

**COMITÉ SUR L'ORGANISATION UNIVERSITAIRE
DES SERVICES SOCIAUX**

**GROUPE DE TRAVAIL SUR LE DÉVELOPPEMENT
ET L'ADAPTATION DES PRATIQUES**

en collaboration avec Nicole Lemire du CLIPP
(Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale)

10 octobre 2004

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	1
INTRODUCTION.....	3
ÉTAT DE LA SITUATION.....	5
1. L'adaptation des pratiques	5
2. Le développement de pratiques novatrices ou de pointe.....	8
3. Le transfert des connaissances	17
4. L'évaluation	19
ENJEUX.....	21
1- La reconnaissance et la pérennité	21
2- Le financement de l'infrastructure.....	22
3- L'impact de l'intégration d'une mission universitaire sur la gestion des ressources humaines, informationnelles, financières et matérielles	22
4- L'impact des récentes décisions de certains organismes subventionnaires	24
5- La nature des liens entre les établissements universitaires du secteur social et les universités.....	25
6- La consolidation des activités d'évaluation	26
7- L'amélioration des stratégies de transfert de connaissances.....	27
8- L'impact de la création des réseaux locaux de services	28
PISTES DE SOLUTIONS /PROPOSITIONS	29
RÉFÉRENCES.....	34
ANNEXE 1- Membres du groupe de travail sur le développement et l'adaptation des pratiques...	35
ANNEXE 2- Définition de services de pointe selon Suret	36
ANNEXE 3- Extrait du rapport sommaire du comité de travail sur les centres universitaires, enseignement et recherche	37
ANNEXE 4 Critères de désignation des instituts universitaires	38

SIGLES

CAU	Centres affiliés universitaires
CJ	Centres jeunesse
CJQ	Centre jeunesse de Québec
CJM	Centre jeunesse de Montréal
CH	Centres hospitaliers
CLSC	Centres locaux de services communautaires
CRDP	Centres de réadaptation en déficience physique
CSSS	Centres de santé et de services sociaux
IU	Instituts universitaires
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux

PRÉAMBULE

D'entrée de jeu, les membres du comité tiennent à rappeler que le développement et l'adaptation des pratiques visent ultimement l'amélioration du bien-être de la population et des services aux clientèles. Il importe de ne jamais perdre de vue cette finalité.

D'autre part, dans le cadre des discussions tenues lors des rencontres du groupe de travail sur le développement et l'adaptation des pratiques, de nombreuses questions de fond ont été soulevées. Comme certaines de ces questions débordent, au sens strict, le mandat précis du groupe de travail et comme celles-ci s'avèrent par ailleurs capitales, il a été convenu de faire état de trois de celles-ci dans le présent préambule.

D'abord, les membres croient utile et nécessaire que soit précisé **le concept de « services sociaux »** que l'on retrouve tant dans la désignation du Comité sur l'organisation universitaire des services sociaux (comité ministériel) qu'à l'intérieur du mandat confié par le Ministre. Pour nous, l'appellation du « Comité sur l'organisation universitaire des services sociaux » est trop limitative ou trop imprécise. Au sein du grand réseau de la santé et des services sociaux, il existe trois grandes catégories d'établissements: des établissements oeuvrant principalement dans le domaine de la santé (ex : CH), d'autres oeuvrant dans le domaine social (ex : CJ) et d'autres, enfin, oeuvrant à la fois dans le domaine social et celui de la santé (ex : CLSC, CSSS, CRDP). Cette représentation au comité a mis en relief la difficulté de nous pencher uniquement sur la composante « services sociaux » au sens strict surtout dans un contexte où l'on cherche à intégrer les dimensions sociales et de la santé dans l'actuelle réorganisation des services. En ce sens, l'analyse que nous avons faite peut s'appliquer, à plusieurs égards, à des réalités variées. Finalement, nos travaux nous ont conduit à reconnaître l'importance de clarifier l'intention visée en matière de développement de missions universitaires dans des établissements du secteur social. Souhaitons-nous développer cette mission dans les établissements spécifiquement dédiés à cette mission ou souhaitons-nous développer dans l'ensemble du réseau universitaire les

dimensions sociales et de la santé en comprenant que cette dimension sera plus ou moins développée selon la mission des établissements concernés ? Une précision s'impose à notre avis.

