

La création et l'utilisation de guides de pratique en travail social : illustration d'une pratique en contexte d'autonégligence

Jessica Calvé, M.Sc., Collaboratrice, Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées

jessica.calve@usherbrooke.ca

Marie Beaulieu, Ph.D., Professeure, École de travail social, Université de Sherbrooke, Membre du centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS Estrie-CHUS

Marie.beaulieu@usherbrooke.ca

RÉSUMÉ :

Devant la complexité des problèmes sociaux auxquels ils sont confrontés, des travailleurs sociaux tireraient profit de la création d'outils les soutenant dans leurs interventions. Les guides de pratique répondent à ce besoin puisqu'ils mobilisent des données probantes dans le but de soutenir la prise de décision des praticiens sans proposer un protocole rigide. À cet effet, les écrits sur la création et l'utilisation des guides de pratique, qui proviennent essentiellement du domaine de la santé, ont été explorés pour en adapter les processus au domaine psychosocial. Cet article expose la démarche innovante permettant la création et l'utilisation de guides de pratique dans le domaine des services sociaux, en l'illustrant au moyen d'une expérience de création d'un guide de pratique appliqué à l'intervention en contexte d'autonégligence chez les personnes âgées.

MOTS-CLÉS :

Guide de pratique, autonégligence, personne âgée, service social

INTRODUCTION

Depuis quelques années, le contexte d'efficience et d'uniformisation des pratiques qui touche entre autres le domaine psychosocial incite des praticiens à demander un plus grand nombre d'outils pour les soutenir dans divers contextes d'intervention (Couturier, Gagnon, Belzile et al., 2013). On retrouve également ce souci chez les intervenants psychosociaux œuvrant auprès des personnes âgées ayant des comportements autonégligents¹. À cet effet, l'étude de Neesham-Grenon (2012) portant sur l'intervention en contexte d'autonégligence chez les personnes âgées au Québec illustre le besoin des travailleurs sociaux d'être outillés sur les plans éthiques, cliniques et légaux. L'auteure établit que bon nombre de travailleurs sociaux ne disposent pas d'information suffisante pour bien comprendre ce problème social et se disent démunis dans leurs interventions auprès d'ânés autonégligents. Plus précisément, les travailleurs sociaux ont pour principaux défis la gestion du risque, la non-collaboration des personnes autonégligentes ainsi que la recherche d'un équilibre entre la protection et la sécurité des personnes âgées, d'une part, et leur autonomie et autodétermination, d'autre part (Pelletier et Beaulieu, 2015).

1. L'autonégligence comprend une vaste gamme de comportements, répartis sur un continuum d'intensité, culturellement et socialement encadrés, effectués de façon intentionnelle ou non, qui résultent en un échec à répondre à ses propres besoins ou à se procurer des soins, et qui présentent un potentiel de conséquences négatives sur le bien-être, la santé et la sécurité de la personne et d'autrui (inspiré de Neesham-Gagnon, 2012). Les comportements autonégligents peuvent se manifester dans diverses sphères de la vie d'une personne : son environnement physique, son hygiène personnelle, sa santé, ses biens et des aspects psychosociaux (Calvé et Beaulieu, 2016).

À cet effet, un guide de pratique peut permettre aux travailleurs sociaux de connaître les nouvelles pratiques basées sur des données probantes à propos d'un thème précis, une fois leur formation scolaire terminée. Popularisés dans les années 1990 dans le domaine de la santé, les guides de pratique s'inscrivent dans un mouvement fortement influencé par une culture de prise de décisions fondées sur des données scientifiques, soit la *evidence-based medicine*, qui, plus tard, deviendra la *evidence-based practice* dans le domaine psychosocial (AMC, 2007; INESSS, 2015). Les guides de pratique font donc partie des pratiques basées sur des données probantes, au même titre que la mobilisation de connaissances par l'entremise de colloques ou de parutions dans diverses revues. Ils constituent un excellent moyen de mobiliser des connaissances scientifiques dans la pratique. De plus, étant plus flexibles que des protocoles, ils ne remplacent pas le jugement clinique des praticiens (INESSS, 2012, 2015).

