



INSTITUT
UNIVERSITAIRE
JEUNES EN DIFFICULTÉ

25 ANS
DE VIE
UNIVERSITAIRE!

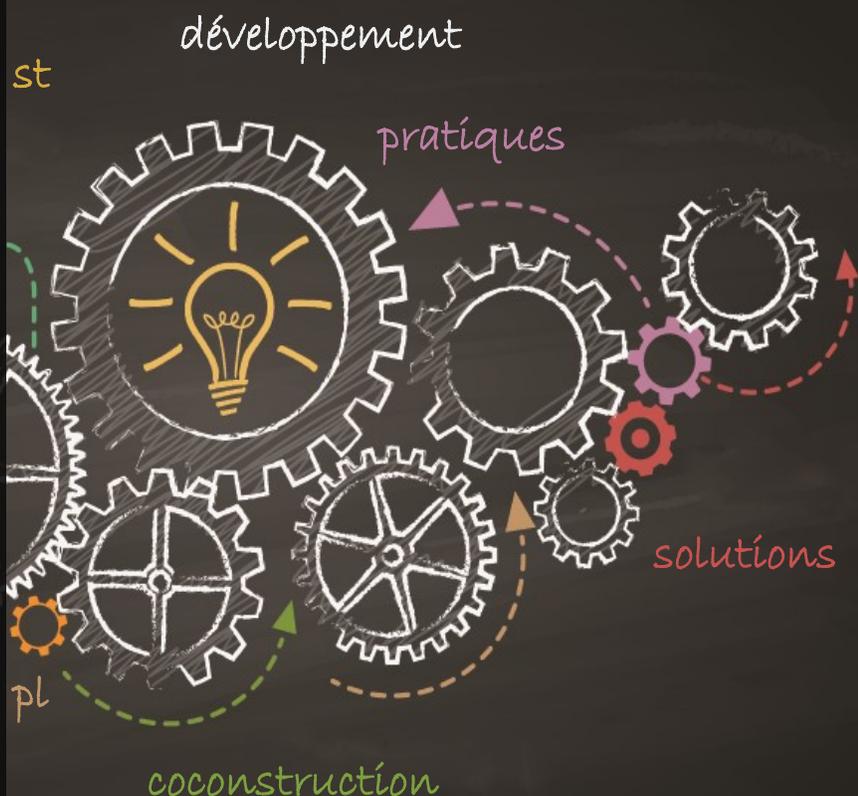
BULLETIN D'INFORMATION

Numéro 12, octobre 2021

Ces bulletins d'information ont pour but d'apporter un éclairage sur certaines situations ou problématiques qui touchent la jeunesse en difficulté.

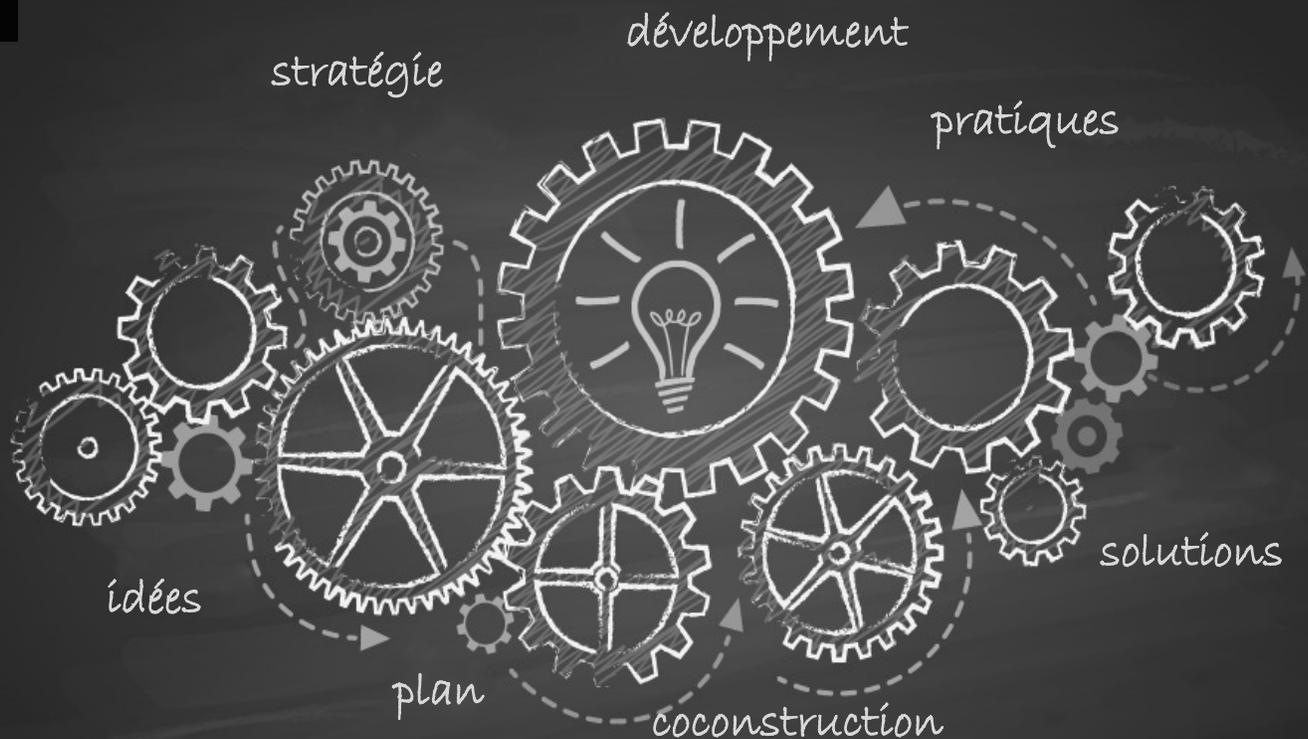
L'institut universitaire *Jeunes en difficulté* regroupe un ensemble de chercheurs et de professionnels qui contribuent au développement de connaissances et de pratiques sur la jeunesse en difficulté du Québec. Ses travaux portent sur les questions de maltraitance, de troubles de comportement, de délinquance, d'intégration sociale, ainsi que sur les pratiques professionnelles des acteurs qui œuvrent auprès des jeunes et des familles en difficulté.

Rédaction: Marie-France Blais¹, Marie-Andrée-Poirier², Lucie Trudel³, Marie-Pierre Joly⁴ et Isabelle-Ann Leclair Mallette⁵



Le développement
de pratiques de
pointe :
l'exemple d'une
pratique complexe
sur les visites
supervisées

Québec 



MISE EN CONTEXTE

À titre d'Institut universitaire, l'un des mandats de l'IUJD du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL) est de développer des pratiques dans le domaine des jeunes en difficulté. Pour soutenir leur développement, le CCSMTL a élaboré un document de référence qui guide le développement de pratiques de pointe⁶. Ce processus est présenté dans ce bulletin, en s'appuyant sur l'exemple d'une pratique qui est maintenant considérée « de pointe ». Cette pratique a permis d'améliorer l'intervention dans le contexte des visites supervisées en protection de la jeunesse (PJ).

L'un des principes de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) est que toute décision prise par les services de protection de l'enfance doit viser à maintenir les enfants dans leur milieu familial. Or, il arrive qu'un enfant

La mission universitaire de l'Institut universitaire Jeunes en difficulté (IUJD) comporte six dimensions: la recherche, l'enseignement, le transfert des connaissances (TC), les pratiques de pointe, l'évaluation des technologies et des modes d'intervention (ETMI) et le rayonnement (MSSS, 2010). Les professionnels du Centre d'expertise de l'IUJD soutiennent spécifiquement le développement de pratiques de pointe.