Le second aspect porte sur **les écarts dans les approches et les logiques utilisées** dans le milieu de la santé (hôpitaux), le milieu sociosanitaire (CSSS, déficience physique) et le milieu social (Centres jeunesse, déficience intellectuelle). Il est souhaité que le rapport final du comité ministériel fasse écho à ces distinctions. En effet, l'intervention en santé se réalise généralement « in vitro », car elle concerne surtout l'individu lui-même, alors que l'intervention sociale se fait davantage « in vivo », c'est-à-dire qu'elle est étroitement liée à l'individu en interaction avec un environnement précis. L'intervention sociale ne peut donc détacher la personne du milieu dans lequel elle vit. Cette distinction a un impact direct sur le processus de développement des pratiques qui doivent prendre racine dans les milieux d'intervention. Des questions comme « l'exportabilité » de pratiques novatrices et de connaissances générées par des recherches et des praticiens oeuvrant dans le domaine social, par exemple, posent des défis particuliers. Pour les membres du comité, ces questions et distinctions sont capitales : seule leur bonne compréhension permet de mieux définir les attentes à l'endroit de chaque milieu.

Finalement, le troisième aspect concerne la pertinence de la mise sur pied par le Ministre du comité ministériel et de la création d'une Direction générale des services sociaux au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux. Nous accueillons très favorablement ces deux décisions. Cela témoigne d'un constat que nous partageons. Résumons-le ainsi : la recherche et le développement des pratiques dans le secteur social sont beaucoup plus jeunes que la recherche dans le domaine de la santé. Or, leur apport est unique et essentiel. Les membres du comité s'entendent pour dire qu'il est nécessaire de favoriser **le rattrapage et la consolidation du secteur social** par rapport à la santé pour qu'il puisse apporter sa contribution spécifique à l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. Pour cela, le secteur social a besoin d'un appui sérieux et concret. D'autre part, il y a aussi des actions à poser pour s'assurer que le social ait la place qui lui revient dans l'ensemble des établissements universitaires, y compris si telles sont les orientations du MSSS, son développement à l'intérieur des établissements de santé.

INTRODUCTION

Le présent document fait état des travaux effectués entre le 7 juin et le 10 octobre 2004 par le groupe de travail sur le développement et l'adaptation des pratiques du Comité sur l'organisation universitaire des services sociaux.

Le mandat du groupe de travail a été défini comme suit :

De façon générale, le groupe de travail sur le développement et l'adaptation des pratiques devra établir, dans un premier temps, un état de situation de l'expérience vécue permettant d'établir les acquis et les problèmes rencontrés eu égard au développement et à l'adaptation des pratiques dans les établissements à vocation sociale. En second lieu, le groupe devra réfléchir aux perspectives d'avenir de ces établissements en matière d'adaptation et de développement des pratiques et suggérer des pistes d'action en découlant, incluant les conditions de réalisation.

De façon spécifique, le groupe de travail devra :

- *examiner les efforts consentis pour évaluer les pratiques et les adapter au développement des connaissances et à l'émergence des nouveaux problèmes;*
- *identifier les pratiques de pointe et examiner les efforts consentis pour les faire connaître à l'ensemble des établissements;*
- *examiner le transfert des connaissances entre les services de 2^e et de 1^{ère} lignes, entre les établissements d'un même réseau (de réadaptation en déficience physique, des centres jeunesse, ...) et entre les différents réseaux de services (santé, services sociaux, éducation, justice, ...);*
- *documenter les projets cliniques qui ont été développés, dans les dernières années, à partir des résultats de la recherche ou à l'intérieur des activités de recherche.*

Pour remplir ce mandat, un questionnaire sur le développement et l'adaptation des pratiques a d'abord été développé puis envoyé aux établissements universitaires concernés qui l'ont complété et retourné au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le groupe de travail s'est ensuite rencontré le 7 juin 2004¹. Lors de cette première rencontre, il fut décidé que madame Nicole Lemire du Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP) préparerait une synthèse des réponses au questionnaire et rencontrerait un représentant de chacun des établissements universitaires pour :

- compléter l'état de la situation sur le développement et l'adaptation des pratiques en lien avec les pratiques de pointe développées;
- rendre compte de ce qui se fait au niveau de l'évaluation dans les établissements;
- identifier les enjeux et les problèmes actuels des établissements;
- recueillir des propositions, pistes d'action ou de solutions.