Cependant, dans le domaine de l'autonégligence chez les personnes âgées, il existe quelques outils de repérage aux États-Unis (Day et McCarthy, 2016), mais on ne retrouve aucun outil d'intervention tel qu'un guide de pratique. Afin de combler cette lacune, un guide de pratique (Calvé et Beaulieu, 2016)² a alors été développé à partir d'un travail de coconstruction entre une étudiante à la maîtrise en service social de l'Université de Sherbrooke et l'équipe de soutien à domicile pour les usagers ayant une déficience physique du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

Le présent article expose la démarche sous-jacente à la création et à l'utilisation du guide de pratique à l'intention des intervenants psychosociaux œuvrant en contexte d'autonégligence chez les personnes âgées. À partir d'une recension des écrits portant sur les guides de pratique dans le domaine de la santé et le domaine psychosocial, une modélisation de la démarche de création et d'utilisation d'un guide de pratique sera présentée. Ensuite, cette modélisation sera illustrée d'un exemple pratique. En somme, le présent article vise à encourager les travailleurs sociaux et les thérapeutes conjugaux et familiaux à s'engager dans la création et l'utilisation de guides de pratique.

1. État des connaissances sur les guides de pratique

Une recension des écrits a permis de cerner l'état des connaissances sur la création et l'utilisation d'un guide de pratique³. Celle-ci a été menée en anglais et en français dans trois banques de données utilisées en travail social gérontologique, soit *Ageline*, *Abstracts in Social Gerontology* et *Social Work Abstracts* pour des résultats scientifiques, puis dans le moteur de recherche *Google* pour des résultats tirés de la littérature grise. Une déclinaison de mots-clés dont « guide de pratique », « création », « utilisation », « personne âgée » et « service social » a été utilisée lors des recherches.

1.1 Définition d'un guide de pratique

La recension des écrits permet de constater que dans le domaine de la santé, plusieurs écrits, essentiellement tirés de la littérature grise, exposent des normes de création et d'utilisation de guides de pratique. Ces écrits proviennent d'instances telles que l'Association médicale canadienne (AMC, 2007), la Haute autorité de santé, en France (HAS, 2007, 2010, 2015), le

2. Le guide de pratique est disponible gratuitement sur le site Internet de la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées : http://www.maltraitancedesaines.com/images/Guide_auton%C3%A9gligence_franco_final.pdf. Cet outil s'adresse à tout intervenant amené à œuvrer auprès de personnes autonégligentes. Son utilisation se veut simple, ancrée dans la pratique et transférable à divers contextes d'intervention.

3. Cette recension des écrits a été réalisée dans le cadre d'un essai de maîtrise, à consulter pour de plus amples informations : Calvé, J. (2016). *Bonifier la pratique psychosociale en contexte de maltraitance des personnes âgées par la création et l'utilisation de guides de pratique, essai (M.Serv.soc.)*, s. dir. Marie Beaulieu, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, 160 pages. En ligne : http://maltraitancedesaines.com/images/PDF/JessicaCalve_EssaiFinal_juin2016.pdf.

National Institute for Health and Care Excellence, au Royaume-Uni (NICE, 2008, 2016) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2014). Dans le domaine psychosocial, seulement deux instances se sont penchées sur les processus de création et d'utilisation de guides de pratique, soit le Comité sur les guides de pratique dans le secteur des services sociaux de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux du Québec (INESSS, 2012, 2015), ainsi que le National Institute for Health and Care Excellence, au Royaume-Uni (NICE, 2013).

En regard des définitions proposées par ces deux instances, un guide de pratique n'est pas un protocole, un manuel d'instruction ou un « guide pratique » comme certains cahiers ou dépliants distribués à la population générale. Par ailleurs, un guide de pratique ne constitue ni « un cadre de référence » comprenant des principes généraux d'ordre éthique, économique, juridique, politique ou social propres à un secteur d'activité particulier, ni un « ensemble de lignes directrices », c'est-à-dire des prescriptions fondées sur des règlements, des textes de loi ou des données scientifiques qui déterminent les lignes de conduite ou les façons de procéder en intervention ou qui conseillent sur les moyens de se conformer à une loi ou à un règlement. Aussi les guides de pratique ne sont pas « des normes de pratique », c'est-à-dire des consignes ou des critères qui dictent des lignes de conduite dans un contexte particulier afin de garantir la sécurité, la performance et la qualité des interventions (INESSS, 2012, 2015).

En fait, selon l'INESSS (2015), un guide de pratique constitue essentiellement des :

« Recommandations élaborées de façon systématique et transparente, par et pour les parties prenantes⁴ 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, 2015 : 2)

L'encadré 1 ci-dessous résume les grands objectifs des guides de pratique, selon l'Association médicale canadienne (2007) et la Haute autorité de santé, en France (2015).

