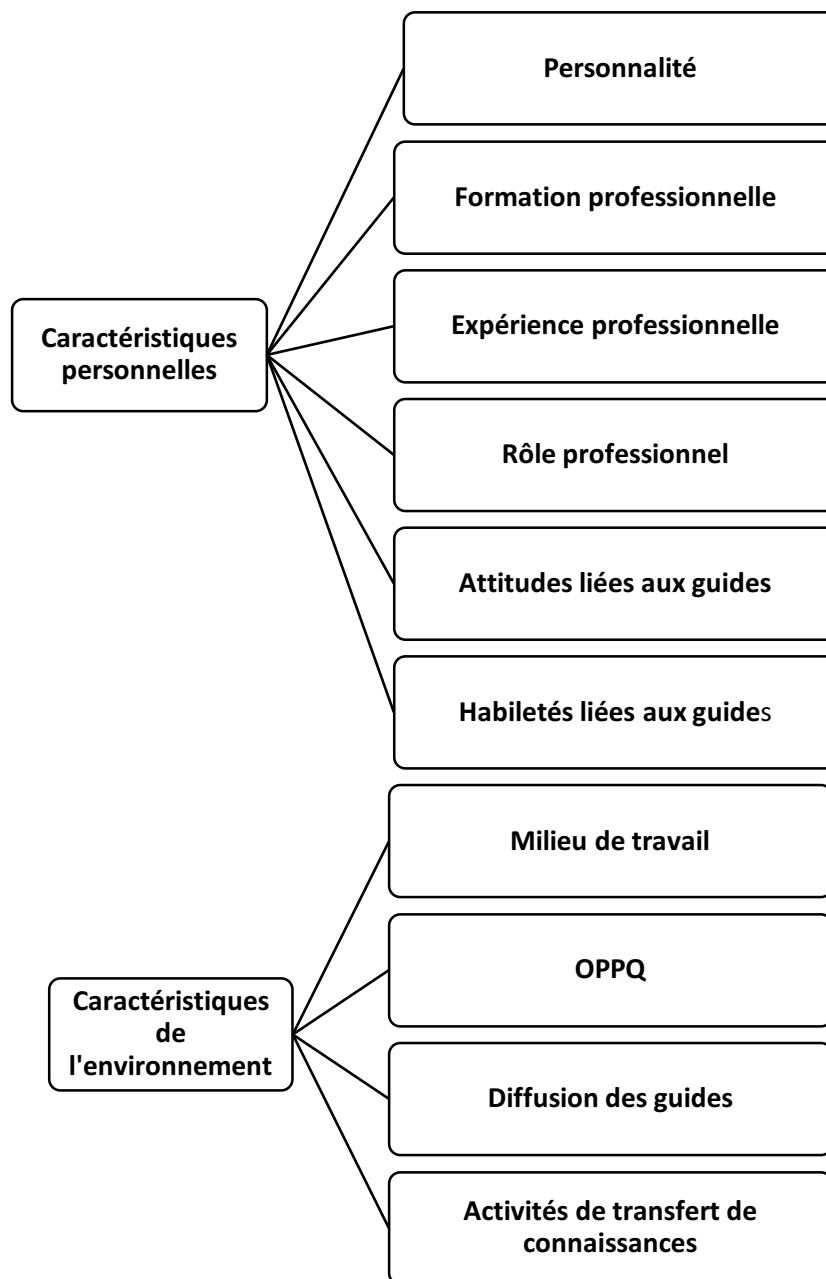
Une analyse thématique a été effectuée par le premier auteur à l'aide du logiciel QDA MINER et validée, à des moments-clés, par ses directeurs de thèse (Paillé et Mucchielli, 2012). Lors de la première étape, nous avons procédé à une lecture préliminaire du contenu. Cette lecture a permis l'observation des unités de sens dans les transcriptions et, conséquemment, le repérage des thèmes qui se dégagent spontanément. La deuxième étape a été consacrée à la subdivision des transcriptions en différents segments de texte présentant chacun une signification spécifique et unique (unités de sens). La troisième étape a consisté en l'organisation de ces unités de sens en catégories exclusives, exhaustives, homogènes, pertinentes et univoques. Lors de la dernière étape, un arbre thématique offrant une représentation synthétique et structurée du contenu analysé fut constitué.

## **Résultats**

L'arbre thématique représenté dans la Figure 8 se construit à partir de deux catégories principales, que nous explorerons successivement.



Figure 8: Arbre thématique des contenus abordés par les intervenants



**Caractéristiques personnelles.** On distingue six *caractéristiques personnelles des intervenants* qui, de leur point de vue, influencent leur adoption des guides de pratique.

La première caractéristique, la plus décrite par les répondants, groupe les différents aspects de la personnalité des intervenants. À cet égard, de nombreux traits relevés sont susceptibles de favoriser l'utilisation des guides : « *Je pense que je suis très curieuse. Cela fait partie de ma personnalité, j'aime ce qui est nouveau et être à l'affût de ce qui se passe.* » (R11); « *Je pense que c'est inhérent à la personne elle-même d'abord, dans l'idée que certaines personnes ont ce souci-là d'être toujours à jour ou à l'affût des nouvelles informations* » (R04). À l'inverse, d'autres traits nuisent à l'utilisation des guides selon les répondants : « *Ceux qui sont plus intuitifs, ils vont y aller plus au senti, au feeling dans ce temps-là, ils vont moins se documenter ou ont moins le réflexe d'aller lire sur de nouvelles choses, ou de se référer à des guides ou des documents de référence* » (R05).

La deuxième caractéristique se rapporte à la formation professionnelle des intervenants. Ainsi, plusieurs répondants parlent de l'importance du type de formation : « *J'ai l'impression que le degré de formation aura un impact* » (R14), mais aussi du type d'enseignement reçu : « *L'utilisation de ces guides-là va aussi dépendre de la façon qu'on s'est fait enseigner. Si (...) le prof dit : voici ce que vous devez faire VS. Voici un outil de référence, mais vous devez utiliser votre jugement. Donc c'est vraiment de la manière qu'on se fait dire de l'utiliser qui va déterminer notre utilisation future* » (R07). Pour plusieurs, c'est le fait même d'avoir une formation universitaire qui facilite l'utilisation des guides : « *La formation universitaire permet de développer cet arrimage-là entre ta réflexion et aller chercher des appuis pour te documenter et de toujours baser ton argumentaire, ton analyse clinique en ces termes-là* » (R05).

La troisième caractéristique groupe les différents apports de l'expérience professionnelle des intervenants. L'expérience est perçue comme un facteur nuisant à l'utilisation des guides de pratique tel que l'illustre le témoignage d'un répondant : « *Les jeunes qui sortent de l'Université ont le réflexe d'aller chercher l'info, mais les vieux intervenants viennent à avoir des habitudes* » (R15).

La quatrième caractéristique traite du rôle professionnel de l'intervenant. En effet, comme le rappelle un répondant : « *Selon le mandat à exécuter, on s'y réfère ou non* » (R15). La cinquième englobe les attitudes de l'intervenant à l'égard des guides. Par exemple : « *Il y a des*

*gens qui disent que c'est du pelletage de nuages » (R03). Enfin, la sixième et dernière caractéristique individuelle regroupe les habiletés de l'intervenant quant à sa capacité à repérer et utiliser les guides. Par exemple, parmi les raisons motivant son utilisation des guides de pratique une répondante affirme : « Je dirais que c'est une de mes forces de trouver l'information, c'est dans mon caractère de psychoéducatrice. Je suis capable de faire la distinction entre une bonne et une mauvaise information » (R11).*

**Caractéristiques de l'environnement.** On distingue quatre *caractéristiques de l'environnement* qui influencent l'adoption des guides de pratique par les intervenants.

La première caractéristique regroupe les influences qui proviennent directement du milieu de travail de l'intervenant. Cet impact peut être positif, comme pour ce répondant : « *Quand le milieu exige les meilleures pratiques, cela aide à les utiliser* » (R16) ou négatif, comme pour cet autre répondant : « *Parfois certains milieux peuvent aller à l'encontre de nos guides ou de nos façons de faire en psychoéducation* » (R02). Le caractère décisif du milieu de travail sur l'utilisation des guides est bien résumé par un répondant : « *Ça rassure, ça sécurise un milieu, d'avoir une procédure, d'avoir des guides pour pouvoir fonctionner. Par mon expérience, je vois une différence entre un milieu où c'est un peu selon la saveur du jour et une place où on est plus rigoureux et on se fie plus à une pratique, sans être dans l'extrême, ça ne règle pas les problèmes, il y a des rigidités parfois dans certaines pratiques. Peut-être que je vais un peu plus loin que les guides, dans une école, je crois qu'il y a un besoin de rigueur et de structure, surtout en intervention auprès des enfants en difficulté* » (R09).

Une difficulté soulevée par tous les répondants et ce indépendamment du milieu, est le manque de temps. Une répondante exprime bien ce point : « *Moi, dans le quotidien ça roule très vite, j'ai de la misère à remplir mes obligations de base qui sont les notes évolutives, de m'asseoir, de réfléchir aux situations et de prendre le pas de recul, des fois on est trop dans le feu de l'action. Donc de dire "je vais lire un guide des bonnes pratiques" ça devient une surcharge, même si au bout du compte ça va peut-être me faire sauver du temps et me rendre plus efficace, mais je suis tellement prise dans le tourbillon, que cet effort-là qui m'est demandé, il est très grand pour moi* » (R10). En outre, la mise en application des guides peut être favorisée par une volonté manifeste et partagée par l'ensemble des acteurs du milieu de mettre en application les guides : « *Il faut s'assurer de la cohésion de la compréhension de toutes les parties de l'organisation* » (R03) ou, autrement dit : « *Si les intervenants reçoivent le guide et*

*que le chef d'unité y est indifférent, que le patron du chef d'unité n'en parle jamais, ni dans ses supervisions individuelles ni dans ses réunions d'équipe, cela va faire patate » (R03).*

Au-delà du milieu direct de l'intervenant, des répondants ont nommé une deuxième caractéristique de l'environnement du psychoéducateur : l'importance de l'OPPQ dans leur utilisation des guides. En effet, tel que le mentionne le répondant 04 : « *C'est sûr que dans un ordre, on n'a pas le choix, on a de la formation continue à faire » (R04).* La mise à disposition des guides de pratique constitue une troisième caractéristique. Comme le rappelle un répondant : « *[Le point le plus important c'est] l'accessibilité. Si on a besoin de chercher ou de s'investir financièrement, on va perdre l'intérêt des gens » (R15).* Finalement, les répondants ont également suggéré des méthodes interactives de transfert de connaissances susceptibles d'augmenter l'utilisation des guides de pratique. Parmi celles-ci, on peut notamment nommer les « *formations » (R01), les « webinaires » (R16), les « groupes de discussion » (R03) ou un « accompagnement dans la mise en application » (R03).*

## **Discussion**

L'analyse quantitative des guides de pratique et l'analyse qualitative de la perception des intervenants face à ceux-ci mettent en évidence deux perspectives différentes et complémentaires.