¹Chargée de projet, Centre d'expertise de l'IUJD

²Chercheure, Université de Montréal

³Conseillère à la mission universitaire, CCSMTL

⁴Chargée de projet, Centre d'expertise de l'IUJD

⁵Chercheure, IUJD

⁶Trudel, L. et Blais, M.-F., 2021.

doive être placé dans une ressource d'accueil. Lors du placement, la plupart des contacts avec les parents seront donc maintenus et favorisés. Par ailleurs, les visites avec le ou les parent(s) seront supervisées par un intervenant si les services de PJ évaluent que le fait de voir le parent est associé à un risque pour la sécurité physique ou émotive de l'enfant.

L'intervention en contexte de visites supervisées est complexe et exige de la part des intervenants beaucoup de savoir-faire et de savoir-être⁷. Plusieurs auteurs ont d'ailleurs souligné la nécessité de mieux outiller, former et accompagner les intervenants en ce qui concerne la décision, la planification et l'accompagnement clinique lors de ces visites supervisées⁸.

Pour répondre à ce besoin, l'IUJD a diffusé en 2016 une formation permettant de s'approprier une nouvelle pratique qui s'intitule : « Pour des visites supervisées bienveillantes en protection de la jeunesse »⁹. Une recherche récente montre ses retombées positives et permet de la qualifier de *pratique de pointe* selon des critères établis par le MSSS¹⁰ et précisés dans le document de référence du CCSMTL¹¹.

DÉVELOPPER DES PRATIQUES DE POINTE

La pratique de pointe est au point de départ une pratique innovante. Une pratique peut être qualifiée d'innovante lorsqu'elle « s'appuie sur des fondements théoriques ou cliniques et répond potentiellement à un besoin social bien défini de manière plus adéquate et plus durable que les autres solutions déjà implantées dans le réseau de la santé et des services sociaux ou dans les organisations partenaires à l'Institut universitaire »¹². Pour devenir une pratique de pointe, la pratique innovante fait l'objet d'un processus de développement spécifique au terme duquel elle devrait répondre aux critères suivants¹³ :

- résulter d'un arrimage entre les milieux de pratique et de recherche;
- être explicitée par sa théorie et ses processus;
- être développée dans une perspective de transfert à d'autres organisations;
- démontrer des retombées positives à la suite d'une évaluation de son expérimentation;
- être implantée dans un ou plusieurs milieux de pratique;
- et être diffusée auprès d'autres établissements.

La pratique peut être une intervention, un programme, un outil d'évaluation, une formation ou encore une pratique de gestion. Elle peut émerger soit du milieu clinique, soit du milieu scientifique ou encore des deux ensemble. Voici en image le processus de développement d'une pratique de pointe adopté par l'IUJD du CCSMTL :

⁷Crisp et al., 2007; Mapp, 2002; Prasad, 2011; Rella, 2010; García-Martín, Fuentes, Bernedo, et Salas, 2019 .

⁸Côté et al., 2014 ; Salas, Fuentes, Bernedo, Garcia-Martin, 2016; Fuentes, Bernedo, Salas-Martinez et Garcia-Martine, 2018.

⁹Blais, M-F ; Côté, C. ; Poirier, M-A et Sellenet, 2016.

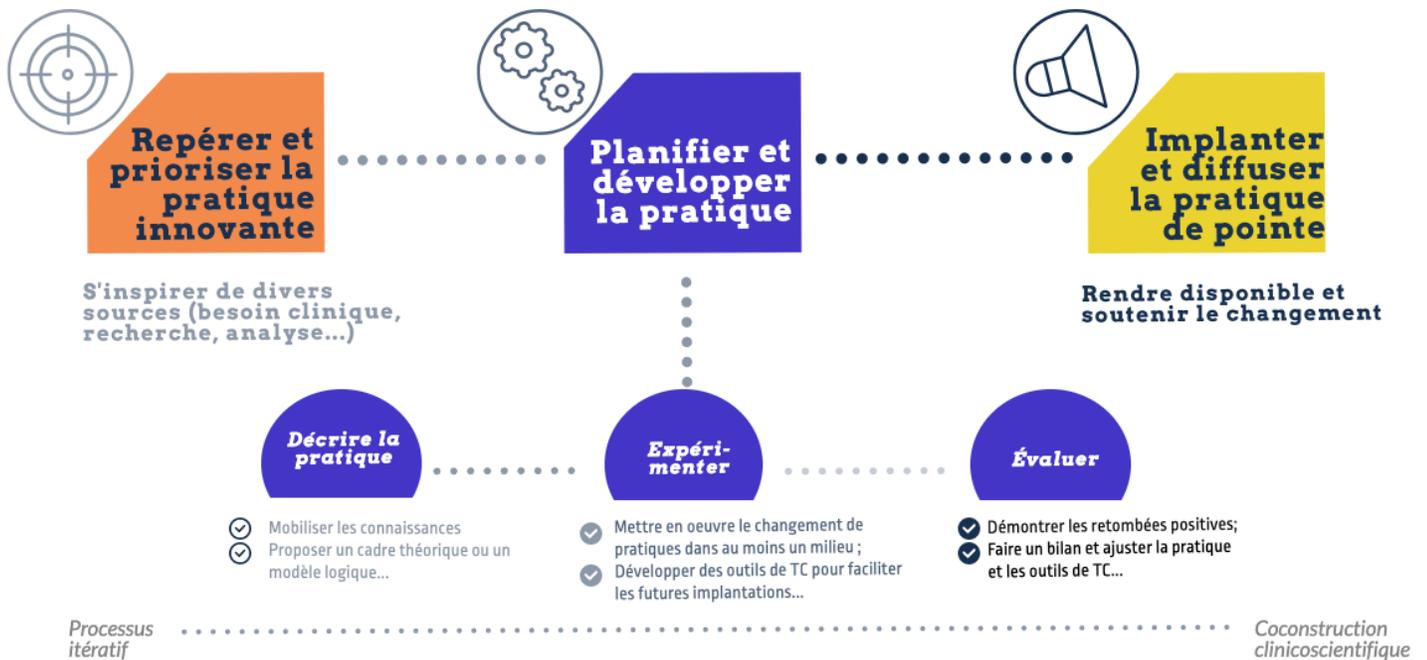
¹⁰Ministère de la Santé et des services sociaux, 2010.

¹¹Trudel, L. et Blais, M.-F., 2021.

¹²Inspirée de Réseau québécois de l'Innovation sociale, 2011.

¹³Trudel, L. et Blais, M-F, 2021, p. 3

Figure 1. Processus de développement d'une pratique de pointe



Chaque étape est reprise et décrite ci-dessous en s'appuyant sur le cadre de référence du CCSMTL, en spécifiant à chacune d'elles la manière dont elle s'est concrétisée dans le projet de développement de la pratique de pointe sur les visites supervisées.



Les pratiques innovantes peuvent émerger d'expérimentation des milieux d'intervention ou encore d'un travail de recherche ou d'analyse autour d'une problématique ou d'un besoin à partir duquel se dessinent des pistes ou s'élaborent des propositions d'action. L'animation d'espaces de discussion entre les milieux clinique et de recherche est propice au repérage d'idées, de besoins et de pratiques innovantes.

La priorisation des projets de développement de pratiques de pointe doit ensuite tenir compte des caractéristiques spécifiques d'une pratique de pointe comme son caractère novateur, son potentiel de transférabilité à d'autres organisations et prendre en compte l'intérêt et la disponibilité d'un chercheur, les disponibilités des ressources humaines et les opportunités de financement. La priorisation s'effectue de concert avec les milieux de pratique concernés par une future expérimentation de la pratique en développement. Le milieu de la recherche peut aussi donner son avis sur la pertinence scientifique d'un projet.