Encadré 1 : Les objectifs d'un guide de pratique
Un guide de pratique poursuit plusieurs objectifs (AMC, 2007; HAS, 2015), soit :
- Soutenir la prise de décision du praticien;
- Rendre la prise de décision du praticien plus transparente;
- Harmoniser les pratiques (prévention, détection, intervention ou suivi) et ainsi en réduire la variation;
- Améliorer la qualité des services et leurs résultats ou promouvoir l'utilisation efficiente des ressources;
- Réduire les interventions inutiles, coûteuses ou à risque;
- Réduire les ruptures dans l'offre de services;
- Repérer les lacunes sur le plan des connaissances et de la pratique, puis attribuer des priorités aux activités de recherche;
- Résumer et promouvoir les résultats de recherche;
- Éclairer les politiques publiques.

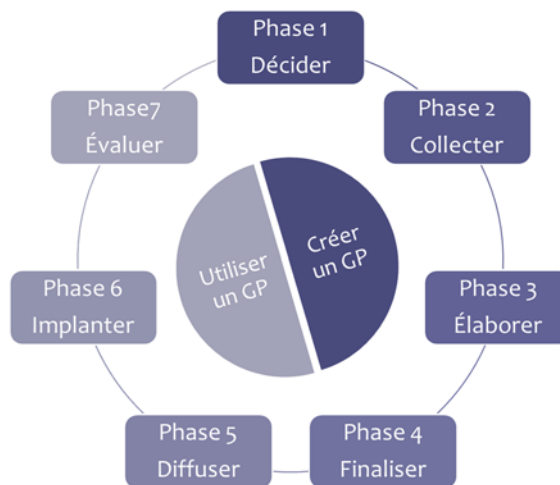
4. L'expression « parties prenantes » réfère aux ressources humaines engagées à chacune des étapes de création ou d'utilisation du guide de pratique, qu'elles soient expertes du thème ou non, par exemple le décideur, le producteur et le documentaliste, pour ne nommer que celles-ci (AMC, 2007; INESSS, 2012, 2015; Nice, 2013; OMS, 2014).

Classés selon leur mode de création, il existe quatre principaux types de guides de pratique, soit le standard, le fusionné, le guide de pratique par intérim et le guide de pratique d'urgence (OMS, 2014). Le guide de pratique abordé dans cet article est de type standard. Il consiste à aborder un point précis ou l'ensemble d'une problématique et porte sur une pratique ou une politique précise.

1.2 Processus de création et d'utilisation d'un guide de pratique

À partir des résultats de la recension des écrits, la création et l'utilisation d'un guide de pratique sont synthétisées en sept phrases spécifiques (voir figure 1). Ces phases sont divisées en étapes interdépendantes et nécessitent un travail de collaboration entre diverses parties prenantes. Pour le propos de cet article, les phases de ce modèle sont présentées de façon linéaire, mais un processus itératif est préférable afin de permettre aux parties prenantes de s'adapter aux imprévus ou de bonifier leur démarche.

Figure 1 : Phases de création et d'utilisation d'un guide de pratique



Phase 1 : Décider de créer un guide de pratique

Avant tout, le demandeur, le décideur, le producteur et le documentaliste précisent la demande. Ils effectuent une collecte et une analyse préliminaire de données afin de cerner l'état des connaissances, des pratiques (y compris la disponibilité de guides de pratique), des besoins et des priorités à propos du thème choisi. Le thème est un amalgame entre la problématique et le contexte de pratique (HAS, 2007, 2010; NICE, 2013; OMS, 2014). Par la suite, ces parties prenantes déterminent la question décisionnelle, qui traduit le thème en un enjeu d'intervention, et elles élaborent des objectifs dont les éléments sont regroupés sous l'abréviation PICOTS : population visée (utilisateurs, bénéficiaires, besoins, croyances, etc.), intervention, comparateur de l'intervention, résultats attendus (*outcomes*), moment de mesurer les effets (*timing*), contexte de l'intervention (*setting*) (INESSS, 2015; OMS, 2014).

Les résultats de la collecte préliminaire de données, la question décisionnelle et les objectifs permettent de déterminer la meilleure stratégie à mettre en place, soit adopter, adapter ou créer un guide de pratique. Dans l'éventualité où le demandeur, le décideur, le producteur et le documentaliste entament le processus de création d'un guide de pratique inédit, ils établissent sa portée, l'échéancier, les facteurs facilitants ou contraignants, la disponibilité et la logistique des ressources nécessaires ainsi que les démarches pour le respect de l'éthique (HAS, 2007;

INESSS, 2012). C'est également durant cette phase que sont établis les collaborations ou les partenariats avec d'autres parties prenantes. Le demandeur, le décideur et le producteur prévoient des stratégies pour diminuer les risques de conflits d'intérêts⁵ ou de bris dans l'engagement à la confidentialité pouvant miner la crédibilité du guide de pratique. Les parties prenantes établissent des balises de communication en précisant le type d'information à échanger et pour quelle raison (AMC, 2007; HAS, 2010, 2015; INESSS, 2015; NICE, 2013).