Selon le croisement des deux analyses, on constate l'impossibilité d'isoler un facteur unique déterminant l'utilisation des guides de pratique. Celle-ci semble plutôt être déterminée par un ensemble de facteurs en relations complexes les uns avec les autres. Toutefois, les variables personnelles et environnementales influencent clairement cette utilisation. En effet, l'analyse de régression logistique séquentielle nous indique que l'ajout des variables mesurant les opinions des intervenants sur les connaissances issues de la recherche contribue significativement à l'explication de l'utilisation des guides de pratique par les intervenants. Par contre l'ajout ultérieur de variables mesurant l'expertise des intervenants pour utiliser les connaissances issues de la recherche ainsi que les facteurs organisationnels ne contribue pas à une amélioration significative de la prédiction de cette utilisation. Pour sa part, l'analyse qualitative permet de mieux comprendre l'expérience des psychoéducateurs, et ainsi de saisir la portée de caractéristiques individuelles comme la personnalité, ou du milieu comme la valorisation des guides, dans la plus ou moins grande utilisation des guides de pratique par des psychoéducateurs. Ce sont donc des dimensions à étudier de façon plus approfondie si l'on

souhaite mieux comprendre l'utilisation des guides de pratique par les intervenants et favoriser leur utilisation.

Au niveau personnel, on constate, comme le prévoyait le modèle de Ramdé et al. (2016), que les attitudes jouent un rôle de premier plan dans la tendance à se référer, ou non, aux guides de pratique. En particulier, les croyances que « les connaissances sont fiables et dignes de confiance » et « les connaissances issues de la recherche servent de guide pour répondre aux exigences de la pratique professionnelle » semblent être des items importants. De plus, l'analyse qualitative fait également ressortir plusieurs facteurs supplémentaires à prendre en considération : la personnalité, la formation professionnelle, l'expérience professionnelle, le rôle professionnel et les habiletés. Plusieurs de ces résultats tels la formation et les attitudes sont cohérents avec les résultats ressortis en sciences sociales (Stamoulos, Parker, et al., 2020) ainsi qu'avec les notions d'« attitude » et d'« habiletés » du modèle de Fischer et al. (2016).

Au niveau environnemental, bien que certains facteurs environnementaux entrent probablement en ligne de compte dans l'explication de la fréquence d'utilisation des guides, ceux étudiés dans notre analyse quantitative ne permettent pas de capturer cet effet. De plus, aucun facteur spécifique ne ressort dans les analyses quantitatives. Il est toutefois possible d'observer les items qui ont été conservés dans l'analyse suite au test T. En effet, dans les facteurs environnementaux, on retrouve notamment : « L'occasion de remettre en question les habitudes et les traditions établies », « Importance accordée par votre établissement au développement professionnel » et « Reconnaissance de l'utilisation de la recherche comme une priorité dans la déclaration de la mission de l'organisation, les politiques et les descriptions d'emploi ». Il est intéressant de voir que ces facteurs ont été conservés alors que des facteurs tels « Le temps disponible » ; « L'accès aux installations et à la technologie » ; « Les incitatifs (rémunération, les honoraires, la réduction de la charge de travail, etc.) » ; « La présence de personnel qualifié pour vous soutenir » n'ont pas été conservés. Cela peut même sembler contradictoire avec certaines réponses qualitatives qui mettent de l'avant l'importance de ces facteurs (notamment le temps) ou les données de la recherche de Stamoulos, Trepanier, et al. (2020b) qui mettait spécifiquement de l'avant l'importance du temps disponible. Cela nous semble toutefois cohérent avec les réponses des intervenants qui parlent de l'importance de la « culture de l'organisation » comme un préalable aux mécanismes de soutien direct.

Un autre point intéressant est le fait que selon l'analyse qualitative, l'appartenance à un ordre professionnel est l'un des facteurs ayant le plus grand impact sur l'utilisation des guides.

Cela est cohérent avec l’item « Soutien de groupes organisés », mais cela semble surtout cohérent avec l’item « Connaissances qui vous servent de guide pour répondre aux exigences de votre pratique professionnelle » qui sont ressortis dans nos analyses quantitatives.

Les répondants ont aussi proposé de nombreuses stratégies que peuvent mettre en place ces organisations pour favoriser l’utilisation des guides de pratique telles que la diffusion, la formation ou l’organisation de groupes de pratique. Pour eux, la diffusion doit clairement être complétée par des techniques plus interactives de transfert de connaissances (Robert et Dagenais, 2014). Toutefois, en accord avec Stamoulos, Trepanier, et al. (2020b) ils soulignent également qu’elles ne pourraient être efficaces si le temps de consultation des guides et l’assimilation de leur contenu n’est pas pris en considération par celles-ci. Cette mise de l’avant par les intervenants de stratégies, apparaît cohérente avec la catégorie « stratégie de soutien » du modèle de Ramdé et al. (2016). Nous n’avions pas inclus celle-ci dans nos analyses quantitatives, les items ne nous semblant pas applicables aux guides. Ce choix devrait sans doute être remis en question dans des recherches ultérieures.

## **Implications**

Une meilleure connaissance des variables influençant l’utilisation des guides de pratique peut offrir des pistes pour tendre à sa généralisation dans la pratique.

Le rôle de la formation apparaît ici particulièrement intéressant. En effet, les répondants ont mis de l’avant l’importance de la formation initiale, ce qui en soi est encourageant puisqu’une telle proposition implique qu’il est possible d’influer l’utilisation des guides de pratique des intervenants avant même le début de leur pratique. En revanche, les aspects précis de la formation favorisant cette utilisation n’ont pas été identifiés. Toutefois, celle-ci semble dépasser l’acquisition de connaissances et d’habiletés et dépendre principalement du développement d’un ensemble de réflexes comportementaux, cognitifs et affectifs que plusieurs répondants qualifient de « culture ». Ce dernier point est intéressant puisque, depuis plusieurs années, il existe une volonté, dans le cadre des formations universitaires, d’intégrer de plus en plus les notions de pratiques basées sur les données probantes (Bond et al., 2021; Spensberger Florian et al., 2020). Celles-ci impliquent une utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves actuelles pour prendre des décisions concernant les soins prodigués à des patients (APA, 2021). Or, comme le rappellent Sackett et al. (2005), qui ont produit

plusieurs ouvrages de référence concernant les pratiques basées sur les données probantes, celles-ci sont principalement tributaires de l'acquisition d'une culture de rigueur scientifique.

Étant donné le rôle important des guides de pratique dans les pratiques basées sur les données probantes, la poursuite de ce changement culturel en psychoéducation pourrait être un facteur clef dans l'augmentation de l'utilisation des guides de pratique. Un exemple de cette évolution culturelle est la restructuration des programmes menée à l'École de psychoéducation de l'Université de Montréal (Dufour et al., 2018). En effet, la structure de ce programme intègre maintenant explicitement des apprentissages cognitifs (Krathwohl, 2002) et affectifs (Krathwohl et al., 1964) à un ensemble de compétences. Ainsi, parmi les compétences visées par la formation, on retrouve l'intégration de la démarche scientifique, qui se décline en un ensemble d'apprentissages cognitifs, à laquelle s'ajoute des apprentissages affectifs de type : « Intégrer les valeurs éthiques associées aux pratiques basées sur les données probantes ». De plus, l'ajout d'apprentissages essentiels associés à l'utilisation des guides de pratique pourrait favoriser leur mise en place dans la pratique. En outre, la mise en place d'une formation spécifique sur les guides de pratique semble cohérente avec les résultats de Stamoulos, Parker, et al. (2020) qui indique que la formation et la supervision concernant les guides sont les facilitateurs les plus souvent cités.

Par ailleurs, considérant qu'il est prioritaire de rendre facilement accessibles les guides de pratique, il importe de se pencher sur l'ensemble des stratégies identifiées par les répondants susceptibles de favoriser leur utilisation. Le fait que les guides soient accessibles sur le site de l'OPPQ paraît constituer une bonne assise de diffusion. Toutefois, il semble nécessaire d'aller plus loin, que ce soit par l'entremise d'une diffusion électronique ou par la mise à disposition d'exemplaires dans les milieux de pratique. Les répondants ont également suggéré la création de formations ou de groupes de discussion. Ces stratégies correspondent globalement aux méthodes utilisées en transfert de connaissances (Robert et Dagenais, 2014). Considérant l'importance accordée aux différents milieux de pratique et à l'ordre professionnel, ces deux sortes d'organisations sont probablement les mieux adaptées pour mettre en place ce type de stratégie.

De même, nous trouvons particulièrement intéressant le rôle des organismes tels que l'OPPQ. En effet, ce n'est pas une variable qui apparaît dans des recensions telle que celle de Fischer et coll. (2016). Pourtant, non seulement c'est un facteur qui est ressorti dans la section quantitative (en particulier, par l'item « Connaissances qui vous servent de guide pour répondre

aux exigences de votre pratique professionnelle »), mais c'est un point qui a été spécifiquement mentionné dans le cadre des analyses qualitatives. Nous ne savons pas si cela est lié à la relative récurrence de la pratique en psychoéducation ou à la particularité du rôle des ordres dans le système de santé québécois, mais l'OPPQ est un acteur nécessaire pour toute démarche visant à augmenter l'utilisation des guides par les psychoéducateurs. Cela concerne également les interventions sur la formation puisque, comme le rappelle Caouette et al. (2021), l'OPPQ joue également un rôle dans l'encadrement de la formation initiale des psychoéducateurs.