Dans le cas du projet sur les visites supervisées, c'est le besoin de mieux accompagner les intervenants dans la réalisation des visites supervisées qui avait d'abord été identifié par plusieurs gestionnaires et intervenants du Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire. Les gestionnaires mentionnaient notamment que les intervenants abordaient les visites supervisées trop souvent sans cadre d'analyse pour les aider à ajuster leurs interventions en fonction du niveau de risque pour l'enfant de voir son parent sans supervision. Pour les intervenants, les visites supervisées étaient synonymes de malaise et de confusion en regard des objectifs d'intervention visés et de leurs rôles.

Plusieurs établissements du Québec avaient observé des enjeux semblables et élaboré des principes d'intervention dans des guides, mais ces derniers étaient jugés trop généraux selon différents acteurs impliqués au début du projet, pas suffisamment opérationnels et pas assez appuyés sur la littérature scientifique.

Une chercheure associée à l'IUJD s'est intéressée dès le départ au projet. Selon son expérience clinicoscientifique dans le domaine de la PJ, elle confirmait la pertinence de débiter un tel projet. Un consensus clinicoscientifique semblait se dessiner : la nécessité d'élaborer une pratique d'intervention concrète et opérationnelle, appuyée sur la littérature, afin de mieux soutenir les intervenant.e.s dans cette activité clinique complexe.

Le projet de développement d'une pratique sur les visites supervisées a aussi été priorisé parce qu'il répondait à plusieurs critères de priorisation dont :

- Son caractère novateur puisque les pratiques en PJ étaient souvent hétérogènes et il n'existait pas de façons de faire rigoureuses et structurées¹⁴.
- Son potentiel de transférabilité qui réfère au fait que 1) la pratique a le potentiel de répondre à un besoin ou à des défis similaires présents dans des milieux autres que celui d'où elle émerge et; 2) les outils de transfert des connaissances qui seront développées doivent être conçus de manière à faciliter l'implantation dans d'autres organisations. Le projet sur les visites supervisées avait ce potentiel, puisque l'intervention en contexte de visites supervisées en PJ est commune à tous les programmes jeunesse des établissements du Québec et la plupart rencontrait des enjeux similaires, comme est venu le confirmer un échange à la Table nationale des DPJ en début de projet. Ces lieux d'échanges provinciaux sont d'ailleurs essentiels pour la priorisation des projets qui auront un impact sur les pratiques dans l'ensemble du Québec.
- L'anticipation des retombées pertinentes pour le milieu clinique et la population ciblée. Plusieurs observateurs cliniques et chercheurs mentionnaient que la place que prend la supervision des visites est importante dans les pratiques professionnelles des intervenants travaillant en contexte de PJ. Plusieurs auteurs mentionnaient aussi l'importance d'assurer des visites de qualité pour favoriser le bien-être des enfants¹⁵.
- L'intérêt et la disponibilité d'une ou de chercheur.e.s et d'un milieu d'intervention à s'impliquer dans le développement de la pratique étaient deux critères rencontrés.
- Des considérations politiques peuvent parfois faire aussi pencher la balance vers une priorisation du projet. La question des droits de visites revêtait un caractère politique au moment de prioriser le projet. Environ deux ans auparavant, un juge avait ordonné que la grand-mère de trois enfants soit constamment en présence de sa fille lors de ses droits de visites à ses enfants. Or, la grand-mère se serait absentée une vingtaine de minutes lorsqu'un drame s'est produit, mettant en exergue l'importance de la supervision des contacts dans les situations à risque pour les enfants¹⁶.



Planifier et développer la pratique

La planification du projet de développement de la pratique de pointe permet de déterminer les objectifs, les sources de financement possibles, la composition de l'équipe de développement (généralement un chargé de projet, des intervenants, des gestionnaires, un ou des chercheurs ou des professionnels) et le ou les milieux où la pratique pourrait être expérimentée.

Le développement d'une pratique de pointe doit être coordonné par un chargé de projet dont le rôle est de s'assurer du bon déroulement du projet. Le chargé de projet peut être un professionnel du milieu clinique ou un chercheur de l'Institut universitaire.

¹⁴Une analyse des différents guides produits dans différentes régions du Québec a été réalisée dans le cadre de la démarche.

¹⁵Humphreys and Kiraly, 2011; Nesmith, Patton, Christophersen, et Smart, 2015; Schofield et Simmonds, 2011; Côté, Poirier, Dorval et Poirier (2014).

¹⁶La Presse, 4 décembre 2012.

À l'IUJD, la coordination du développement de pratiques de pointe peut aussi être pris en charge par un professionnel du Centre d'expertise dont c'est le principal rôle. À ce rôle s'ajoute souvent la responsabilité de concevoir des outils de TC ou d'appropriation des pratiques développées (p. ex. une formation, un guide, etc.).

Deux professionnelles du Centre d'expertise de l'IUJD ont coordonné à tour de rôle le projet sur les visites supervisées. Ces deux professionnelles ont fait partie de l'équipe de développement, en travaillant de près avec une chercheuse universitaire. Ce trio a co-construit la pratique et co-rédigé la formation. Un comité de travail composé d'intervenants et de gestionnaires de la PJ a aussi influencé le projet tout au long de son développement.

Le public ciblé par le projet est les intervenants des services de la PJ qui réalisent des visites supervisées et l'objectif principal de la pratique est de réaliser des visites supervisées plus cohérentes et bienveillantes, qui s'appuient sur des connaissances clinicoscientifiques.



Pour développer une pratique, l'équipe de développement doit décrire la pratique et ses fondements théoriques. Pour ce faire, un processus de **mobilisation des connaissances**¹⁷ est souvent utilisé. La description de la nouvelle pratique devrait, en fin de processus, inclure un modèle logique¹⁸ ou un cadre théorique.

Afin de s'assurer que la valeur de la pratique développée soit reconnue tant par la recherche que la pratique, cette mise en commun s'effectue idéalement selon une approche de **coconstruction**¹⁹. Cette approche de collaboration repose sur la reconnaissance d'inégalités, c'est-à-dire que certaines formes de savoirs sont parfois valorisées au détriment d'autres. Elle vise donc à les réduire en reconnaissant aux parties leur apport incontestable dans cette production. De plus, la proximité entre les milieux de pratique et de recherche ainsi que les autres parties prenantes concernées (par exemple les populations qui bénéficieront de cette pratique, les décideurs, le grand public) facilite l'appropriation de la nouvelle pratique par le public ciblé. Le chargé de projet ou l'équipe de développement joue un rôle de traducteur entre ces milieux.

La mobilisation des connaissances c'est : une mise en commun des connaissances scientifiques, cliniques et expérientiels qui peuvent provenir de plusieurs sources⁴ comme une revue de littérature, une entrevue de groupe avec des cliniciens, des outils cliniques, de la consultation avec des chercheurs, des échanges provenant d'un séminaire clinique, etc.

La coconstruction des connaissances réfère au processus selon lequel des acteurs impliqués dans un projet, provenant des milieux de la recherche et de la pratique, échangent de l'information, confrontent leurs points de vue sur la connaissance mobilisée et statuent ensemble sur le descriptif de la pratique qui sera expérimentée. Le processus est structuré et réflexif et s'appuie sur la mise en commun d'expertises complémentaires (intervention, gestion, recherche, pédagogie/transfert des connaissances...).

Un modèle logique est un « outil visuel visant à décrire un programme dans sa logique (ou sa théorie) fondamentale. [Il] illustre le contenu (quoi ?), les destinataires (qui ?) et la raison d'être (pourquoi ?) du programme ».