Phase 2 : Collecter et analyser les données

Avant de se lancer dans la création du guide de pratique, le producteur et le documentaliste formulent une question de pratique, qui traduit la question décisionnelle en une problématique scientifique permettant d'orienter la collecte et l'analyse plus étoffée des données sur le thème ciblé (AMC, 2007; INESSS, 2015; NICE, 2013). Afin de diversifier les sources de données, ils explorent de façon systématique la littérature scientifique et celle qui est qualifiée de grise, émanant de sources telles que des sites Internet de groupes d'intérêts ou d'associations professionnelles, des textes de loi et règlements, des conventions collectives, des codes de déontologie, des politiques d'établissement ou des rapports de recherche (INESSS, 2015; NICE, 2013). Ils collectent également des données contextuelles et expérientielles, par entrevues, études de cas, observations et questionnaires auprès des utilisateurs et des bénéficiaires visés par le guide de pratique. Ensuite, le documentaliste et le producteur effectuent une triangulation des données, soit une analyse permettant d'établir les convergences et les divergences parmi les informations. Ils documentent cette étape sous forme de rapport ou de tableau et rédigent une synthèse de la collecte et de l'analyse des données dans le but d'accorder de la crédibilité au processus et d'inspirer les recommandations du guide de pratique, donc son contenu (INESSS, 2012, 2015).

Phase 3 : Élaborer les recommandations du guide de pratique

Durant la création du guide de pratique, le producteur répond aux objectifs préalablement établis. L'élaboration du contenu et de la configuration du guide de pratique sont parmi les étapes les plus importantes du processus de création de celui-ci et auront un impact majeur sur son utilisation. Le producteur doit donc accorder beaucoup d'importance à l'équité⁶ des recommandations, adopter une terminologie qui convienne aux utilisateurs et aux bénéficiaires visés, respecter leurs besoins et considérer tous les résultats de la triangulation des données. Lorsque nécessaire, il formule des nuances aux recommandations du guide de pratique (AMC, 2007; INESSS, 2015; OMS, 2014). Par la suite, le producteur évalue les effets escomptés des recommandations formulées. Ces effets devraient comporter plus d'avantages que de risques pour les bénéficiaires. S'il y a lieu de s'ajuster, il revient à l'étape de l'élaboration des recommandations et révisé le travail effectué (INESSS, 2015). Ensuite, le producteur passe le flambeau à d'autres parties prenantes, expertes du thème ou non, afin qu'elles révisent le contenu initial et la forme du guide de pratique. Puis, il collige leurs avis et révisé le guide de pratique avant de le finaliser (HAS, 2010, 2015).

5. Un conflit d'intérêts désigne le fait qu'une partie prenante tire avantage de la création ou de l'utilisation du guide de pratique. Il peut être d'ordre financier, commercial, professionnel, personnel ou universitaire, être potentiel ou réel et doit être anticipé dès le début du processus (INESSS, 2015; NICE, 2008). Il ne faut toutefois pas confondre l'obtention d'une subvention avec l'acquisition de profits non justifiés par l'engagement des parties prenantes dans la création d'un guide de pratique.

6. Le principe d'équité exige d'honorer les principes d'autonomie (des utilisateurs et des bénéficiaires du guide de pratique), de non-malfaisance ou de bienfaisance et de justice distributive, d'égalité ou de non-discrimination au sein des services (NICE, 2008; OMS, 2014).

Phase 4 : Finaliser le guide de pratique

La quatrième phase de création d'un guide de pratique, soit sa finalisation, établit le lien entre les processus de création et d'utilisation du guide de pratique. À ce stade, le producteur finalise d'abord le contenu, donc les recommandations du guide de pratique, puis sa forme. Il peut opter pour un format standardisé ou faire preuve de créativité, sachant que plus le format de présentation est pratique et qu'il illustre les propos⁷ contenus dans le guide de pratique, plus celui-ci sera facile à utiliser. Au besoin, le producteur collabore avec un expert du transfert de connaissances et fait appel à nouveau au groupe de révision, aux utilisateurs visés et au demandeur afin de recueillir leurs avis sur le fond et la forme du guide de pratique (INESSS, 2015; OMS, 2014). Puis, par souci de transparence, les parties prenantes finalisent le rapport de leur démarche de création du guide de pratique. Celui-ci prend la forme d'un texte continu bonifié par des graphiques, des tableaux ou des listes. Il inclut entre autres la synthèse de la collecte systématique et l'analyse des données ainsi que de la démarche de création du guide de pratique, comprenant par exemple les sources de financement, les commentaires des experts ou des sous-comités consultés et la description de chaque rencontre de groupe (HAS, 2007, 2010, 2015; INESSS, 2012, 2015; NICE, 2008, 2013).