Finalement, rappelons que tant les analyses quantitatives que qualitatives ont clairement mis de l'avant qu'aucun facteur pris individuellement ne peut favoriser l'utilisation des guides. Toute tentative pour augmenter leur utilisation devra donc passer par un ensemble d'interventions touchant autant la formation que l'environnement.

### **Conclusion**

L'objectif de cette recherche était de tracer un portrait des facteurs personnels et environnementaux influençant l'utilisation des guides de pratique. Un protocole mixte convergent a été mis en place pour rencontrer cet objectif. Les résultats montrent que ces facteurs influencent bel et bien l'utilisation des guides de pratique, mais ne permettent pas d'identifier clairement des éléments spécifiques qui détermineraient celle-ci. L'analyse quantitative semble toutefois faire ressortir le rôle central des variables mesurant les opinions des intervenants sur les connaissances issues de la recherche. En particulier, les croyances que « les connaissances sont fiables et dignes de confiance » et « les connaissances issues de la recherche servent de guide pour répondre aux exigences de la pratique professionnelle » semblent être des items importants. D'un autre côté, l'analyse qualitative fournit des indications à propos d'éléments qui jouent un rôle important : la personnalité des intervenants, leur formation, rôle et expérience professionnels, leurs attitudes et habiletés liées aux guides, le milieu de travail, les autres organisations, les stratégies de diffusion et les méthodes interactives. Ces facteurs offrent des pistes de solutions pour favoriser l'utilisation des guides de pratique chez les intervenants.

Cette recherche comporte quelques limites. Pour la section quantitative, on en distingue trois. Premièrement, même si les facteurs identifiés contribuent à la fréquence d'utilisation du guide, il est possible que des facteurs importants n'étaient pas inclus dans le CUQ. Ainsi, les variables incluses dans le modèle de Fisher et coll. (2016) et qui n'ont pas été incluses dans le



QUC, devraient être testées. De même, nous ne savons pas comment les différents facteurs identifiés interagissent. Deuxièmement, puisque seuls 9 % des membres de l'OPPQ ont répondu au volet quantitatif, la généralisation des résultats est limitée. Il nous semble d'ailleurs raisonnable de postuler que cet échantillon n'est pas représentatif des membres de l'OPPQ puisque 43 % des répondants avaient un baccalauréat, alors que la maîtrise est exigée à l'OPPQ depuis 2000. Finalement, cette section comporte de nombreuses limites liées à la structure même du questionnaire utilisé (QUC). En effet, celui-ci ayant été prévu pour analyser l'utilisation des connaissances des psychoéducateurs et non spécifiquement l'utilisation des guides par les psychoéducateurs, il était difficile de trouver des items qui soient particulièrement pertinents pour les guides. De plus, l'échelle de mesure de l'utilisation des guides était problématique. Non seulement nous n'avons pas demandé directement le nombre de fois où les intervenants ont utilisé les guides dans la dernière année, mais surtout les réponses proposées n'étaient pas mutuellement exclusives (« Jamais / 1 ou 2 fois/ 3 ou 4 fois/ 4 fois ou plus »). Cette situation nous a poussés à rediviser les réponses entre deux options : 2 fois ou moins / 3 fois ou plus. Non seulement cela n'est pas une division justifiée théoriquement, mais ce recodage nous a poussés à utiliser des statistiques adaptées aux variables dichotomiques qui sont moins puissantes que si nous avions pu conserver une échelle ordinale à quatre réponses.

Pour la section qualitative, on distingue trois limites principales. Premièrement, l'échantillon pour la section qualitative ayant été sélectionné à la suite de la réponse des psychoéducateurs au QUC, il existe un fort risque d'auto-sélection. Deuxièmement, l'analyse ayant été effectuée par un seul codeur, elle pourrait être renforcée par un contre-codage. Troisièmement, il aurait pu être pertinent d'approfondir les entrevues qualitatives (demander l'impact de certains des facteurs ressortant dans le QUC ; demander d'élaborer comment les facteurs personnels et environnementaux interagissent ensemble, etc.). Cette situation était justifiée par le caractère exploratoire de cette étude, mais aurait pu permettre de mieux lier les sections qualitatives et quantitatives.

Malgré ces limites, cette recherche permet d'avoir une première image de l'utilisation des guides de pratique par les psychoéducateurs. Toutefois, celle-ci doit être poursuivie pour pouvoir mieux comprendre les facteurs influençant cette utilisation et comment pouvoir soutenir celle-ci. La première étape, selon nous, est de poursuivre des entrevues qualitatives plus approfondies afin de pouvoir valider les facteurs identifiés dans cette étude et voir si d'autres éléments ressortent. Par la suite, un questionnaire quantitatif pourra être passé à un

échantillon de psychoéducateurs incluant les éléments testés dans notre section quantitative, mais intégrant également les autres éléments identifiés par les études qualitatives et ceux identifiés dans la revue de Fischer et al. (2016). Avec une variable dépendante mesurant le nombre de guides de pratique consultés, il sera plus probable de détecter les variables pertinentes pour les psychoéducateurs. De plus, si l'objectif est de favoriser l'utilisation des guides, les différentes stratégies ici abordées devraient être testées individuellement.

Finalement, les guides de pratique, malgré leur rôle central dans notre système de santé, sont progressivement complétés ou remplacés par d'autres outils tels que les outils d'aide à la décision. Il est donc important pour toute étude ultérieure de commencer à tenir compte de ces nouveaux outils et d'explorer leur utilisation (et les facteurs les influençant) en même temps que celle des guides.

### Références

Andrews, J., Guyatt, G., Oxman, A. D., Alderson, P., Dahm, P., Falck-Ytter, Y., Nasser, M., Meerpohl, J., Post, P. N., Kunz, R., Brozek, J., Vist, G., Rind, D., Akl, E. A. et Schünemann, H. J. (2013). GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: The significance and presentation of recommendations. *Journal of Clinical Epidemiology*, 66(7), 719-725. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2012.03.013>

APA. (2021). *Professional Practice Guidelines for Evidence-Based Psychological Practice in Health Care*. <https://www.apa.org/about/policy/evidence-based-psychological-practice-health-care.pdf>

Austad, B., Hetlevik, I., Mjølstad, B. P. et Helvik, A.-S. (2016). Applying clinical guidelines in general practice: a qualitative study of potential complications. *BMC Family Practice*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0490-3>

Banzi, R., Liberati, A., Moschetti, I., Tagliabue, L. et Moja, L. (2010). A review of online evidence-based practice point-of-care information summary providers. *Journal of Medical Internet Research*, 12(3), e26. <https://doi.org/10.2196/jmir.1288>

Becker, E. M., Smith, A. M. et Jensen-Doss, A. (2013). Who's using treatment manuals? A national survey of practicing therapists. *Behaviour Research and Therapy*, 51(10), 706-710. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.07.008>

Bond, S., Binet, E. et Pudelko, B. (2021). [Using Technology to Optimize the Training

of Mental Health Providers in Evidence-Based Treatment: State of Knowledge]. *Sante mentale au Quebec*, 46(1), 71-95.

Brusamento, S., Legido-Quigley, H., Panteli, D., Turk, E., Knai, C., Saliba, V., Car, J., McKee, M. et Busse, R. (2012). Assessing the effectiveness of strategies to implement clinical guidelines for the management of chronic diseases at primary care level in EU Member States: A systematic review. *Health Policy*, 107(2), 168-183. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.08.005>

Caouette, M., Bégin, J.-Y. et Trudel, D. (2021). La formation des psychoéducateurs et des psycho-éducatrices au Québec : rétrospective et prospective. *Revue de psychoéducation*, 50(2), 205-221. <https://doi.org/10.7202/1084009ar>

Carande-Kulis, V., Elder, R. W. et Koffman, D. M.-. (2022). Standards Required for the Development of CDC Evidence-Based Guidelines. *MMWR supplements*, 71(1), 1-6. <https://doi.org/10.15585/mmwr.su7101a1>

Ciquier, G., Azzi, M., Hébert, C., Watkins-Martin, K. et Drapeau, M. (2020). Assessing the quality of seven clinical practice guidelines from four professional regulatory bodies in Quebec: What's the verdict? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. <https://doi.org/10.1111/jep.13374>

Desjardins, J. (2005). L'analyse de régression logistique. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 1(1), 35-41. <https://doi.org/10.20982/tqmp.01.1.p035>

DiCenso, A., Bayley, L. et Haynes, R. B. (2009a). Accessing preappraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model. *ACP Journal Club*, 151(3), JC3-2-JC3-3.

DiCenso, A., Bayley, L. et Haynes, R. B. (2009b). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence-Based Nursing*, 12(4), 99-101. <https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>

Dufour, S., Geoffrion, S., Hovington, S. et Lehoux, J. (2018). Cahier de programme Baccalauréat et Maîtrise de l'École de psychoéducation de l'Université de Montréal - Document de travail version 2.10.

Field, M. J. (dir.). (1990). *Clinical practice guidelines: Directions for a new program*. National Academies Press. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235751/>

Fischer, F., Lange, K., Klose, K., Greiner, W. et Kraemer, A. (2016). Barriers and strategies in guideline implementation—A scoping review. *Healthcare*, 4(3), 36.

<https://doi.org/10.3390/healthcare4030036>

Francke, A. L., Smit, M. C., de Veer, A. J. et Mistiaen, P. (2008). Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 8, 38. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-8-38>

Fritz, J. M., Cleland, J. A. et Brennan, G. P. (2007). Does adherence to the guideline recommendation for active treatments improve the quality of care for patients with acute low back pain delivered by Physical Therapists? *Medical Care*, 45(10), 973-980. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318070c6cd>

Gaudiano, B. A. et Ellenberg, S. (2014). Psychotherapy in decline: What steps are needed to promote evidence-based practice? *Clinical Practice*, 11(4), 385-388. <https://doi.org/10.2217/cpr.14.22>

Gené-Badia, J., Gallo, P., Caïs, J., Sánchez, E., Carrion, C., Arroyo, L. et Aymerich, M. (2016). The use of clinical practice guidelines in primary care: professional mindlines and control mechanisms. *Gaceta Sanitaria*, 30(5), 345-351. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.01.005>

Guével, M.-R. et Pommier, J. (2012). Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration. *Sante Publique*, 24(1), 23-38.