¹⁷Ellisalde et coll., 2010

¹⁸Porteous, N., 2012, p. 87

¹⁹Adapté de Ellisalde et coll., 2010

Dans la réalité, le processus de développement est souvent itératif. Une des particularités du projet sur les visites supervisées est que la description de la pratique s'est réalisée en deux grandes étapes :

- La pratique a d'abord fait l'objet d'une mobilisation des connaissances. Les premiers outils de TC ont été développés et diffusés.
- La pratique a ensuite été précisée, de manière encore plus opérationnelle, dans le cadre d'un processus de conception d'une formation, dont le but est un changement des pratiques.

Voici une description détaillée des étapes de développement de ce projet :

Mobiliser les connaissances clinicoscientifiques

Afin de recueillir les renseignements suffisants pour développer la pratique, un processus de mobilisation des connaissances s'est appuyé sur plusieurs activités cliniques et scientifiques comme :

- une revue de littérature²⁰. Elle est notamment venue mettre en lumière le fait que plusieurs auteurs, provenant tant d'ici que d'ailleurs, soulignent la nécessité de mieux outiller, former et accompagner les intervenants dans le cadre des visites supervisées;
- des entrevues de recherche auprès d'intervenants ayant une expertise entourant les visites supervisées (N=14). L'objectif était de repérer les pratiques et les outils utilisés par des intervenants reconnus par leurs pairs dans la réalisation de visites supervisées de qualité;
- l'observation et l'analyse de visites supervisées réelles, filmées et une entrevue conduite ensuite afin d'obtenir la rétroaction de l'intervenant sur son intervention (N=8);
- un recensement et une analyse des guides de pratiques disponibles dans les établissements du réseau;
- deux séminaires cliniques où des cas réels sont analysés par des cliniciens et des chercheurs (ceux-ci ont été filmés, diffusés et en partie intégrés à la formation);
- Plusieurs présentations des résultats de la recherche ont été réalisées et les rétroactions reçues par les cliniciens ont permis d'enrichir les connaissances clinicoscientifiques cumulées.

À cette étape, l'approche de coconstruction s'est entre autre concrétisée par le soutien du comité de travail pour faciliter la mise en place de ces activités, par une analyse conjointe de la documentation issue de la mobilisation des connaissances par la chercheuse et la professionnelle du Centre d'expertise de l'IUJD ayant une grande expérience clinique et, finalement, par une rétroaction du comité sur les grandes lignes de la démarche proposée pour réaliser des visites supervisées plus cohérentes et bienveillantes.

Créer les premiers outils de transfert de connaissances dans le but de sensibiliser

Les principaux jalons de la pratique et la théorie sous-jacente ont été diffusés dans un article d'une revue professionnelle²¹ et dans un outil synthèse de la démarche de réalisation d'une visite supervisée²². Ces outils avaient pour but de sensibiliser les intervenants aux principaux concepts, principes et étapes de la démarche. Ces outils ont été coconstruits avec le comité de travail et intégrés plus tard à la formation.

Viser un changement de pratiques grâce au développement d'une formation rigoureuse

Ces outils de transfert des connaissances ont contribué à sensibiliser le public ciblé mais ne sont pas reconnus pour favoriser l'adoption d'une nouvelle pratique complexe. D'autres stratégies devraient être développées et c'est dans ce but que la formation « Pour des visites supervisées bienveillantes » a été conçue.

Pour développer une formation qui permettra aux participants de s'approprier une nouvelle pratique complexe, elle doit s'appuyer sur un processus rigoureux et des méthodes reconnues comme celles proposés par l'approche

²⁰Côté, C.; M-A Poirier; A. Dorval & N. Poirier, 2014

²¹Côté, Poirier, Dorval & Poirier, 2014

²²Les outils peuvent être consultés ici : <http://www.iujd.ca/fr/visite-supervisee>

d'ingénierie pédagogique (IP). L'IP c'est « le processus par lequel des informations, éparses ou structurées, formelles ou informelles, deviennent des habiletés intégrées à l'intellect d'un individu, lui permettant d'exercer des compétences nouvelles »²³. Cette approche s'appuie sur les théories portant sur l'ensemble du processus de design des systèmes d'apprentissage, de l'analyse des besoins jusqu'à l'implantation du système d'apprentissage et les méthodes de conception qui permettront d'apprendre.

Dans le cadre de l'IP, l'approche par compétences a été privilégiée pour la conception de la formation sur les visites supervisées. Elle convient bien à des apprentissages complexes en milieu de travail qui nécessitent par exemple la résolution de problèmes, l'argumentation, la perspective critique et tient compte des aspects affectifs²⁴. Le concept de compétences renvoie à « une capacité de réaliser une tâche complexe, qui met en œuvre des savoirs, des savoir-faire et des connaissances métacognitives. L'apprentissage se réalise à partir d'activités significatives, de situations authentiques, de problèmes complexes et doit mener au transfert réel dans la pratique²⁵.

Afin d'opérationnaliser cette approche, une méthode en IP a guidé les conceptrices dans l'identification des compétences à acquérir²⁶. La compétence est une relation entre quatre domaines : les connaissances à acquérir; les habiletés à exercer; le niveau de performance visé et la description des publics cibles qui devront les développer.

- Afin d'identifier les connaissances à acquérir, une méthode de modélisation des connaissances a été utilisée et a mené à un modèle de type procédural. Le modèle comprend toutes les informations qui permettront à l'apprenant d'atteindre le but du projet, soit dans ce cas, de réaliser des visites supervisées bienveillantes. Il permet de structurer les connaissances, de se les représenter visuellement et de manière cohérente et il devient une base pour construire la formation. Le modèle élaboré comportait au final cinq étapes principales qui correspondent aux cinq compétences à développer par la formation²⁷ (figure 2).

Figure 2. Principales étapes du modèle de connaissances correspondant aux compétences visées dans la formation



- Comme la majeure partie de la documentation recueillie lors de la mobilisation des connaissances (entrevues, observations, rétroactions des intervenants, etc.) n'avait pas encore été analysée, le processus de modélisation a en plus soutenu et remplacé le processus d'analyse habituel et a ainsi pu diminuer les délais de conception de l'ensemble du projet de développement de la pratique. Ce processus a aussi contribué à la coconstruction clinico-scientifique puisque le modèle est bâti en tenant compte des savoirs tacites que possèdent les intervenants expérimentés et les savoirs théoriques amenés par la recherche.
- L'identification des habiletés fournit un pont utile entre les connaissances et l'action²⁸ puisque l'intervenant ne doit pas uniquement connaître la pratique à privilégier mais aussi développer l'habileté pour l'appliquer. Les taxonomies d'habiletés sont alors pertinentes²⁹. Dans ce projet, le niveau taxonomique général est « analyser », ce qui donne un aperçu du niveau de complexité des compétences à atteindre. De plus, comme dans plusieurs pratiques de la PJ, les domaines d'apprentissage sont de différents ordres : cognitives (p. ex. analyser les be-

²³Paquette, 2002.

²⁴Roussel, 2019

²⁵Lasnier, 2000, p. 481; Nguyen et Blais, 2007, p.232.

²⁶Méthode d'ingénierie d'un système d'apprentissage (MISA) proposée par Paquette, 2002

²⁷Pour une description détaillée des compétences à développer voir : Joly, Blais, Poirier, Gervais & Soto Duran, 2021.

²⁸Paquette, G., 2002, p. 224.