Phase 5 : Diffuser le guide de pratique

Lors de la phase de diffusion, le producteur annonce la disponibilité du guide de pratique et de la synthèse de la démarche de création. Ces documents sont diffusés auprès du demandeur, des utilisateurs visés, bien entendu, et parfois auprès des bénéficiaires des recommandations. Les stratégies de diffusion du guide de pratique sont de l'ordre d'articles publiés dans divers types de revues, d'outils de vulgarisation tels que des aide-mémoire ou des fiches synthèses, de conférences et de médias de masse, tels que l'Internet, la télévision, la radio et les journaux, des affiches, des lettres d'information ou des brochures (HAS, 2015; INESSS, 2012, 2015; OMS, 2014). Dans l'optique de bonifier les pratiques à grande échelle, cette diffusion vise à joindre les acteurs des milieux de la pratique, de la recherche, de la formation et des politiques sociales.

Phase 6 : Implanter le guide de pratique dans un milieu de pratique

En règle générale, les recommandations d'un guide de pratique sont peu appliquées lorsqu'elles sont simplement diffusées, d'où l'importance de procéder à l'implantation du guide de pratique dans les milieux visés (INESSS, 2012, 2015). Les stratégies d'implantation d'un guide de pratique sont de l'ordre du recours à du matériel éducatif, à des formations passives ou interactives, à des contacts directs dans le milieu, au réseautage ou à des rappels auprès des utilisateurs visés. Ces stratégies visent à laisser le guide de pratique vivre de lui-même, c'est-à-dire qu'une fois implanté dans le milieu, ce dernier ne nécessitera pas, ou peu, de soutien à long terme pour assurer la pérennité de son utilisation (AMC, 2007; INESSS, 2012, 2015; OMS, 2014).

Phase 7 : Évaluer l'utilisation du guide de pratique dans un milieu de pratique

Selon les objectifs préétablis, les retombées escomptées et les changements dans les données probantes sur le thème et les ressources disponibles, l'évaluation du guide de pratique et de son utilisation est effectuée à court, moyen ou long terme à la suite de son implantation dans le milieu visé (AMC, 2007; INESSS, 2012, 2015; OMS, 2014). Cette évaluation, reposant sur un devis qualitatif, quantitatif ou mixte, peut porter autant sur le processus de création que d'utilisation du guide de pratique. À la suite de l'évaluation du guide de pratique et

7. L'illustration des propos passe par une mise en page simple, claire et attrayante, ainsi que par des schémas, des images, des photos, des tableaux et des énumérations (INESSS, 2012, 2015).

de son utilisation, le producteur peut modifier certains éléments susceptibles de l'enrichir. Ces modifications peuvent être effectuées à tout moment, mais selon la norme, un guide de pratique doit être mis à jour entre trois et cinq ans après la fin de la collecte de données tirées de la littérature, contextuelles et expérientielles, peu importe l'ampleur des changements, afin d'assurer sa crédibilité et son applicabilité continues (INESSS, 2015; NICE, 2008, 2013). De plus, les meilleures stratégies de diffusion, d'implantation et d'évaluation d'un guide de pratique sont interactives et sollicitent la participation des utilisateurs visés (INESSS, 2012). À chacune de ces étapes, le producteur peut avoir recours à un expert en transfert de connaissances ou en évaluation ou entreprendre les démarches par lui-même (AMC, 2007).

2. Illustration de la création et de l'utilisation d'un guide de pratique destiné aux intervenants œuvrant auprès de personnes autonomégilentes

Durant l'année 2014, dans le cadre d'un stage de maîtrise en service social de l'Université de Sherbrooke, une recension des écrits sur le thème de l'autonégilence chez les personnes âgées a été réalisée. Celle-ci a permis de constater qu'aucun outil d'intervention n'existait concernant ce problème social, et que des intervenants psychosociaux du Québec ressentaient le besoin d'être outillés dans leur pratique auprès de personnes âgées autonomégilentes (Neesham-Grenon, 2012). Considérant tous ses avantages, la décision de proposer la création d'un guide de pratique afin de répondre à ce besoin a alors été prise (phase 1).