Gundersen, L. (2000). The effect of clinical practice guidelines on variations in care. *Annals of Internal Medicine*, 133(4), 317-318.

Hormigo Pozo, A., Viciano López, M. Á., Gómez Jiménez, L., Gallego Parrilla, M. D., Orellana Lozano, J. et Morales Asencio, J. M. (2009). Improved effectiveness in the management of cardiovascular risk among type 2 diabetic patients in primary health care. *Atención Primaria*, 41(5), 240-245. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.006>

INESSS. (2012). *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*. Direction de communications et du transfert de connaissances. INESSS. <http://www.inesss.qc.ca/>

INESSS. (2015). *Cadre d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux*. INESSS.

Jin, Y.-H., Zhang, J., Huang, Q., Huang, D., Wang, D.-Q., Wang, Y., Zeng, X.-T., Wang,

X.-H., Tan, L.-M., Khan, K. S., Deng, T., Huang, C., Han, F. et Wang, Q. (2021). Determinants of successful guideline implementation: A national cross-sectional survey. *BMC medical informatics and decision making*, 21(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12911-020-01382-w>

Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J. et Turner, L. A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), 112-133. <https://doi.org/10.1177/1558689806298224>

Johnston, K. N., Young, M., Grimmer-Somers, K. A., Antic, R. et Frith, P. A. (2011). Why are some evidence-based care recommendations in chronic obstructive pulmonary disease better implemented than others? Perspectives of medical practitioners. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. <https://doi.org/10.2147/COPD.S26581>

Krathwohl, D. R. (2002). A revision of Bloom's taxonomy: An overview. *Theory Into Practice*, 41(4), 212-218. [https://doi.org/10.1207/s15430421tip4104\\_2](https://doi.org/10.1207/s15430421tip4104_2)

Krathwohl, D. R., Bloom, B. S., Masia, B. B. et Krathwohl, D. R. (1964). *Taxonomy of educational objectives: Affective domain* (1. ed., reprinted, vol. 2). McKay.

Lesho, E. P., Myers, C. P., Ott, M., Winslow, C. et Brown, J. E. (2005). Do clinical practice guidelines improve processes or outcomes in primary care? *Military Medicine*, 170(3), 243-246. <https://doi.org/10.7205/MILMED.170.3.243>

Liddle, S. D., David Baxter, G. et Gracey, J. H. (2009). Physiotherapists' use of advice and exercise for the management of chronic low back pain: A national survey. *Manual Therapy*, 14(2), 189-196. <https://doi.org/10.1016/j.math.2008.01.012>

Mayer, D. (2010). *Essential evidence-based medicine*. Cambridge University Press.

Midlöv, P., Ekesbo, R., Johansson, L., Gerward, S., Persson, K., Nerbrand, C. et Hedblad, B. (2008). Barriers to adherence to hypertension guidelines among GPs in southern Sweden: A survey. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26(3), 154-159. <https://doi.org/10.1080/02813430802202111>

NCCMT. (2013). *Search pyramids to find research evidence*. McMaster University. <http://www.nccmt.ca/resources/search/181>

Neely, J. G., Graboyes, E., Paniello, R. C., Sequeira, S. M. et Grindler, D. J. (2013). Practical guide to understanding the need for clinical practice guidelines. *Otolaryngology -- Head and Neck Surgery*, 149(1), 1-7. <https://doi.org/10.1177/0194599813487501>

Overmeer, T., Linton, S. J., Holmquist, L., Eriksson, M. et Engfeldt, P. (2005). Do evidence-based guidelines have an impact in primary care? A cross-sectional study of Swedish physicians and physiotherapists. *Spine*, 30(1), 146-151.

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin. <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045.htm>

Peng, C.-Y. J., Lee, K. L. et Ingersoll, G. M. (2002). An Introduction to Logistic Regression Analysis and Reporting. *The Journal of Educational Research*, 96(1), 3-14. <https://doi.org/10.1080/00220670209598786>

Qumseya, B., Goddard, A., Estores, D., Draganov, P. V., Forsmark, C. et Qumseya, A. (2021). Barriers to clinical practice guideline implementation among physicians: A physician survey. *International Journal of General Medicine*, 14((Qumseya, Goddard, Estores, Draganov, Forsmark) Division of Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, University of Florida, Gainesville, FL, United States(Qumseya) College of Public Health&Health Professions, Department of Biostatistics, Children's O), 7591-7598. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S333501>

Ramdé, J. (2012). Utilisation des connaissances issues de la recherche en éducation Validation d'un questionnaire et proposition d'un modèle. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/8876>

Ramdé, J., Dagenais, C. et Nault-Brière, F. (2016). *Rapport de recherche : Portrait de l'utilisation des connaissances issues de la recherche par les psychoéducateurs en exercice*. Université Laval.

Ridde, V. et Dagenais, C. (dir.). (2012). *Approches et pratiques en évaluation de programmes* (Nouvelle édition revue et augmentée). Presses de l'Université de Montréal.

Robert, É. et Dagenais, C. (2014). *Le transfert des connaissances dans le domaine social*. Presses de l'Université de Montréal.

Rochweg, B., Kawano-Dourado, L. et Qadir, N. (2021). How trustworthy guidelines can impact outcomes. *Current opinion in critical care*, 27(5), 544-550. <https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000000858>

Sackett, D. L., Richardson, W. S., Glasziou, P. et Haynes, R. B. (2005). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (3e éd.). Churchill Livingstone.

<http://atrium.umontreal.ca/UM:UM-ALEPH000242474>

Schüle, M.-O., Larivée, S., Dufour, S. et Drapeau, M. (en préparation). *Qu'est-ce qu'un guide de pratique de qualité en psychoéducation?* [article de revue prépublication].

Setkowski, K., Boogert, K., Hoogendoorn, A. W., Gilissen, R. et Balkom, A. J. L. M. (2021). Guidelines improve patient outcomes in specialised mental health care: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, No-Specified. <https://doi.org/10.1111/acps.13332>

Spensberger Florian, Kollar Ingo, Gambrill Eileen, Ghanem, C., et Pankofer Sabine. (2020). How to Teach Evidence-Based Practice in Social Work: A Systematic Review. *Research on Social Work Practice*, 30(1), 19-39. <https://doi.org/10.1177/1049731519852150>

Stamoulos, C., Parker, D., Matejko, E., Dulgar, V., Dagenais, C., Nault-Brière, F. et Drapeau, M. (2020). Chapitre 3: Social science professionals' knowledge, attitudes, and use of clinical practice guidelines: A systematic scoping review. Dans *Clinical practice guidelines in the social sciences: Knowledge, attitudes, and experiences of policy makers and professionals in Quebec*. McGill University.

Stamoulos, C., Trepanier, L., Reyes, A., Dagenais, C., Nault-Brière, F. et Drapeau, M. (2020a). Chapitre 2: Surveys of board of directors: How are guidelines developed, evaluated and approved in Quebec? Dans *Clinical practice guidelines in the social sciences: Knowledge, attitudes, and experiences of policy makers and professionals in Quebec*. McGill University.

Stamoulos, C., Trepanier, L., Reyes, A., Dagenais, C., Nault-Brière, F. et Drapeau, M. (2020b). Chapitre 4: Surveys of professionals: How are guidelines perceived, used, and implemented? Dans *Clinical practice guidelines in the social sciences: Knowledge, attitudes, and experiences of policy makers and professionals in Quebec*. McGill University.

Strain, W. D., Cos, X., Hirst, M., Vencio, S., Mohan, V., Vokó, Z., Yabe, D., Blüher, M. et Paldánus, P. M. (2014). Time to do more: Addressing clinical inertia in the management of type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 105(3), 302-312. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2014.05.005>

Tracy, S. L. (2014). From bench-top to chair-side: How scientific evidence is incorporated into clinical practice. *Dental Materials*, 30(1), 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.dental.2013.08.200>

Trepanier, L., Stamoulos, C., Beauchamp, S., Larivée, S. et Drapeau, M. (2019). Chapitre

4. Practice guideline developers share their views and experiences as members of a guideline development committee within the social sciences. Dans *An investigation into the quality of clinical practice guidelines, the developers who produced them, and an inside look into the guideline development process of regulatory bodies*. McGill University.

Tunguy-Desmarais, G. P. et Muckart, D. J. J. (2013). Evidence-based medicine should be based on science. *South African Medical Journal*, 103(10), 700. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.7406>

Wang, Z., Bero, L. et Grundy, Q. (2021). Understanding professional stakeholders' active resistance to guideline implementation: The case of Canadian breast screening guidelines. *Social Science & Medicine*, 269, 113586. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113586>

Westerlund, A., Ivarsson, A. et Richter-Sundberg, L. (2021). Evidence-based practice in child and adolescent mental health services - The challenge of implementing national guidelines for treatment of depression and anxiety. *Scandinavian journal of caring sciences*, 35(2), 476-484. <https://doi.org/10.1111/scs.12859>

Zeng, X., Zhang, Y., Kwong, J. S. W., Zhang, C., Li, S., Sun, F., Niu, Y. et Du, L. (2015). The methodological quality assessment tools for preclinical and clinical studies, systematic review and meta-analysis, and clinical practice guideline: A systematic review: Methodological quality assessment tools. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 8(1), 2-10. <https://doi.org/10.1111/jebm.12141>



## **Chapitre IV : Discussion générale et conclusion**

## **Résumé des principaux résultats empiriques**

Cette thèse avait comme objectif de brosser un portrait des défis des guides de pratique dans le domaine de la psychoéducation en se centrant sur 1) la qualité des guides et 2) les facteurs personnels et environnementaux influençant leur utilisation en psychoéducation.

### **Défi 1 : La qualité des guides**

Le premier article a permis de conclure que les guides de l'OPPQ font face aux mêmes défis que tous les autres organismes de régulation : comment répondre aux besoins concrets des utilisateurs tout en répondant aux évolutions de la recherche concernant les guides de pratique. Cette difficulté conceptuelle, nous semble un élément clef pour comprendre les différences entre les résultats obtenus en interrogeant les intervenants (Stamoulos, Trepanier, et al., 2020b) et ceux obtenus lors de l'analyse des guides et de leur processus de création (Ciquier et al., 2020; Stamoulos, Trepanier, et al., 2020a; Trepanier et al., 2019).