²⁹Par exemple la taxonomie de Bloom révisé par Anderson et Krathwohl (2001) qui est « qui consiste à regrouper des objectifs d'apprentissage en six catégories ou types d'activités du domaine cognitif. [...] qui combinent les habiletés cognitives, psychomotrices et psychoaffectives. » (Wiki-TEDia, TELUQ, repéré de : [https://wiki.teluq.ca/wikimedia/index.php/Taxonomie_de_Bloom_r%C3%A9vis%C3%A9e_\(Anderson_et_al.\)](https://wiki.teluq.ca/wikimedia/index.php/Taxonomie_de_Bloom_r%C3%A9vis%C3%A9e_(Anderson_et_al.))).

soins de l'enfant), affectives (p. ex. tenir compte à la fois de mes émotions comme intervenant et de celles des parents et des enfants) ou sociales (p. ex. animer une visite en visant la mise en place d'un contexte bienveillant) (figure 3).

- L'ampleur d'un projet de formation dépend aussi du niveau de performance attendu (figure 4), c'est-à-dire jusqu'à quel point les apprenants devront maîtriser les connaissances à acquérir et quel est l'écart entre les compétences initiales d'un apprenant et celles souhaitées.

Figure 3. Taxonomie de Bloom révisée par Anderson et Krathwohl

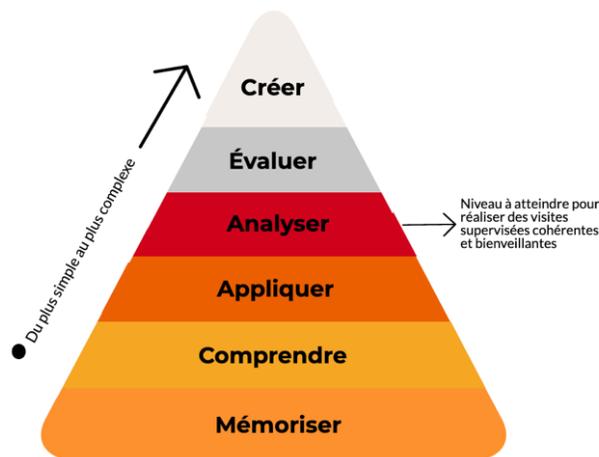
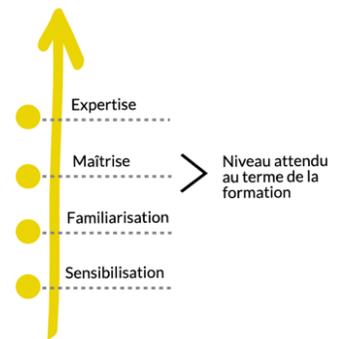
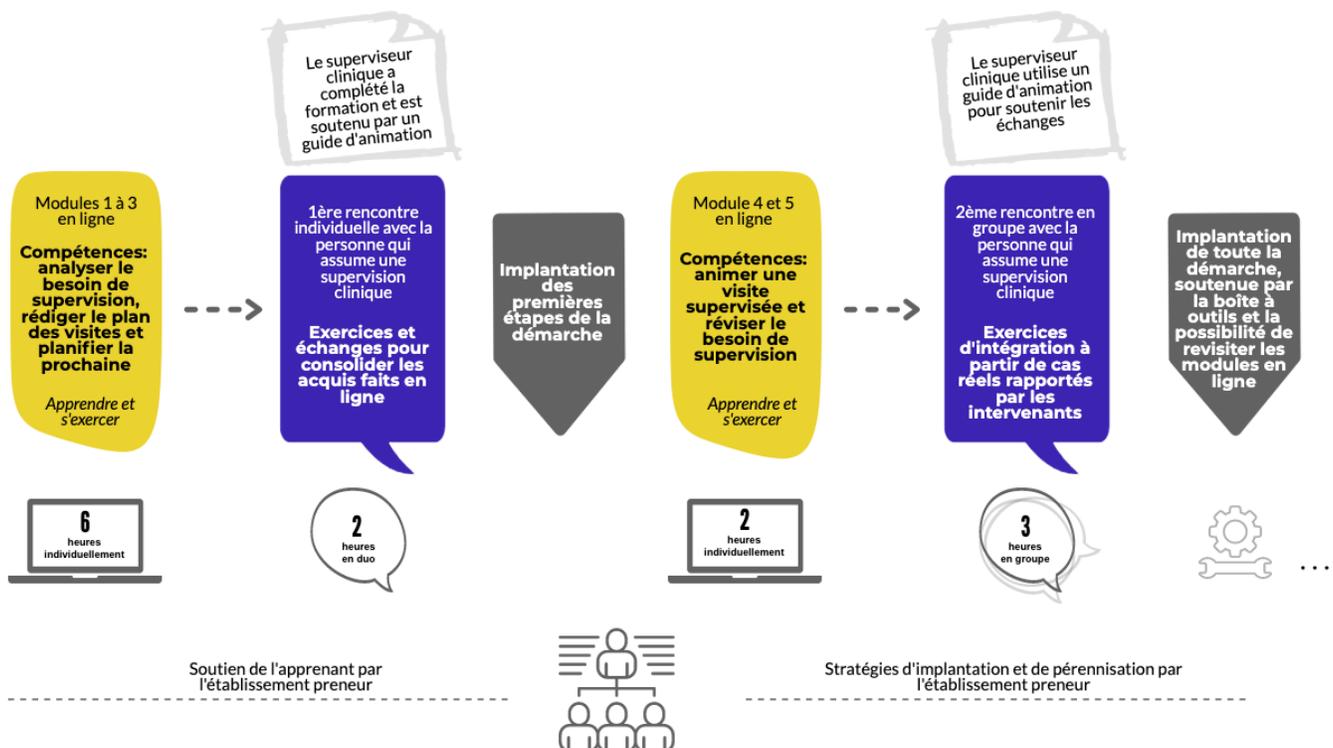


Figure 4. Échelle de performance proposée par Paquette (2002)



Au terme du processus de conception, une formation hybride autoportante d'une durée d'environ 15 heures a été conçue. Elle est dite hybride parce qu'elle comporte une partie en ligne et une partie en présentiel. La figure 5 présente le scénario général de la formation.

Figure 5. Scénario pédagogique



Le **format hybride** a été une occasion d'intégrer les avancées technologiques qu'offre l'apprentissage en ligne, combinées aux avantages des interactions entre les participants réunis en présentiel³⁰. Cette stratégie d'apprentissage hybride, si elle est réalisée selon les meilleures pratiques, a fait ses preuves³¹. Elle offre aussi plusieurs avantages comme une plus grande flexibilité (les apprenants peuvent choisir le lieu ou les moments d'apprentissage); la possibilité de réutiliser le matériel (ce qui peut soutenir la pérennité de la pratique puisqu'il est possible, par exemple, de revisiter la formation en tout temps); une plus grande portée (le nombre d'apprenants est illimité et ils peuvent être dispersés géographiquement). Pour les concepteurs, l'un des défis de ce format est de susciter l'engagement et la motivation des apprenants et ils doivent y consacrer le temps et les ressources suffisantes. Du côté des apprenants, le défi est d'être disciplinés et de bien gérer son temps³².

La **coconstruction** s'est d'ailleurs poursuivie tout au long du développement de la formation. Le comité de travail y a contribué concrètement et significativement en se prononçant sur tous les modules de la formation au fur et à mesure de leur rédaction. Les membres ont influencé la justesse des exemples, l'adéquation des messages avec le contexte de la protection de la jeunesse ou encore la concordance avec d'autres orientations déjà diffusées aux intervenants.

La figure 6 illustre comment l'approche de co-construction clinicoscientifique a influencé le projet de développement de l'ensemble de la pratique de pointe.