L'équipe du soutien à domicile pour les usagers ayant une déficience physique du CSSS-IUGS, devenu le CIUSSS de l'Estrie-CHUS, semblait idéale pour le projet, puisqu'elle œuvre auprès d'adultes, dont certains ont des comportements autonomégilents et dont les parcours de vie sont diversifiés. Cette caractéristique a permis de collecter des données sur une variété de situations ainsi que de cerner l'évolution des connaissances pratiques au sujet de l'autonégilence. Le groupe des utilisateurs visés était constitué de 12 intervenants psychosociaux, tels que des travailleurs sociaux, des techniciens en assistance sociale, des psychoéducateurs et des techniciens en éducation spécialisée, qui avaient pour objectif de contribuer à la création d'un outil adapté à leur contexte de pratique. Le Tableau 1 ci-dessous énumère les parties prenantes du projet sur l'autonégilence.

Tableau 1 : Parties prenantes du projet sur l'autonégilence

Titre	Personne ou groupe de personne
Demandeur	Des intervenants psychosociaux du Québec (Neesham-Grenon, 2012)
Décideur	Producteur et utilisateurs visés
Producteur et documentaliste	Étudiante à la maîtrise en travail social de l'Université de Sherbrooke
Utilisateurs visés	Des intervenants psychosociaux de l'équipe de soutien à domicile du CIUSSS de l'Estrie-CHUS
Bénéficiaires visés	Adultes et personnes âgées ayant des comportements autonomégilents
Groupe de révision	Utilisateurs visés Professeurs et étudiants de l'École de travail social de l'Université de Sherbrooke
Experts en transfert de connaissance	Des membres de la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées

Puisque le projet de stage devait disposer de peu de ressources et se dérouler sur une courte période de temps, soit 12 semaines à temps partiel, il était prévu que les phases de création et d'utilisation du guide de pratique se chevaucheraient. Les utilisateurs visés ont donc participé simultanément aux phases de collecte et d'analyse de données et à l'élaboration du guide de pratique, alors que les recommandations étaient bonifiées à la suite des échanges entre les parties prenantes.

D'abord, deux entrevues individuelles avec chaque utilisateur visé ont été réalisées (phase 2), l'une au début du projet afin de connaître leur perception du problème et leurs recommandations pour la pratique, puis l'autre vers la fin du projet dans le but d'échanger sur le fond et la forme du guide de pratique. De plus, la lecture de dossiers d'intervention ainsi que l'observation d'interventions à domicile ont permis de faire la triangulation des données entre l'état des connaissances scientifiques et la pratique en contexte d'autonégligence dans le but d'élaborer les recommandations du guide de pratique (phase 3).

Le principal défi rencontré durant la phase d'élaboration des recommandations a été de vulgariser le thème. Une collaboration étroite entre les parties prenantes a donc permis d'éviter les divergences entre le vocabulaire théorique utilisé dans le milieu scientifique et le vocabulaire centré sur l'intervention du milieu de la pratique. Par ailleurs, le guide de pratique contient du texte en italique ou en gras, des schémas, des résumés et des repères visuels. Le contenu et la forme du guide de pratique reflètent donc les besoins et les intérêts des utilisateurs visés (phase 4).

Malgré la présence de plusieurs facteurs facilitants, dont l'appréciation du guide de pratique et le contact direct avec les utilisateurs visés, un échéancier moins court ou un soutien financier additionnel auraient été salutaires pour en assurer une diffusion (phase 5) et une implantation formelle dans un milieu de pratique (phase 6). Il est tout de même possible d'évaluer l'utilisation (phase 7) dans les milieux où il a été diffusé, grâce au soutien des membres de la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, par l'entremise de conférences dans des milieux scolaires, de pratique et de recherche. En somme, les utilisateurs du guide de pratique appréciaient les encadrés et les schémas et ils ont proposé des ajouts, entre autres, de risques encourus par des comportements autonégligents.

En 2016, les processus de création et d'utilisation de la première version du guide de pratique étant complétés, une mise à jour de l'état des connaissances scientifiques et pratiques sur l'autonégligence a été réalisée par des membres de la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées (phase 2). Les résultats de cette recension des écrits ainsi que les commentaires d'utilisateurs du guide de pratique ont mené à l'ajout ou au retrait d'informations contenues dans l'outil (phase 3). De plus, la mise en page du guide de pratique a été finalisée à l'aide d'un graphiste (phase 4). Depuis l'automne 2016, il est activement diffusé (phase 5) à l'échelle locale, nationale et internationale, notamment lors de formations et de conférences, rejoignant ainsi des publics de tous horizons. L'implantation et l'utilisation de cette dernière version du guide de pratique pourraient faire l'objet d'un projet de recherche évaluative (phases 6 et 7).