Actuellement, les intervenants ont une définition large de la notion de guides. En attendant que ce point change, il semble nécessaire de s'assurer que tous les documents de référence, et en particulier ceux des organismes de régulation, soient jugés selon les mêmes critères que les guides de pratique. Dans ce contexte, AGREE-II est un outil pertinent qui permet d'identifier des points d'amélioration possible.

Les résultats obtenus avec cet outil indiquent que les guides en psychoéducation offrent des informations claires et simples d'utilisation. Toutefois, ils présentent également des lacunes importantes dans plusieurs aspects : la rigueur d'élaboration, la participation des groupes concernés, l'applicabilité et l'indépendance éditoriale.

De plus, les entrevues qualitatives ont permis de mettre de l'avant un ensemble d'autres critères spécifiques à la psychoéducation qui doivent être pris en compte pour créer des guides de qualité. Parmi les éléments nommés, on retrouve notamment l'intégration des modèles théoriques, la sensibilisation des clients et des collègues et la précision des cadres légaux.

### **Défi 2 : L'utilisation des guides**

Le deuxième article conclut à l'impossibilité d'isoler un facteur unique déterminant l'utilisation des guides de pratique. Celle-ci semble plutôt être déterminée par un ensemble de

facteurs. Toutefois, les variables personnelles et environnementales influencent clairement cette utilisation.

Au niveau personnel, on constate, comme le prévoyait le modèle de Ramdé et al. (2016), que les attitudes et les habiletés personnelles jouent un rôle premier dans la tendance à se référer ou non aux guides de pratique. En particulier, l'analyse quantitative fait ressortir le rôle central des variables mesurant les opinions des intervenants sur les connaissances issues de la recherche. De plus, les croyances que « les connaissances sont fiables et dignes de confiance » et « les connaissances issues de la recherche servent de guide pour répondre aux exigences de la pratique professionnelle » semblent être des items importants. D'un autre côté, l'analyse qualitative fait également ressortir plusieurs autres facteurs à prendre en considération : la personnalité, la formation professionnelle, l'expérience professionnelle et le rôle professionnel.

Au niveau environnemental, bien que certains facteurs environnementaux entrent probablement en ligne de compte dans l'explication de la fréquence d'utilisation des guides, les facteurs utilisés dans notre analyse quantitative ne permettent pas de capturer d'effets sur notre variable dépendante. Toutefois selon notre analyse qualitative, le milieu de travail et l'appartenance à un ordre professionnel sont des facteurs clés concernant l'utilisation des guides. De façon intéressante, les répondants ont aussi proposé de nombreuses stratégies que peuvent mettre en place ces organisations pour favoriser l'utilisation des guides de pratique telles que la diffusion, la formation ou l'organisation de groupes de pratique. Ils soulignent également qu'elles ne pourraient être efficaces si le temps de consultation des guides et l'assimilation de leur contenu n'est pas pris en considération.

### **Des défis inséparables**

De plus, un élément qui est ressorti de plus en plus au cours de la rédaction de cette thèse est que ces défis ne peuvent pas pleinement être étudiés de façon séparée et que, au contraire ils sont profondément liés l'un à l'autre.

Ainsi, selon le modèle de Fischer et al. (2016), il existe, en plus des facteurs individuels et de l'environnement, une troisième catégorie de facteurs influençant l'utilisation des guides de pratique : les facteurs associés aux guides de pratique eux-mêmes.

Cela est cohérent avec les résultats du premier article qui avaient fait ressortir chez les intervenants que le fait d'utiliser les guides est associé à la notion de qualité telle que perçue par les intervenants. Cela inclut la prise en considération de facteurs complexes tels que le type de contenu, la récurrence des guides, leur exhaustivité, leur précision et leur forme (concret, facilité d'utilisation). Ces résultats sont également cohérents avec d'autres recherches qui ont montré que la qualité des guides était considérée comme un facteur influençant l'utilisation de ceux-ci (INESSS, 2012; Stamoulos, Parker, et al., 2020).

### **L'avenir des guides dans la pratique clinique**

Les deux articles ont ainsi mis de l'avant la complexité de créer des guides de qualité et de favoriser leur utilisation par les intervenants. Cela soulève une question importante : est-ce que les guides de pratique sont réellement les meilleurs outils pour intégrer les connaissances scientifiques dans la pratique en psychoéducation ?

De façon intéressante, la réponse autant du transfert de connaissances (TC) que des pratiques basées sur les données probantes (PBDP) est négative. En effet, dans la perspective du transfert de connaissances, il n'y a simplement pas d'outil intrinsèquement meilleur qu'un autre, mais des outils qui répondent mieux aux objectifs et aux besoins de l'utilisateur (Houlfort et al., 2015). Tel que montré dans le premier article, les guides de pratique n'y répondent que partiellement. Quant aux PBDP, en accord avec la pyramide des données probantes (Figure 3 du chapitre I), il existe un type d'outils supérieur aux guides de pratique : les systèmes d'aide à la décision (DiCenso et al., 2009; Sadeghi-Ghyassi et al., 2022; R. T. Sutton et al., 2020).

Tel que mentionné dans le premier article, les outils d'aide à la décision sont de plus en plus envisagés comme une solution pour répondre aux limites des guides. Cela amène de nombreux débats sur l'intégration des nouvelles technologies aux outils de transfert de connaissances (Vogel et al., 2019), sur la définition des guides de pratique qui intègrent ces nouvelles technologies (Barbui et al., 2014; Girlanda et al., 2017) et surtout sur le nouveau rôle de ces outils d'aide à la décision dans la pratique clinique des intervenants.

Ces réflexions sont d'autant plus présentes qu'au fur et à mesure de la rédaction de cette thèse, l'environnement technologique a fortement changé pour les intervenants et la pandémie de COVID-19 a profondément accéléré le virage numérique dans le réseau de la santé et des services sociaux. Au début de notre rédaction, les outils d'aide à la décision ne semblaient pas

réalistement pouvoir remplacer les guides de pratique dans un avenir proche. Aujourd'hui, nous voyons déjà ceux-ci se développer (Lutz et al., 2022; Schüle et Bonenfant, 2017).

Cette thèse permet d'envisager ces nouveaux outils sous un angle unique en analysant leurs réponses aux limites décelées dans les guides de pratique et donc si effectivement, en accord avec les PBDP, ils ont les caractéristiques nécessaires pour devenir la prochaine catégorie d'outil d'information à favoriser en psychoéducation.

### **Système d'aide à la décision et psychoéducation**

Les outils d'aide à la décision proviennent principalement du domaine médical. En effet, les systèmes d'aide à la décision médicale sont « des applications informatiques dont le but est de fournir aux cliniciens en temps et lieux utiles les informations décrivant la situation clinique d'un patient ainsi que les connaissances appropriées à cette situation, correctement filtrées et présentées afin d'améliorer la qualité des soins et la santé des patients » (Comble et al., 2010, p. 2). C'est le cas, par exemple, des systèmes électroniques tels Uptodate et Dynamed qui combinent les informations scientifiques les plus récentes pour faciliter la prise de décisions par les intervenants (INESSS, 2012). Ces outils occupent un rôle de plus en plus prédominant dans le domaine de la médecine et de la santé (Accenture, 2017; CBINSIGHTS, 2019; Khalifa et al., 2019; MarketsandMarkets, 2018; Sadeghi-Ghyassi et al., 2022; R. T. Sutton et al., 2020).

Ils commencent également à se développer dans le domaine du transfert de connaissances (Brown et al., 2020; Houlfort et al., 2015) et de la santé mentale (Bennett et Doub, 2016; Lutz et al., 2022). Des prototypes sont même déjà utilisés dans des domaines tels que l'anxiété (Benrimoh et al., 2018) et l'autisme (Schüle et Bonenfant, 2017). Le dernier exemple, offrant de l'information personnalisée en autisme, est particulièrement intéressant puisque des psychoéducateurs ont été impliqués tout au long de son développement.

Toutefois, ont-ils la capacité de répondre aux besoins spécifiques de la psychoéducation soulevés dans cette thèse ?

Comme discuté dans l'article 1, le modèle de l'INESS (2012) utilisé pour les cadres de pratique est une bonne base pour transmettre de l'information scientifique aux psychoéducateurs. Or, grâce aux travaux menés par Beauchamp et al. (2015, 2018), celui-ci peut être opérationnalisé informatiquement. En effet, selon le modèle « Assess, triangulate,

converge, and recommend (ATCR) », le support scientifique d'une intervention, l'accord entre ce support scientifique et les données contextuelles ainsi que l'accord entre ce support scientifique et les données expérientielles peuvent tous être quantifiés (Beauchamp et al., 2018). Il devient dès lors possible de créer un système expert d'aide à la décision intégrant ces trois dimensions essentielles.

Ils peuvent également répondre au défi identifié dans le premier article d'intégrer d'autres types d'informations importantes pour les intervenants. En effet, ils peuvent intégrer des approches théoriques, par exemple, à l'aide de systèmes logiques (Dissanayake et al., 2020; Sadeghi-Ghyassi et al., 2022). De même, des systèmes commencent à intégrer certains aspects éthiques dans les prises de décisions (Murphy et al., 2021; R. Sutton et al., 2020) et favorisent ainsi le savoir-être (Chaire d'étude sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et de familles en difficulté, 2015).

Ils peuvent également répondre au défi soulevé dans le premier article de permettre d'atteindre des objectifs plus larges. Par exemple, plusieurs systèmes intègrent déjà des outils pour favoriser la diffusion d'informations à des patients ou des collègues (Richardson et al., 2019). Un point qui avait été identifié particulièrement important pour les intervenants.