Les représentants de cinq instituts universitaires (Centre jeunesse de Montréal, Centre jeunesse de Québec, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, Institut universitaire de gériatrie de Montréal et Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke), des six centres affiliés universitaires (CLSC Côte-des-Neiges, CLSC des Faubourgs, CLSC de Sherbrooke, CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières, CHSLD-CLSC Nord de l'Île et CLSC René Cassin) ainsi que des représentants du Centre Dollard-Cormier et du Centre de services en déficience intellectuelle de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont été rencontrés entre le 30 juin et le 27 juillet 2004.

Le comité s'est par la suite réuni les 28 juillet et le 17 septembre pour discuter de l'état de la situation ainsi que des enjeux actuels, puis le 29 septembre pour débattre des pistes de solutions et des propositions.

¹ La liste des membres du groupe de travail se trouve à l'annexe 1.

ÉTAT DE LA SITUATION

Bien que les contours de l'examen portent sur des établissements ayant des statuts différents (6 CAU, 5 IU et 2 établissements non encore désignés) et des âges différents (les plus vieux n'ont pas encore 10 ans d'existence alors que le plus jeune a été désigné il n'y a que deux ans), il est possible de faire ressortir les forces et les faiblesses actuelles de ce réseau d'établissements universitaires en regard à l'organisation de services sociaux. Plus spécifiquement, les travaux du comité ont porté sur quatre aspects à savoir : l'adaptation des pratiques, le développement de pratiques novatrices, le transfert de connaissances et l'évaluation.

L'adaptation des pratiques

Un des principaux objectifs du développement d'une mission universitaire dans les établissements oeuvrant dans le secteur social est d'innover dans les façons de dispenser des services et d'organiser les services destinés à la population et aux communautés. Cette innovation se traduit d'abord par l'adaptation des pratiques d'intervention et de gestion en regard des connaissances actuelles. Ce concept d'adaptation des pratiques réfère à un ajustement continu que les organismes, les équipes de travail et les intervenants font au quotidien, par une réflexion de leurs actions et par une prise de conscience des nombreux besoins, le tout centré sur le maintien des services efficaces, efficients et à la fine pointe des connaissances.

Or, il ne fait aucun doute, comme en témoigne le tableau 1, que les instituts universitaires (IU) et les centres affiliés universitaires (CAU) déploient des efforts considérables et utilisent des stratégies diversifiées pour adapter les pratiques au développement des connaissances et à l'émergence de nouveaux problèmes.

Tableau 1 : Diverses stratégies employées pour adapter les pratiquesLieux de rencontres et de partage (formels ou informels) :

- Collaboration entre chercheurs, intervenants et gestionnaires durant toutes les phases (conception, résultats, validation, diffusion) des projets de recherche ; dans l'organisation des activités de formation/diffusion et dans la co-production des publications.
- Conférences-midi scientifiques.
- Organisation de colloques pour discuter des résultats avec les intervenants du milieu.
- Journée de partage scientifique annuel.
- Journées d'étude.
- Présence de chercheurs universitaires sur les tables de réflexion clinique.
- Organisation de forums de réflexion élargie.

Formation :

- Plan de développement des ressources humaines permettant aux intervenants cliniciens de se tenir à jour dans leur domaine.
- Séminaires de formations découlant des résultats de recherche.
- Mise à contribution des spécialistes du domaine pour former et soutenir le personnel dans l'intervention au niveau de nouvelles problématiques.