CONCLUSION

Cet article permet de faire le pont entre les écrits sur les guides de pratique, provenant essentiellement du domaine de la santé, et la pratique dans le domaine psychosocial. Les processus de création et d'utilisation d'un guide de pratique sont illustrés à l'aide d'une expérience relative à l'intervention en contexte d'autonégligence. Il en ressort que ces processus n'ont pas été réalisés de façon aussi systématique ou formelle que le préconisent les écrits. Ceci illustre sans équivoque la nécessité pour le producteur de s'adapter aux utilisateurs, aux bénéficiaires, aux milieux visés tout comme aux enjeux financiers, temporels et matériels.

La flexibilité du producteur, une collaboration avec des parties prenantes diversifiées et une démarche itérative sont des atouts majeurs dans les processus de création et d'utilisation d'un guide de pratique. Ce sont des moyens efficaces de prévention ou des solutions à plusieurs défis, autant pour le processus de création que pour l'utilisation d'un guide de pratique. En effet, ces stratégies permettent de favoriser l'utilité, la faisabilité, la pertinence, la crédibilité, l'acceptabilité, la diffusion, l'implantation et l'efficacité des recommandations du guide de pratique par les parties prenantes, puis d'assurer la qualité et la rigueur de leur évaluation.

Le projet sur l'autonégligence n'a pas permis d'inclure dans la création ou l'utilisation du guide de pratique un acteur clé, soit les bénéficiaires visés, les personnes autonégligentes. Il s'agit en quelque sorte d'une limite inévitable, car compte tenu du peu de ressources allouées au projet et de la difficulté à créer un lien de confiance avec des personnes autonégligentes, faute de temps, il était impossible de les mobiliser davantage.

Par ailleurs, afin d'optimiser les processus de création et d'utilisation d'un guide de pratique, il est tout indiqué de stimuler la collaboration entre les milieux de la recherche, de la pratique et de la formation. Une collaboration est également nécessaire entre les réseaux public, privé et communautaire, entre les secteurs de la santé, des services sociaux et autres secteurs connexes, puis entre les divers paliers gouvernementaux. Ce travail en intersectorialité permet d'accorder de l'importance à toutes les parties prenantes, de briser les mythes (entre autres à propos des rôles de chaque secteur d'activité) et de mettre en commun des valeurs et des moyens complémentaires. À titre d'exemple, par la mobilisation de données probantes sur un thème précis, la création et l'utilisation d'un guide de pratique peuvent mener à l'identification de lacunes quant aux connaissances et aux pratiques, à l'attribution de priorités aux activités de recherche, puis à la bonification de la formation des futurs praticiens.

Enfin, la prépondérance d'écrits sur la création et l'utilisation des guides de pratique provenant du domaine de la santé, combinée au besoin des intervenants psychosociaux d'être outillés dans leur pratique, peut et même devrait inciter le développement de guides de pratique propres aux domaines social et psychosocial. Dans un contexte où l'accent a été mis ces dernières années sur les compétences des travailleurs sociaux (Couturier, Gagnon, Belzile et al., 2013), ces outils élaborés et implantés de façon rigoureuse peuvent constituer une aide précieuse pour les intervenants souhaitant bonifier leurs pratiques sans que leur jugement clinique ne soit estompé par des procédures rigides. Les guides de pratique peuvent ainsi faciliter la réflexivité et les perspectives d'amélioration continue.

ABSTRACT:

Faced with complex social problems, social workers would benefit from the creation of tools to support them with their interventions. Practice guides respond to this need by mobilizing the evidence required to support the decisions taken by practitioners without proposing a rigid protocol. For this purpose, literature mainly from the health field was explored to adapt the process of creating and using practice guides for the psychosocial domain. This article presents an innovative approach to the creation and use of practice guides in the field of social services, illustrating the experience of creating a practice guide applied to intervention in context of older adults' self-neglect.