Les outils d'aide à la décision sont idéaux pour répondre aux défis de l'exhaustivité et de la précision soulevés par les intervenants dans le premier article. En effet, une structure informatique est optimale pour contenir une grande quantité d'informations, mais en présentant uniquement celle qui est pertinente pour l'intervenant grâce à des systèmes de recherche ou de recommandation automatiques (R. Sutton et al., 2020). De plus, à la suite des développements récents dans le domaine de l'intelligence artificielle, il est possible de faciliter la validation de ces recommandations en automatisant le suivi sous forme de devis à cas unique (Dufour et al., 2020; Lanovaz et al., 2020; Turgeon et Lanovaz, 2020).

Finalement, les outils d'aide à la décision semblent idéaux pour répondre aux défis soulevés dans le deuxième article, puisque leur format électronique les rendent très faciles à diffuser et à intégrer dans des formations (Richardson et al., 2019; R. Sutton et al., 2020).

Il est évident, comme le rappelle l'approche du transfert de connaissances, qu'un outil unique ne pourra pas répondre à tous les besoins. Toutefois, cette nouvelle génération d'outils

de transfert de connaissances semble pouvoir couvrir plus de besoins manifestés par les intervenants.

## **Implications**

Quatre implications principales se dégagent de cette thèse pour le domaine de la psychoéducation. Même si la psychoéducation est le domaine à l'étude dans cette thèse, ces recommandations ont le potentiel d'être pertinentes pour d'autres domaines connexes.

### **1) Se préparer à aller au-delà des guides**

Comme nous l'avons illustré dans la dernière section, les outils d'aide à la décision vont jouer un rôle de plus en plus prépondérant dans la pratique. Il importe de se préparer à ce changement et à jouer un rôle actif dans la détermination des caractéristiques de ces outils. En effet, comme l'a fait ressortir cette thèse, les psychoéducateurs ont des besoins spécifiques qui devraient être pris en considération.

### **2) Améliorer les guides existants**

Toutefois, participer à la préparation de nouveaux outils de transfert de connaissances n'empêche pas de travailler sur l'amélioration des guides actuels. Cette thèse offre plusieurs pistes de travail :

Premièrement, il est nécessaire de s'assurer que les intervenants ont des moyens concrets pour juger de la qualité des documents qui leur sont offerts. Il est nécessaire pour cela que l'OPPQ explicite la méthodologie utilisée pour la rédaction de leurs documents et les déclarations de conflits d'intérêts. Une annexe inspirée du « AGREE Reporting Checklist » (Brouwers et al., 2016) pourra être utilisée à cet effet.

Deuxièmement, des actions doivent être mises en place pour favoriser l'augmentation de l'applicabilité des guides. Des études complémentaires devraient être menées pour identifier plus précisément les points à améliorer. Toutefois, en attendant, nous pouvons proposer deux pistes à explorer :

1. Donner des informations complémentaires sur les items AGREE-II touchant à l'applicabilité (Encadré 1 du chapitre II).

2. S'appuyer sur les éléments ressortis lors des entrevues avec les psychoéducateurs pour ajouter des éléments qui répondent plus précisément à leurs besoins.

Troisièmement, il est nécessaire de s'assurer d'intégrer les groupes concernés dans tout futur guide de l'OPPQ. De façon générale, il semble nécessaire de s'assurer que les psychoéducateurs soient mieux intégrés lors de la création de tout document les concernant.

Même si cette thèse s'est centrée sur les documents de l'OPPQ, ces pratiques pourraient s'étendre à tous les guides utilisés par les psychoéducateurs.

### **3) Rendre les guides plus accessibles aux intervenants et les intégrer dans une approche globale de transfert de connaissances**

Considérant qu'il est prioritaire de rendre facilement accessibles les guides de pratique, il importe de se pencher sur l'ensemble des stratégies identifiées par les répondants de l'article 2 susceptibles de favoriser leur utilisation. Le fait que les guides soient accessibles sur le site de l'OPPQ paraît constituer une bonne assise de diffusion. Toutefois, il semble pertinent d'aller plus loin, que ce soit par l'entremise d'une diffusion électronique ou par la mise à disposition d'exemplaires dans les milieux de pratique. Les répondants ont également suggéré la création de formations ou de groupes de discussion. Ces stratégies correspondent globalement aux méthodes utilisées en transfert de connaissances (Robert et Dagenais, 2014). Considérant l'importance accordée aux différents milieux de pratique et à l'ordre professionnel, ces deux sortes d'organisations sont probablement les plus adaptées pour mettre en place ce type de stratégie.

Toutefois, rappelons que tant les analyses quantitatives que qualitatives ont clairement mis de l'avant qu'aucun facteur pris individuellement ne peut favoriser l'utilisation des guides. Toute tentative pour augmenter l'utilisation de ceux-ci devra donc se baser sur un ensemble d'interventions en accord avec les approches en transfert de connaissances.

### **4) Investir dans la formation sur les guides et les systèmes**

Finalement, il est important de rappeler le rôle de la formation. En effet, les répondants de la deuxième étude ont mis de l'avant l'importance de la formation initiale, ce qui en soi est encourageant puisqu'une telle proposition implique qu'il est possible d'influer l'utilisation des guides de pratique des intervenants avant même le début de leur pratique. En revanche, les



aspects précis de la formation favorisant cette utilisation n'ont pas été identifiés. Toutefois, celle-ci semble dépasser l'acquisition de connaissances et d'habiletés et dépendre principalement du développement d'un ensemble de réflexes comportementaux, cognitifs et affectifs que plusieurs répondants qualifient de « culture ». Ce dernier point est intéressant puisque, depuis plusieurs années, il existe une volonté, dans le cadre des formations universitaires, d'intégrer de plus en plus les notions de pratiques basées sur les données probantes. Celles-ci impliquent une utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves actuelles pour prendre des décisions concernant les soins prodigués à des patients (APA, 2021). Or, comme le rappellent Sackett et al. (2005), qui ont produit plusieurs ouvrages de référence concernant les pratiques basées sur les données probantes, celles-ci sont principalement tributaires de l'acquisition d'une culture de rigueur scientifique.

De plus, la mise en place d'une formation spécifique sur les guides de pratique semble cohérente avec les résultats de Stamoulos et al. (2020) qui indiquent que la formation et la supervision concernant les guides sont les facilitateurs les plus souvent cités.

Selon Sutton et al. (2020), les recommandations amenées ici pour les guides de pratique pourraient également s'appliquer pour l'apprentissage d'utilisation de systèmes. Une formation pourrait dès à présent être offerte afin de préparer les intervenants à ce futur de la réalité clinique.

### **Forces et limites de l'étude doctorale**

Bien que la présente thèse permette de brosser un premier portrait des enjeux entourant les guides en psychoéducation et d'identifier des pistes de solutions, il n'en demeure pas moins que la généralisation et la portée de ces connaissances sont limitées par plusieurs éléments.

La plupart des limites ont précédemment été mentionnées dans les sections de discussion des articles, mais certaines d'entre elles méritent d'être discutées davantage. Une première limite est liée au fait que nous ayons séparé la notion de qualité et d'utilisation dans la structure même de nos articles. En effet, cela nous a empêché d'étudier simultanément les trois facteurs de Fischer et al. (2016) et leurs interactions. Deuxièmement, afin de faciliter la collecte des données et limiter le temps exigé aux répondants, nous avons effectué simultanément l'entretien pour les sections qualitatives pour les deux articles en accord avec le canevas d'entrevue en Annexe I. Cela a pu ajouter à la confusion entre les notions de qualité et d'utilisation

susmentionnée. Troisièmement, même si le cadre de la thèse, par essence, se limitait à la psychoéducation, la psychoéducation et les psychoéducateurs sont, toutefois, profondément intégrés à d'autres professions. Il aurait été pertinent d'aller chercher des informations sur ces autres professions afin d'augmenter la généralisation des résultats. Quatrièmement, rétrospectivement nous pensons que le choix de partir de données secondaires du QUC n'était pas adéquat. Non seulement, l'échelle utilisée par ce questionnaire ne convenait pas à nos besoins, mais le questionnaire n'était pas suffisamment spécifique sur les guides de pratique. Cinquièmement, nous doutons de la représentativité de nos échantillons ce qui amène nos résultats et nos recommandations à devoir être interprétés avec prudence. Finalement, comme nous avons pu le voir, la notion de guides de pratique comprend de nombreux sens pour les divers acteurs concernés. Ainsi, les définitions exprimées par les chercheurs, l'OPPQ, l'INESSS et les psychoéducateurs sont toutes différentes. Avant toute autre recherche, il serait nécessaire de s'assurer du développement d'un lexique commun.

### **Futures études**

Les défis de la qualité des guides et de leur utilisation restent des sujets à approfondir.

Au niveau de la qualité, des recherches devraient être poursuivies pour voir comment les critères proposés dans l'article 1 peuvent être combinés à AGREE-II pour améliorer l'évaluation des guides. De même, il serait pertinent de vérifier si ces questions complémentaires peuvent être utilisées dans d'autres domaines psychosociaux. De plus, il serait intéressant d'étendre ces recherches au-delà des guides développés par l'OPPQ vers un échantillon plus large des guides utilisés par les psychoéducateurs.

Au niveau de l'utilisation des guides, une meilleure connaissance des variables influençant celle-ci peut offrir des pistes pour tendre à sa généralisation dans la pratique. De même, il serait intéressant d'étudier les interactions entre les caractéristiques des guides et leur utilisation dans la pratique.

Finalement, des recherches sur l'évolution des outils de transfert de connaissances doivent être menées, en particulier dans les domaines des outils d'aide à la décision et de la triangulation de données. Ainsi, il serait pertinent que des psychoéducateurs s'associent avec des experts des sciences des données pour participer au développement d'outils d'aide à la décision tel que décrit dans les sections précédentes.

## Conclusion

En conclusion, les guides de pratique, bien que jouant un rôle central dans le système de santé et des services sociaux, recèlent encore de nombreux défis. Cette thèse a permis de mettre en lumière certains des questionnements qui touchent autant les guides eux-mêmes que leur mise en application dans la pratique des psychoéducateurs. Un premier ensemble de solutions a été proposé mais ne représente qu'un premier pas vers une meilleure utilisation des connaissances dans la pratique. Nous espérons sincèrement que d'autres recherches pourront s'appuyer sur ce premier portrait et approfondir nos connaissances des guides de pratique.