Figure 6. Illustration de la manière dont s'est concrétisée la coconstruction de la pratique et de la formation



**Expé-
ri-
menter et
évaluer**

À partir du descriptif de la pratique, l'équipe de développement planifie l'expérimentation dans au moins un milieu de pratique. Elle doit choisir les stratégies reconnues efficaces pour entraîner des changements de pratiques. La mise en œuvre d'un changement de pratiques dans un milieu pose toujours un certain nombre de défis. Elle demande un arrimage rigoureux avec les différents acteurs concernés, exige de tenir compte des leviers et obstacles possibles à l'expérimentation et de s'appuyer sur divers principes issus des sciences de l'implantation, des domaines du transfert des connaissances ou du transfert des apprentissages ou encore de la gestion du changement. L'expérimentation de la pratique est toujours évaluée afin d'en démontrer les retombées positives.

³⁰Chew et al., 2010, p. 3

³¹Garrison et Kanuka, 2004

³²Références

Retombées positives perçues

La pratique sur les visites supervisées a été expérimentée à travers l'implantation de la formation au CCSMTL. L'établissement a décidé d'implanter la formation dans toutes les équipes composées d'intervenants susceptibles de réaliser des visites supervisées. L'évaluation s'est effectuée environ 18 mois après la fin de la formation. Son but était d'explorer ses retombées, du point de vue des intervenants ayant suivi la formation. Des entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès de 20 d'entre eux. L'évaluation s'est appuyée sur le modèle théorique de Kirkpatrick³³ qui soutient que les effets à moyen terme d'une formation peuvent se découper selon quatre niveaux. L'évaluation a démontré, du point de vue des intervenants rencontrés, plusieurs retombées à tous ces niveaux³⁴ :

(1) la réaction à la formation. La quasi-totalité des participants ont exprimé leur satisfaction au regard de la formation. Plusieurs la jugent utile et pertinente et bien ajustée au contexte de leur pratique.

Quelques participants la trouvent cependant trop longue.

(2 et 3) Les intervenants disent que la formation les a aidé à apprendre et à adopter plusieurs nouvelles pratiques comme :

- une démarche d'analyse clinique du besoin de supervision, plus claire et plus rigoureuse qu'auparavant;
- une démarche de rédaction d'un plan des visites pour soutenir leur planification, ce qui favorise une plus grande rigueur pour s'adapter aux besoins des enfants et de leurs parents. Le plan des visites favorise aussi une approche plus collaborative et plus transparente envers le parent et l'enfant;
- une meilleure capacité à argumenter leur positionnement clinique au tribunal ou lors des discussions de cas;
- la planification plus rigoureuse aurait aussi un impact sur l'animation des visites. Les intervenants disent maintenant faire plus que de « surveiller ». Ils utilisent mieux les moments immédiatement avant et après pour favoriser un meilleur déroulement de la visite et adaptent davantage leurs postures aux besoins des participants et aux objectifs poursuivis.

(4) Les intervenants ont aussi dit que l'adoption du plan des visites et ses principes sous-jacents conduisent à des changements organisationnels et pour la clientèle comme :

- une plus grande cohérence entre les pratiques des intervenants (langage, outils, processus communs ;
- un argumentaire plus rigoureux qui favorise selon eux des décisions judiciaires plus cohérentes avec les besoins de l'enfant;
- une approche plus collaborative et transparente qui diminuerait les incompréhensions et les mésententes avec les parents et contribuerait à leur mobilisation;
- une planification plus rigoureuse qui rendrait les visites plus prévisibles et permettrait d'atténuer le stress vécu par les enfants et les parents.

Certains participants mentionnent cependant avoir besoin davantage d'accompagnement sur la compétence la plus complexe: animer une visite supervisée.



**Implanter
et diffuser
la pratique
de pointe**

L'IUJD doit aussi s'assurer que la pratique s'implante dans au moins un milieu, mais la responsabilité de l'implantation revient au milieu preneur. L'implantation réfère au processus complexe, qui inclut diverses activités d'appropriation, par lequel une nouvelle pratique est mise en œuvre dans un milieu qui se l'approprie. Elle vise toujours un changement de pratiques.

Au moment de l'implantation, l'IU peut agir en soutien, notamment en diffusant les outils de transfert des connaissances utilisés lors de l'expérimentation, dans le but de donner un caractère durable aux

³³Kirkpatrick, 1994

³⁴Pour plus de détails sur les résultats de la recherche voir : Joly, Blais, Poirier, Gervais, Soto Duran, 2021.

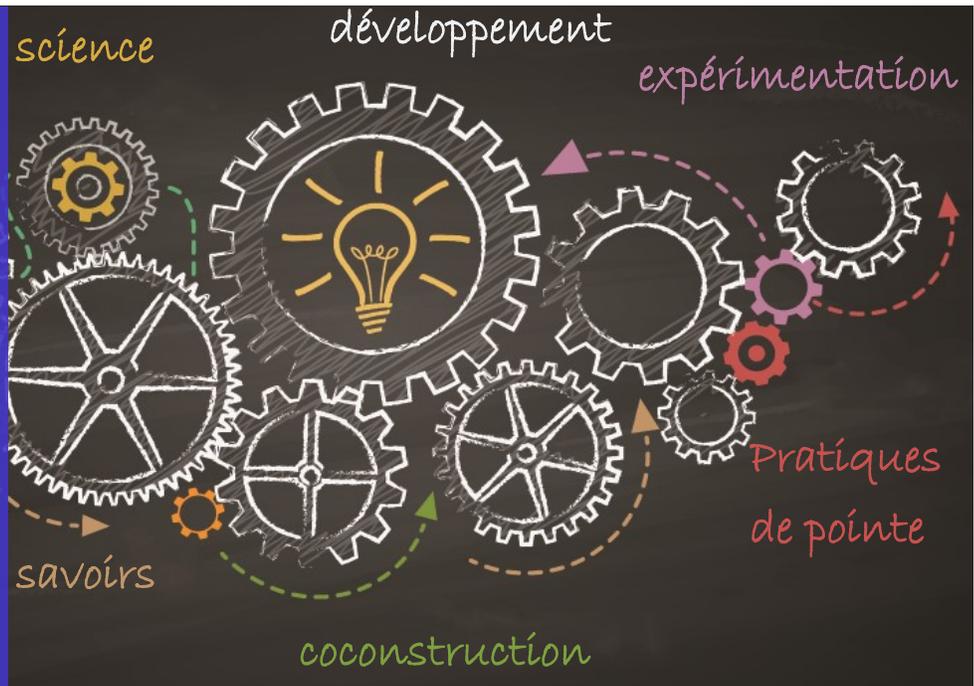
changements atteints dans le milieu d'implantation. L'IU peut aussi créer des espaces de discussion notamment pour suivre l'évolution de l'implantation, identifier des mises à jour nécessaires, faire émerger de nouvelles questions de recherche ou encore d'autres projets de pratiques de pointe potentielles.

Les résultats de l'expérimentation doivent être diffusés dans l'objectif de promouvoir l'implantation de la pratique dans divers établissements. Ceux-ci peuvent prendre différentes formes et être adaptés afin de les rendre accessibles au public cible auquel ils sont destinés (scientifique, académique, clinique, décideurs). La pratique de pointe doit s'intégrer aux autres dimensions de la mission universitaire : maximiser le rayonnement et les chances que d'autres organisations l'implantent, influencer les politiques publiques ou les cursus académiques.