KEYWORDS:

Practice guide, self-neglect, older adults, social work

RÉFÉRENCES

- Association médicale canadienne (AMC, 2007). *Manuel sur les guides de pratique clinique*, rédigé par D. Davis, J. Goldman et V. A. Palda, Ottawa, 45 pages. En ligne : <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/clinical-resources/CPGhandbook-f.pdf>, consulté le 1^{er} mai 2017.
- Calvé, J. (2016). *Bonifier la pratique psychosociale en contexte de maltraitance des personnes âgées par la création et l'utilisation de guides de pratique, essai (M.S.S.)*, s. dir. Marie Beaulieu, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, 160 pages. En ligne : http://maltraitecedesaines.com/images/PDF/JessicaCalve_EssaiFinal_juin2016.pdf, consulté le 1^{er} mai 2017.
- Calvé, J. (2015). *Guide de pratique sur l'intervention en contexte d'autonégligence chez la clientèle du soutien à domicile en déficience physique*, Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Sherbrooke, 28 pages.
- Calvé, J. et M. Beaulieu (2016). *L'intervention en contexte d'autonégligence, guide de pratique, édition octobre 2016*, en collaboration avec Caroline Pelletier, Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, Sherbrooke, 24 pages. En ligne : http://www.maltraitecedesaines.com/images/Guide_auton%C3%A9gligence_franco_final.pdf, consulté le 1^{er} mai 2017.
- Couturier, Y., Gagnon, D., Belzile, L. et A. Aziz Gbaya (2013). « Pratiques professionnelles fondées sur les résultats probants de la recherche et travail social » : 415-428, dans E. Harper et H. Dorvil (sous la dir.), *Le travail social. Théories, méthodologies et pratiques*, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Day, M. R. et G. McCarthy (2016). Self-Neglect : Development and Evaluation of a Self-Neglect (SN-37) Measurement Instrument, *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 30, n° 4, 480-485.
- Haute autorité de santé (2015). *Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode « Recommandations pour la pratique clinique »*, Service des bonnes pratiques professionnelles, France, 24 pages. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/guide_methodologique_recommandations_pour_la_pratique_clinique.pdf, consulté le 1^{er} mai 2017.
- Haute autorité de santé (2010). *Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode « Recommandations par consensus formalisé »*, Service des bonnes pratiques professionnelles, France, 40 pages. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_methodologique_cf_40_pages_2011-11-03_15-40-2_278.pdf, consulté le 1^{er} mai 2017.
- Haute autorité de santé (2007). *Guide méthodologique. Méthode et processus d'adaptation des recommandations pour la pratique clinique existante*, Service des recommandations professionnelles, France, 50 pages. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/method_process_adaptation_rpc_2.pdf, consulté le 1^{er} mai 2017.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2015). *Cadre d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux*, rédigé par S. Beauchamp, M. Drapeau, C. Dionne et J.-P. Duplantie, 95 pages. En ligne : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Cadre_elaboration_guides_pratique_servicessociaux.pdf, consulté le 1^{er} mai 2017.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (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*, rédigé par S. Beauchamp et J.-P. Duplantie, 85 pages. En ligne : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/ServicesSociaux/Guide_pratique/GuidePratique_ServicesSociaux.pdf, consulté le 1^{er} mai 2017.
- National Institute for Health and Care Excellence (2016). *Process and methods guides. Developing NICE guidelines : The manual*, Londres, 247 pages. En ligne : <https://www.nice.org.uk/Media/Default/About/what-we-do/NICE-guidance/NICE-guidelines/developing-nice-guidelines-manual-prev-draft.pdf>, consulté le 1^{er} mai 2017.

- National Institute for Health and Care Excellence (2013). *Process and methods guides. The social care guidance manual*, Londres, 205 pages. En ligne : <https://www.nice.org.uk/article/pmg10/resources/non-guidance-the-social-care-guidance-manual-pdf>, consulté le 1^{er} mai 2017.
- National Institute for Health and Care Excellence (2008). *Social value judgements. Principles for the development of NICE guidance, Second edition*, Londres, 36 pages. En ligne : <https://www.nice.org.uk/media/default/about/what-we-do/research-and-development/social-value-judgements-principles-for-the-development-of-nice-guidance.pdf>, consulté le 1^{er} mai 2017.
- Neesham-Grenon, F. (2012). *L'intervention en travail social dans les situations d'autonégligence chez les personnes âgées*, Mémoire (M.S.S.), s. dir. Marie Beaulieu, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, 203 pages.
- Pelletier, C. et M. Beaulieu (2015). « Personnes âgées itinérantes, maltraitées ou autonégligentes : nouveaux défis pour l'intervention psychosociale gérontologique », *Vie et vieillissement*, vol. 12, n° 3, 11-17.
- Organisation mondiale de la santé (2014). *WHO Handbook for Guideline Development, 2nd edition*, Genève, 179 pages. En ligne : http://www.who.int/kms/handbook_2nd_ed.pdf, consulté le 1^{er} mai 2017.
- Organisation mondiale de la santé (2002). *The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse*, Genève, 4 pages. En ligne : http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf, consulté le 1^{er} mai 2017.