Diffusion d'information :

- Publication de bulletins de veille documentaire et de bulletins électroniques.
- Publication de feuillets scientifiques adaptés pour les intervenants et les gestionnaires portant sur des thèmes près des préoccupations concrètes.
- Recensions d'écrits.
- Rédaction de guides.
- Branchement au réseau des bibliothèques de l'université affilié et formation des intervenants à **l'utilisation** des bases de données documentaires informatisées.

Lieu physique et affectation de ressources humaines :

- Mise sur pied d'un centre de documentation qui offre un service de recherche documentaire aux intervenants désireux d'approfondir et de mettre à jour leurs connaissances sur un sujet particulier.
- Création d'un poste de technicienne en communication avec le mandat spécifique de diffuser les informations et résultats liés à la mission de centre affilié universitaire.
- Embauche d'un conseiller au transfert des connaissances à temps plein qui assure la diffusion des connaissances produites par le programme des pratiques de pointe et les activités de formation du personnel.

Autres stratégies :

- Mise sur pied d'une « politique d'évaluation continue des programmes ».
- Mise sur pied d'une politique de « soutien à la vie professionnelle » qui, en désignant des conseillers professionnels dans chaque discipline, doit faciliter l'embauche d'un personnel qualifié, la supervision du nouveau personnel pendant la période de probation, l'arrimage avec l'enseignement pratique, les redevances sur les formations reçues et la discussion des pratiques professionnelles au sein de la discipline.
- Sondages effectués auprès des usagers et des partenaires.
- Forums de réflexion (où chercheurs, praticiens et représentants des organismes communautaires sont tenus à participer).

- Tournée de l'équipe auprès des équipes des différents programmes afin de stimuler l'émergence de nouveaux projets de recherche, d'activités de formation ou de diffusion en réponse aux nouveaux problèmes rencontrés dans la pratique.
- Consultation auprès des partenaires internes et externes afin d'identifier les besoins prioritaires pour le développement des nouvelles pratiques prioritaires.
- Mise sur pied d'un « service de soutien aux programmes et aux services » intégré à la direction de l'enseignement et de la recherche qui a pour but de supporter les démarches d'amélioration de l'organisation de services et de bonification des stratégies d'intervention, en intégrant dans les démarches la littérature scientifique sur le thème concerné.
- Expérimentation d'une formule de « comité ad hoc de transfert de connaissances » pour discuter en profondeur des résultats d'une recherche et définir des modalités d'application avec les intervenants et les gestionnaires.
- Présence des agents de recherche et de chercheurs en résidence, d'un directeur scientifique et d'une directrice des activités de recherche et de formation qui répond régulièrement aux demandes des intervenants et gestionnaires: demandes pour des statistiques, rapports de recherche, articles, grilles d'analyse; d'information sur des questions précises, etc.
- Planification stratégique pour le développement des services de pointe. Mise sur pied d'un groupe de répondants à la recherche ayant pour mandat d'identifier les préoccupations des intervenants en regard des nouveaux problèmes de l'intervention.

Mais, aux dires des représentants de ces établissements, ce qui représente un gain particulièrement important, est, de façon plus générale, tout le changement de culture qui s'est produit à l'intérieur de la plupart des établissements universitaires. On y a en effet développé une culture de la recherche et de l'innovation.

L'une des stratégies parmi les plus courantes pour développer cette culture de recherche et d'innovation a été d'impliquer les intervenants et cliniciens dans chacune des étapes des projets de recherche et d'adaptation des pratiques (réflexion, identification du problème ou des besoins, conception, collecte de données, validation des résultats, diffusion). Pour réussir à travailler de cette façon, il a cependant fallu investir beaucoup de temps et d'énergie pour favoriser la synergie des cultures existantes tant dans le milieu de pratique que dans le milieu universitaire². Or, ce travail de longue haleine commence à porter fruit car les intervenants en voient de plus en plus les bénéfices.