Finalement, cette thèse brosse le portrait d'un environnement complexe et en changement. Nous pensons que les défis soulevés dans cette thèse doivent être attaqués en urgence et en tenant compte de l'évolution de notre environnement. Étant donné l'ampleur de ces défis, les nouvelles technologies représenteront des alliées précieuses dans l'amélioration des guides et l'évolution du transfert de connaissances et des pratiques basées sur les données probantes. Nous espérons que la psychoéducation y joue un rôle actif.

## Références

Accenture. (2017). *Artificial intelligence: Healthcare's new nervous System*. Accenture. [https://www.accenture.com/\\_acnmedia/PDF-49/Accenture-Health-Artificial-Intelligence.pdf](https://www.accenture.com/_acnmedia/PDF-49/Accenture-Health-Artificial-Intelligence.pdf)

APA. (2021). *Professional Practice Guidelines for Evidence-Based Psychological Practice in Health Care*. <https://www.apa.org/about/policy/evidence-based-psychological-practice-health-care.pdf>

Barbui, C., Girlanda, F., Ay, E., Cipriani, A., Becker, T. et Koesters, M. (2014). Implementation of treatment guidelines for specialist mental health care. Dans The Cochrane Collaboration (dir.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. CD009780.pub2). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009780.pub2>

Beauchamp, S., Drapeau, M. et Dionne, C. (2015). The development of practice guidelines in the social and human sciences. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 56(4), 357-367. <https://doi.org/10.1037/a0038811>

Beauchamp, S., Drapeau, M. et Dionne, C. (2018). Assess, triangulate, converge, and recommend (ATCR): A process for developing recommendations for practice in the social

sector using scientific, contextual and experiential data. CybelePress.  
<https://doi.org/10.21965/IJHBHTA.2018.001>

Bennett, C. C. et Doub, T. W. (2016). Expert systems in mental health care. Dans *Artificial Intelligence in Behavioral and Mental Health Care* (p. 27-51). Elsevier.  
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-420248-1.00002-7>

Benrimoh, D., Fratila, R., Israel, S., Perlman, K., Mirchi, N., Desai, S., Rosenfeld, A., Knappe, S., Behrmann, J., Rollins, C., You, R. P. et Aifred Health Team, T. (2018). Aifred health, a deep learning powered clinical decision support system for mental health. Dans S. Escalera et M. Weimer (dir.), *The NIPS '17 Competition: Building Intelligent Systems* (p. 251-287). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-94042-7\\_13](https://doi.org/10.1007/978-3-319-94042-7_13)

Brouwers, Kerkvliet, K., Spithoff, K., et AGREE Next Steps Consortium. (2016). The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ*, i1152. <https://doi.org/10.1136/bmj.i1152>

Brown, A., Barnes, C., Byaruhanga, J., McLaughlin, M., Hodder, R. K., Booth, D., Nathan, N., Sutherland, R. et Wolfenden, L. (2020). Effectiveness of technology-enabled knowledge translation strategies in improving the use of research in public health: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 22(7), e17274. <https://doi.org/10.2196/17274>

CBINSIGHTS. (2019). *Top Healthcare AI Trends To Watch*. CBINSIGHTS.  
<https://staging.cbinsights.com/research/report/ai-trends-healthcare/>

Chaire d'étude sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et de familles en difficulté. (2015). Choisir les activités de TUC. Dans *SACO - Stratégies de transfert et d'utilisation des connaissances*. Chaire CJM-IU-UQAM d'étude sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et des familles en difficulté.  
<http://www.saco.uqam.ca/activite/outil-de-soutien-decision>

Ciquier, G., Azzi, M., Hébert, C., Watkins-Martin, K. et Drapeau, M. (2020). Assessing the quality of seven clinical practice guidelines from four professional regulatory bodies in Quebec: What's the verdict? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*.  
<https://doi.org/10.1111/jep.13374>

Comble, P. H., Renaud-Sakis, J.-L., Lagouarde, P. et Darmoni, S. (2010). *Étude sur les systèmes d'aide à la décision médicale: étude comparative - livrable 1: Synthèse. Étude commanditée par la Haute Autorité de Santé et réalisée par Cegedim-Activ*. Cegedim-Activ.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-01/etude\\_sadm\\_synthese.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-01/etude_sadm_synthese.pdf)

DiCenso, A., Bayley, L. et Haynes, R. B. (2009). Accessing preappraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model. *ACP Journal Club*, 151(3), JC3-2-JC3-3.

Dissanayake, P. I., Colicchio, T. K. et Cimino, J. (2020). Using clinical reasoning ontologies to make smarter clinical decision support systems: A systematic review and data synthesis. *J. Am. Medical Informatics Assoc.* <https://doi.org/10.1093/jamia/ocz169>

Dufour, M. - M., Lanovaz, M. J. et Cardinal, P. (2020). Artificial intelligence for the measurement of vocal stereotypy. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 114(3), 368-380. <https://doi.org/10.1002/jeab.636>

Fischer, F., Lange, K., Klose, K., Greiner, W. et Kraemer, A. (2016). Barriers and strategies in guideline implementation—A scoping review. *Healthcare*, 4(3), 36. <https://doi.org/10.3390/healthcare4030036>

Girlanda, F., Fiedler, I., Becker, T., Barbui, C. et Koesters, M. (2017). The evidence-practice gap in specialist mental healthcare: Systematic review and meta-analysis of guideline implementation studies. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 210(1), 24-30. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.179093>

Houffort, N., Descheneaux, J., Labelle, P., Marion, C., Gervais, M.-J. et Martel, B. (2015). *From research to a web-based interactive tool: knowledge transfer within social services organizations. Proceedings of the 16th European Conference on Knowledge Management (University of Udine, Italy, 3-4 septembre 2015)* (édité par A. Garlatti et M. Massaro). Kidmore End, Academic Conferences International Limited. <http://search.proquest.com/docview/1728409046/fulltextPDF/FAE8ECE658784989PQ/1?accountid=14719>

INESSS. (2012). *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*. Direction de communications et du transfert de connaissances. INESSS. <http://www.inesss.qc.ca/>

Khalifa, M., Magrabi, F. et Gallego, B. (2019). Developing a framework for evidence-based grading and assessment of predictive tools for clinical decision support. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 19(1), 207. <https://doi.org/10.1186/s12911-019-0940-7>

Lanovaz, M. J., Giannakakos, A. R. et Destras, O. (2020). Machine learning to analyze

single-case data: A proof of Concept. *Perspectives on Behavior Science*, 43(1), 21-38. <https://doi.org/10.1007/s40614-020-00244-0>

Lutz, W., Deisenhofer, A.-K., Rubel, J., Bennemann, B., Giesemann, J., Poster, K. et Schwartz, B. (2022). Prospective evaluation of a clinical decision support system in psychological therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(1), 90-106. <https://doi.org/10.1037/ccp0000642>

MarketsandMarkets. (2018). *Clinical decision support systems market by component (services, software), delivery mode, product, application, model (knowledge-based), type (therapeutic, diagnostic), interactivity (active, passive), patient care setting: global forecasts to 2023*. MarketsandMarkets.

Murphy, K., Di Ruggiero, E., Upshur, R., Willison, D. J., Malhotra, N., Cai, J. C., Malhotra, N., Lui, V. et Gibson, J. (2021). Artificial intelligence for good health: A scoping review of the ethics literature. *BMC Medical Ethics*, 22(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00577-8>

Ramdé, J., Dagenais, C. et Nault-Brière, F. (2016). *Rapport de recherche : Portrait de l'utilisation des connaissances issues de la recherche par les psychoéducateurs en exercice*. Université Laval.

Richardson, A., Perl, A., Natan, S. et Segev, G. (2019). *A clinical decision support system based on an unobtrusive mobile app*. <https://doi.org/10.5220/0007587001670173>

Robert, É. et Dagenais, C. (2014). *Le transfert des connaissances dans le domaine social*. Presses de l'Université de Montréal.

Sackett, D. L., Richardson, W. S., Glasziou, P. et Haynes, R. B. (2005). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (3e éd.). Churchill Livingstone. <http://atrium.umontreal.ca/UM:UM-ALEPH000242474>

Sadeghi-Ghyassi, F., Damanabi, S., Kalankesh, L. R., Van de Velde, S., Feizi-Derakhshi, M.-R. et Hajebrahimi, S. (2022). How are ontologies implemented to represent clinical practice guidelines in clinical decision support systems: protocol for a systematic review. *Systematic Reviews*, 11(1), 183. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02063-7>

Schüle, M.-O. et Bonenfant, M. (2017). L'intelligence artificielle : une nouvelle voie pour informer en autisme. *Revue CNRIS*, 9(1), 8-13.

Stamoulos, C., Parker, D., Matejko, E., Dulgar, V., Dagenais, C., Nault-Brière, F. et

Drapeau, M. (2020). Chapitre 3: Social science professionals' knowledge, attitudes, and use of clinical practice guidelines: A systematic scoping review. Dans *Clinical practice guidelines in the social sciences: Knowledge, attitudes, and experiences of policy makers and professionals in Quebec*. McGill University.

Stamoulos, C., Trepanier, L., Reyes, A., Dagenais, C., Nault-Brière, F. et Drapeau, M. (2020a). Chapitre 2: Surveys of board of directors: How are guidelines developed, evaluated and approved in Quebec? Dans *Clinical practice guidelines in the social sciences: Knowledge, attitudes, and experiences of policy makers and professionals in Quebec*. McGill University.

Stamoulos, C., Trepanier, L., Reyes, A., Dagenais, C., Nault-Brière, F. et Drapeau, M. (2020b). Chapitre 4: Surveys of professionals: How are guidelines perceived, used, and implemented? Dans *Clinical practice guidelines in the social sciences: Knowledge, attitudes, and experiences of policy makers and professionals in Quebec*. McGill University.