Afin de favoriser la diffusion de la formation à d'autres établissements sans impliquer le chargé de projet de l'IUDJ ou les experts du contenu, le choix a été de développer une formation autoportante. Elle est dite autoportante parce qu'elle permet à l'établissement preneur de s'approprier la pratique de manière autonome, sans devoir faire appel à un formateur externe. L'intervenant peut aussi retourner refaire un module de formation, plus tard, pour se remémorer un contenu, réfléchir ou refaire des liens entre la théorie et la pratique expérimentée au quotidien. Plusieurs outils imprimables sont également fournis dans la formation afin de soutenir l'implantation de la pratique. En outre, les deux rencontres en présence sont animées par la personne qui assume la supervision clinique de proximité auprès de l'intervenant. Il est permis de penser que, si la personne qui assume ce rôle s'approprie la pratique, les outils et les guides d'animation et qu'elle soutient l'apprentissage des intervenants, cette stratégie augmentera le soutien clinique reçu par l'intervenant dans son établissement, une fois la formation terminée. Cette formule peut donc jouer un rôle dans la pérennité de la pratique. La formule autoportante facilite aussi l'exportabilité de la pratique à l'échelle québécoise mais aussi dans le reste de la Francophonie.

La diffusion formation hybride autoportante visant à s'approprier une nouvelle pratique a donc permis à l'IUDJ de soutenir plusieurs établissements: entre 2016 et 2021, environ 2400 intervenants dans 12 établissements ont été formés et ce nombre augmentera au cours des années à venir.

Conclusion



Les organisations de santé et de services sociaux ont l'obligation de soutenir une pratique d'intervention basée sur les connaissances issues des recherches³⁵ et doivent trouver les moyens les plus efficaces pour rendre ces connaissances disponibles, mais surtout pour maximiser leur appropriation par les intervenants³⁶. Développer des pratiques de pointe, les diffuser et s'assurer de leur implantation fait d'ailleurs partie de la mission universitaire des Instituts universitaires comme l'IUJD³⁷. L'IUJD investit dans ce type de projet par l'entremise de son Centre d'expertise dont le principal rôle est de coordonner les projets de développement de pratiques de pointe.

Nous avons présenté le processus de développement d'une pratique de pointe utilisé par l'IUJD. La pratique doit, au terme de ce processus itératif, répondre à un certain nombre de caractéristiques. La pratique sur les visites supervisées en donne un exemple: (1) elle résulte d'un arrimage entre les milieux de pratique et de recherche, puisque le projet répond à un besoin clinique nommé par plusieurs établissements et a été développé en concertation étroite entre le milieu de la recherche et le milieu clinique; (2) elle est explicitée par sa théorie et ses processus. Un cadre théorique a été présenté et une diversité de sources théoriques et cliniques ont été analysées et modélisées de manière opérationnelle, ce qui a servi de base à la formation; (4) elle est développée dans une perspective de transfert à d'autres organisations puisqu'elle ne répond pas uniquement à un besoin local mais commun à plusieurs établissements. Une formation a aussi été élaborée afin de correspondre à la réalité du plus grand nombre et à faciliter l'implantation de la pratique dans l'ensemble du réseau et au-delà; (5) L'évaluation a démontré plusieurs retombées positives, du point de vue des intervenants rencontrés; (6) La pratique a été implantée dans au moins un milieu de pratiques, autre que celui qui a servi d'expérimentation et (7) elle a été diffusée auprès de plusieurs établissements.

Il n'est pas encore possible d'établir des liens clairs entre les retombées positives de la formation et les facteurs à l'origine de ces changements. Nous avançons l'hypothèse que son processus de conception y a significativement contribué. D'abord, le fait d'appuyer la pratique sur une analyse des besoins, de la développer ensuite à partir d'un processus de mobilisation des connaissances riche et diversifiée et sur une approche de coconstruction clinicoscience, a permis de répondre plus adéquatement aux besoins des cliniciens. Une formation a été développée avec cette même approche de coconstruction, dans le but de favoriser l'appropriation de la nouvelle pratique complexe. L'approche par compétences aide à préparer concrètement l'intervenant à agir différemment. Un modèle de connaissances est venu structurer le contenu de la formation de manière opérationnelle. Plusieurs des facteurs favorisant le plus le transfert des apprentissages dans la pratique ont été pris en compte dans la conception, comme la mise en place d'activités de modelage, d'activités qui suscitent la réflexion, des

mises en situation qui reflètent un environnement de travail réaliste et authentique ou encore un scénario en alternance permettant de réfléchir et de prendre du recul sur sa pratique.

Le projet sur les visites supervisées a aussi été une occasion d'expérimenter les avantages de la formation hybride qui combine les avancées technologiques à l'interaction en présentiel. Afin de susciter l'engagement et la motivation des apprenants, les concepteurs doivent y consacrer le temps et les ressources suffisantes. L'investissement dans ce projet semble avoir porté fruit puisque la quasi-totalité des participants ont exprimé leur satisfaction face à la formation et plusieurs ont observé des changements de pratiques et des retombées sur l'organisation et la clientèle.

Finalement, la formation a été conçue dans une formule autoportante. Le fait que l'IUJD n'a pas la responsabilité de l'implantation dans les établissements a influencé ce choix. L'objectif était de soutenir le mieux possible le changement de pratiques complexes dans le plus grand nombre d'établissements à travers le Québec, responsables à leur tour d'implanter les nouvelles pratiques. La qualité de l'implantation dépendra de la manière dont chaque établissement mettra à profit les outils proposés. Il est donc primordial qu'ils aient les moyens de mettre en place les meilleures conditions pour faciliter l'apprentissage et son transfert dans la pratique. La qualité de la formation combinée à ces meilleures conditions d'implantation, en particulier un soutien clinique de qualité, favoriseront une implantation pérenne des meilleures pratiques cliniques en protection de la jeunesse.

Pour citer ce document: BLAIS, Marie-France, POIRIER, Marie-Andrée, TRUDEL, Lucie, JOLY, Marie-Pierre, MALLETTE LECLAIR, Isabelle-Ann (2021). Développer des pratiques de pointe: l'exemple d'une pratique complexe sur les visites supervisées - Bulletin d'information, n: 11, Montréal: IUJD, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

RÉFÉRENCES

- Anderson, L. W., Krathwohl, D. R., Airasian, P. W., Cruikshank, K. A., Mayer, R. E., Pintrich, P. R., Raths, J., & Wittrock, M. C. (2001). *A Taxonomy for learning, teaching, and assessing : A Revision of Bloom's taxonomy of educational objectives*. New York, NY : Longman.
- Barwick, M. A., Schachter, H. M., Bennett, L. M., McGowan, J., Ly, M., Wilson, A., & Manion, I. (2012). Knowledge translation efforts in child and youth mental health: a systematic review. *Journal of evidence-based social work*, 9(4), 369-395.
- Beauchamp, S., Drapeau, M., Dionne, C., Duplantie, J.-P., Dagenais, P., Moutquin, J.-M., Fournier, M., & Lane, J. (2015). *Cadre d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.
- Blais, M.-F., Côté, C., Poirier, M.-A., & Sellenet, C. (2016). « Pour des visites supervisées bienveillantes en protection de la jeunesse ». [Formation hybride]. Institut universitaire Jeunes en difficulté du CCSMTL. http://www.ruij.qc.ca/pdf/formations/FD_Visites_supervisees.pdf
- Champagne, F. Brousselle, A. Hartz, Z. et Contandriopoulos, A-P. (2011). Modéliser les interventions ». dans : *L'évaluation : concepts et méthodes, deuxième édition*. Les Presses de l'Université de Montréal. p.92-112.
- Chateaufort, D., Ramdé, J., & Avril, A. (2016). Processes employed by social work workers in child welfare for exchanging and using knowledge. *Journal of Social Work Practice*, 30(4), 397-415. <https://doi.org/10.1080/02650533.2015.11116439>
- Chew, E.; Turner, D. A.; Jones, N. (2010). « In Love and War: Blended Learning Theories for Computer Scientists and Educationists ». In *Handbook of Research on Hybrid Learning Models: Advanced Tools, Technologies, and Applications*.
- Contandriopoulos, D., Lemire, M., Denis, J.-L., & Tremblay, E. (2010). Knowledge exchange processes in organizations and policy arenas: a narrative systematic review of the literature. *Milbank Quarterly*, 88, 444-483. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1468-0009.2010.00608.x>
- Côté, C., Poirier, M.-A., Dorval, A., & Poirier, N. (2014). Revue de littérature sur les pratiques professionnelles en lien avec les visites supervisées. *Revue défi jeunesse*, 20(3), 18-31.
- Crisp, B., Anderson, M., Orme, J., & Lister, P. (2007). Assessment Frameworks: A Critical Reflection. *The British Journal of Social Work*, 37(6), 1059-1077.
- Elissalde, J., Gaudet, J., & Renaud, L. (2010). Circulation des connaissances : modèle et stratégies. *Communiquer* –