Sutton, R., Pincock, D., Baumgart, D., Sadowski, D., Fedorak, R. et Kroeker, K. (2020). An overview of clinical decision support systems: Benefits, risks, and strategies for success. *npj Digital Medicine*. <https://doi.org/10.1038/s41746-020-0221-y>

Sutton, R. T., Pincock, D., Baumgart, D. C., Sadowski, D. C., Fedorak, R. N. et Kroeker, K. I. (2020). An overview of clinical decision support systems: benefits, risks, and strategies for success. *Npj Digital Medicine*, 3(1), 17. <https://doi.org/10.1038/s41746-020-0221-y>

Trepanier, L., Stamoulos, C., Beauchamp, S., Larivée, S. et Drapeau, M. (2019). Chapitre 4. Practice guideline developers share their views and experiences as members of a guideline development committee within the social sciences. Dans *An investigation into the quality of clinical practice guidelines, the developers who produced them, and an inside look into the guideline development process of regulatory bodies*. McGill University.

Turgeon, S. et Lanovaz, M. J. (2020). Tutorial: Applying Machine Learning in Behavioral Research. *Perspectives on Behavior Science*, 43(4), 697-723. <https://doi.org/10.1007/s40614-020-00270-y>

Vogel, J. P., Dowswell, T., Lewin, S., Bonet, M., Hampson, L., Kellie, F., Portela, A., Bucagu, M., Norris, S. L., Neilson, J., Gülmezoglu, A. M. et Oladapo, O. T. (2019). Developing and applying a « living guidelines » approach to WHO recommendations on maternal and perinatal health. *BMJ Global Health*, 4(4), 1. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001683>

**ANNEXE I : Grille d'entrevue**



Bonjour,

Merci d'avoir accepté cette entrevue. Celle-ci devrait durer environ 45 minutes et a pour objectif de mieux comprendre la perception des intervenants face aux guides de pratique.

Il n'y a aucune bonne ou mauvaise réponse. Je veux juste comprendre au mieux votre point de vue.

Enregistrement

Avant de commencer, je voudrais revoir avec vous le formulaire de consentement.

- Avez-vous des questions ? Y a-t-il des sections que vous souhaitez que nous révisions ensemble ?
- Est-ce que vous consentez à participer à la recherche?

Excellent!

Commençons l'entrevue. Comme je vous le disais, il n'y a aucune bonne ou mauvaise réponse.

1. Comme je vous le disais, je m'intéresse au rapport des intervenants avec les guides de pratique. Je souhaiterais d'abord savoir qu'est-ce qu'un guide de pratique pour vous?
  - a. Pour approfondir :
  - b. Comment décririez-vous un guide de pratique?
    - i. Avez-vous des exemples de guides que vous connaissez?
2. Quelle est la place des guides de pratique dans votre pratique?
  - a. Pour approfondir :
    - i. En avez-vous déjà utilisé? Lesquels? Pourquoi?
    - ii. Qu'avez-vous trouvé de positif dans cette expérience?
    - iii. Qu'avez-vous trouvé de négatif dans cette expérience?
3. Qu'est-ce qu'un bon guide de pratique, selon vous? Qu'est-ce qu'un mauvais guide de pratique?
  - a. Pour approfondir :
    - i. Trouvez-vous que tous les guides se valent? Si non, pourquoi?
4. Qu'est-ce qui fait, selon vous, que des intervenants utilisent des guides de pratique ou pas?
  - a. Pour approfondir :
    - i. Pensez-vous que certains intervenants ont plus tendance à utiliser des guides? Lesquels?
    - ii. Pensez-vous que certains milieux ont plus tendance à utiliser des guides? Lesquels?
5. Est-ce qu'on devrait augmenter l'utilisation des guides de pratique chez les intervenants, selon vous?
  - a. Pour approfondir :
    - i. Pourquoi?
    - ii. Comment? (si oui)

Voilà, nous avons terminé. Je vous remercie sincèrement pour votre aide.

Si vous l'acceptez, je vous avertirai lors de la publication de ma thèse doctorale.

Je vous souhaite une excellente journée.

**ANNEXE II : Documents produits par l'OPPQ analysés dans cette thèse**

## Guides et cadres de référence

- Roy, G. (2014). *Guide de survie du témoin à la Cour*. Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec.
- OPPQ. (2014d). *Guide de démarrage en pratique privée*. Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec.  
[https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/Guide\\_de\\_d\\_marrage\\_en\\_pratique\\_priv\\_e.ashx?la=fr](https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/Guide_de_d_marrage_en_pratique_priv_e.ashx?la=fr)

## Normes d'exercice

- OPPQ. (2014e). *La tenue de dossiers en psychoéducation*. Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec.  
[https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/La\\_tenue\\_de\\_dossiers\\_en\\_psycho\\_ducation.ashx?la=fr](https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/La_tenue_de_dossiers_en_psycho_ducation.ashx?la=fr)
- OPPQ. (2014f). *La tenue d'un dossier de consultation ou de supervision en psychoéducation. Normes d'exercice*. Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec.  
[https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/La\\_tenue\\_d\\_un\\_dossier\\_de\\_consultation\\_ou\\_de\\_supervision\\_en\\_psycho\\_ducation.ashx?la=fr](https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/La_tenue_d_un_dossier_de_consultation_ou_de_supervision_en_psycho_ducation.ashx?la=fr)
- OPPQ. (2016). *Norme d'exercice sur la formation continue*. Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec.  
<https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Formation/2016%20Norme%20dexercice%20en%20formation%20continue.ashx?la=fr>

## Lignes directrices

- OPPQ. (2014g). *L'évaluation psychoéducative de la personne en difficulté d'adaptation : Lignes directrices*. Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec.  
[http://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/Evaluation\\_psychoeducative\\_2014.ashx?la=fr](http://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/Evaluation_psychoeducative_2014.ashx?la=fr)
- OPPQ. (2014a). *Déterminer un plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation. Lignes directrices*. Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec.  
<https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/LignesdirectricesDterminerunPI.ashx?la=fr>
- OPPQ. (2014c). *Évaluer une personne dans le cadre d'une décision du Directeur de la protection de la jeunesse ou du tribunal en application de la Loi sur la protection de la jeunesse. Lignes directrices*. Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec.  
[https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/Lignes\\_directrices\\_LPJ.ashx?la=fr](https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/Lignes_directrices_LPJ.ashx?la=fr)
- Auclair-Julien, M.-C., Lanovaz, M., Paquette, C., Pelletier, S., Thermidor, G., & Trudel, D. (2013). *Évaluation du retard de développement. Lignes directrices*
- OPPQ. (2013). *L'Utilisation des instruments de mesure. Lignes directrices*. Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec.  
[https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/Lignes\\_directrices\\_sur\\_l\\_utilisation\\_de\\_s\\_instruments\\_de\\_mesure.ashx?la=fr](https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/Lignes_directrices_sur_l_utilisation_de_s_instruments_de_mesure.ashx?la=fr)

- OPPQ. (2014b). *Évaluer un adolescent dans le cadre d'une décision du tribunal en application de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents. Lignes directrices*. Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec.  
[https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/Evaluer\\_LSJPA.ashx?la=fr](https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/Evaluer_LSJPA.ashx?la=fr)
- OPPQ. (2015b). *L'évaluation aux fins d'une dérogation scolaire. Lignes directrices (Troisième édition)*. Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec.  
[https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Soutien\\_professionnel/Drogation%20scolaire%2020150818%20final%20002%20janvier%202016.ashx?la=fr](https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Soutien_professionnel/Drogation%20scolaire%2020150818%20final%20002%20janvier%202016.ashx?la=fr)
- OPPQ. (2015a). *Évaluer un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique*. Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec.  
<https://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/valuer%20lve%20handicap%20Plan%20dintervention%20LIP31%20mars%202016.ashx?la=fr>

### **ANNEXE III : Complément statistique**

En accord avec les commentaires exprimés lors de la défense de thèse, nous ajoutons les statistiques descriptives de la variable dépendante à deux catégories et des variables indépendantes (Article 2)

*Fréquence annuelle d'utilisation des lignes directrices et guides de pratique (dichotomique)*

		Fréquence	Pourcentage valide
Valide	2 fois ou moins	100	31,2
	3 fois ou plus	221	68,8
	Total	321	100,0
Manquant	Systeme	65	
Total		386	

Pour les blocs les variables utilisent une échelle de 1 "entièrement en désaccord" à 5 "entièrement en accord". Les résultats sont les suivants :

*Statistiques descriptives (Bloc1)*

	N	Moyenne	Ecart type
Connaissances sont faciles à trouver	282	3,2199	1,03733
Connaissances sont faciles à comprendre	282	3,3936	0,88343
Connaissances sont pertinentes à votre réalité	282	3,4681	0,86903
Connaissances sont fiables et dignes de confiance	281	3,9715	0,71657
Connaissances sont utiles pour guider ou améliorer vos pratiques	281	3,9502	0,80023
Connaissances vous servent de guide pour répondre aux exigences de votre pratique professionnelle	280	3,6071	0,93668

*Statistiques descriptives (Bloc2)*

	<u>N</u>	<u>Moyenne</u>	<u>Ecart type</u>
Habilité à lire et à comprendre les publications de recherche	244	3,6557	0,75654
Habilité à trouver des synthèses de recherches (ex. : guides de pratiques) répondant à vos besoins. Notamment, par l'utilisation des technologies de l'information telles qu'Internet, des bases de données, etc	244	3,25	0,92463
Habilité à évaluer la qualité et la validité des synthèses de recherches (ex. : guides de pratiques)	244	3,0492	0,91492
Habilités à appliquer l'information à des cas individuels (données probantes aux préférences personnelles, aux valeurs, aux inquiétudes et aux attentes du client ainsi qu'aux spécificités du milieu d'intervention)	243	3,4568	0,82896
Habilité à identifier les lacunes dans vos connaissances et à formuler clairement vos besoins d'information	243	3,6584	0,79422
Habilité à identifier les similitudes et les différences pertinentes entre le contexte et celui de la pratique	243	3,4938	0,8878

*Statistiques descriptives (Bloc3)*

	<u>N</u>	<u>Moyenne</u>	<u>Ecart type</u>
Occasions de remettre en question les habitudes et les traditions établies	240	3,775	0,9764
Importance accordée par votre établissement au développement professionnel	240	4,1667	0,94478
Soutien de groupes organisés tels que les syndicats, les organismes subventionnaires ou les médias	240	3,0917	0,99367
Reconnaissance de l'utilisation de la recherche comme une priorité dans la déclaration de la mission de l'organisation, les politiques et les descriptions d'emploi	240	3,7583	1,06677