Fuentes, M. J., Bernedo, I. M., Salas-Martinez, M. D., & García-Martín, M. A. (2018). What do foster families and social workers think about children's contact with birth parents? A focus group analysis. *International Social Work*, 62(5), 1416-1430. <https://doi.org/10.1177/0020872818775475>

García-Martín, M. Á., Fuentes, M. J., Bernedo, I. M., & Salas Martinez, M. D. (2019). The views of birth families regarding access visits in foster care. *Journal of Social Work*, 19(2), 173-191.

Garrison, D. R. et Kanuka, H. (2004). Blended learning : Uncovering its transformative potential in higher education. ScienceDirect, Volume 7, Issue 2, pp 95-105.

Gouvernement du Québec (2007). *Youth protection act*. RLRQ c P-34.1 68. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/en/ShowDoc/cs/P-34.1>

Grossman, R., & Salas, E. (2011). The transfer of training: what really matters. *International Journal of Training and Development*, 15(2), 103-120. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2419.2011.00373.x>

Humphreys, C., & Kiraly, M. (2010). High-frequency family contact: A road to nowhere for infants. *Child & Family Social Work*, 16(1), 1-11. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2010.00699.x>

Joly, M-P; M-F Blais, M-A Poirier, M-J Gervais, M. Soto Duran (2021).

Kirkpatrick, D. L. (1994). *Evaluating Training Programs: The Four Levels*. Berrett-Koehler Publishers.

La Presse, « La supervision de garde d'enfants, « une très grosse responsabilité », 4 décembre 2012.

Lafond, M-F., Lagrange V., Villeneuve J., & Blackburn F. (2015). Cadre de référence en transfert de connaissances pour leurs utilisations judicieuses et le soutien à l'innovation. Québec : Centre de santé et services sociaux de la Vieille-Capitale.

Lasnier, F. (2000). *Réussir la formation par compétences*. Montréal: Guérin.

Lasnier, F. (2014). *Les compétences de l'apprentissage à l'évaluation*. Éditions Guérin.

Mapp, S. C. (2002). A framework for family visiting for children in long-term foster care. *Families in society: The journal of contemporary human services*, 83(2), 175-182. <https://doi.org/10.1606%2F1044-3894.35>

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2010). « Cadre de référence pour la désignation des établissements du secteur des services sociaux ». Mission, principes et critères.

Morrison, J., Mishna, F., Cook, C., & Aitken, G. (2011). Access visits: Perceptions of child protection workers, foster parents and children who are Crown wards. *Children and Youth Services Review*, 33(9), 1476-1482. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.03.011>

Nesmith, A. (2015). Factors influencing the regularity of parental visits with children in foster care. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 32(3), 219-228.

Nguyen, D.-Q., & Blais, J.-G. (2007). Approche par objectifs ou approche par compétences? Repères conceptuels et implication pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. *Pédagogie médicale*, 8(4), 232-251.

Nesmith, A., Patton, R., Christophersen, K., & Smart, C. (2015). Promoting quality parent-child visits: the power of the parent-foster parent relationship. *Child & Family Social Work*, 22(1), 246-255.

Paquette, G. (2002). *L'ingénierie pédagogique - Pour construire l'apprentissage en réseau*. Presses de l'Université du Québec.

Poitras, K., Cantin, M., Buisson, C., & Janelle, S. (2020). Principes de la Loi sur la protection de la jeunesse : regards croisés issus de la psychologie et du droit. Dans K. Poitras et P. C. Gagnon (dir.), *Psychologie et droit* (p.243-268). Les Éditions Yvon Blais.

Porteous, N. L. (2012). La construction du modèle logique d'un programme. Dans V. Ridde et C. Dagenais (dir.), *Approches et pratiques en évaluation de programme* (pp. 89-107). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Pottiez, J. (2017). *L'évaluation de la formation. Pilotez et maximisez l'efficacité de vos formations* (2^e ed.). Dunod.

Prasad, N. (2011). Decision making principles around contact visits. A literature Review, Research and program Development. *Social Justice Unit, Uniting Care Children, Young People and Families*. [http://burnside.slimlib.com.au:81/docs/Decision making for contact visits.pdf](http://burnside.slimlib.com.au:81/docs/Decision%20making%20for%20contact%20visits.pdf)

- Pulido, M. L., Forrester, S. P., & Lacina, J. M. (2011). Raising the bar: Why supervised visitation providers should be required to meet standards for service provision. *Family Court Review*, 49(2), 379-387. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1617.2011.01378.x>
- Rella, M. (2010). Therapeutic access: from supervising access to building parent-child relationship. *Ontario Association of Children Aid's Societies*, 55(4), 19-31.
- Réseau québécois de l'Innovation sociale. (2011). « Déclaration québécoise de l'innovation sociale ». Université du Québec.
- Richard, L., Chiocchio, F., Essiembre, H., Tremblay, M. C., Lamy, G., Champagne, F., & Beaudet, N. (2014). Communities of Practice as a Professional and Organizational Development Strategy in Local Public Health Organizations in Quebec, Canada: An Evaluation Model. *Healthcare Policy*, 9(3), 26.
- Roussel, J.-F. (2019, mars). *Concevoir un dispositif de formation par compétences : quels principes, quelles stratégies ?* La Société de formation et d'éducation continue (SOFEDUC), Montréal, Canada.
- Saini, M., Van Wert, M., & Gofman, J. (2012). Parent-child supervised visitation within child welfare and custody dispute contexts: An exploratory comparison of two distinct models of practice. *Children and Youth Services Review*, 34(1), 163-168.
- Salas Martínez, M. D., Fuentes, M. J., Bernedo, I. M., & García-Martín, M. A. (2016). Contact visits between foster children and their birth family: the views of foster children, foster parents and social workers. *Child & Family Social Work*, 21(4), 473-483. <https://doi.org/10.1111/cfs.12163>
- Schofield, G., & Simmonds, J. (2011). Contact for infants subject to care proceedings. *Adoption & Fostering*, 35(4), 70-74. doi: 10.1177/030857591103500408
- Schreiber, J. C., Fuller, T., & Pacey, M. S. (2013). Engagement in child protective services: Parent perceptions of worker skills. *Children and Youth Services Review*, 35(4), 707-715. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.01.018>
- Tardif, J. (2006). L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement.
- Thomas, R., Zimmer-Gembeck, M., & Chaffin, M. (2014). Practitioners' views and use of evidence-based treatment: Positive attitudes but missed opportunities in children's services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(3), 368-378.
- Trudel, L. et Blais, M.-F. (2021). *Développer des pratiques de pointe : document de référence*. Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.