Il n'y a pas si longtemps, parler de l'évaluation systématique des pratiques aurait suscité beaucoup de résistance. Ce qu'on voit maintenant, c'est non seulement une ouverture à la

² Pour un état de la situation en 1997, voir le document « Séminaire ministériel sur le développement des instituts universitaires et des centres affiliés universitaires dans le secteur social : Compte rendu des présentations et des échanges », Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997.

recherche, mais des intervenants qui viennent nous voir avec des questions de recherche et des demandes d'évaluation.

Plusieurs établissements commencent même à trouver qu'il devient difficile de gérer, sans ressources additionnelles, l'augmentation des demandes de la part des intervenants qui veulent en connaître plus sur une problématique précise, qui souhaitent rencontrer tel ou tel expert ou qui développent de nouvelles questions de recherche.

Le dynamisme et l'engagement des intervenants représentent certainement l'une des forces des établissements universitaires. Il faut continuer à le favoriser.

Le développement de pratiques novatrices ou de pointe

Outre l'adaptation des pratiques, le développement des pratiques novatrices ou de pointe est une composante importante de la mission universitaire. Or, un premier constat provenant des réponses du questionnaire et confirmé lors des entrevues est que la notion même de pratiques de pointe pose problème. En effet, tous les établissements n'utilisent pas la même définition. Certains font référence au document de Suret et Carpentier³ ou à celui de Hendlitz⁴, d'autres aux critères de désignation des instituts⁵ ou à des critères plus opérationnels qu'ils se sont donnés à l'interne. D'autres encore ont une conception beaucoup plus large de ce qu'est une pratique de pointe.

Pour moi, une pratique de pointe, c'est quelque chose qui est en avance et qui ne se fait pas ailleurs. Si on n'a trouvé aucun endroit au Québec où on employait cette approche, pour nous, c'est une pratique de pointe. C'est une sorte de pratique maison, et après s'être assuré que personne d'autre ne travaille de cette façon, on établit un processus plus rigoureux pour évaluer son efficacité.

Les pratiques de pointe développées dans les CAU

Un élément contribuant à la confusion est le fait que les critères de désignation ne sont pas les mêmes pour les CAU que pour les Instituts. En effet, alors que l'on décrit assez précisément les attentes pour les Instituts concernant le développement de service de pointe, les critères de

³ Voir leur définition à l'annexe 2.

⁴ Voir l'annexe 3.

⁵ Voir l'annexe 4.

désignation des CAU restent silencieux à cet égard. Selon la loi, les CAU n'ont pas l'obligation de développer de telles pratiques. Pourtant, tous les CAU ont dressé une liste de pratiques de pointe développées dans leur établissement, comme en témoigne le tableau 2. Pourquoi ?

Tableau 2 : Liste des pratiques de pointe développées dans les CAU

CLSC René-Cassin

- Centre de consultation sur l'abus envers les aînés
- Santé mentale pour les personnes âgées de 60 et plus vivant dans la communauté
- Centre de soutien aux aidants naturels
- Le programme Bien Vieillir
- Éthique clinique (service de pointe en développement)
- Case management

CLSC de Sherbrooke

- Modèle d'évaluation des besoins de services psychosociaux des jeunes et de leurs familles basé sur une approche systémique familiale.
- Modèle de collaboration médecins-infirmières-usagers en 1^{ère} ligne basé sur une approche d'autosoins et d'empowerment.
- Modèle d'intervention communautaire basé sur une approche de développement des communautés.
- Modèle de pratique interdisciplinaire de 1^{ère} ligne pour les services destinés aux personnes en perte d'autonomie.
- Modèle de transfert bilatéral de connaissances appliqué au contexte des soins et des services de 1^{ère} ligne.

CHSLD-CLSC Nord de l'Île

- Projet d'intervention en pharmacie communautaire.
- Les enjeux familiaux spécifiques à la décision de placement des personnes âgées en CHSLD.
- Services intégrés (SIPA, MPOC et santé mentale).
- Intervention de proximité auprès des jeunes.

CLSC des Faubourgs

- La pratique du 'reaching-out'
- L'intervention par les pairs
- Les négociations de groupe à groupe
- La clinique dentaire destinée aux jeunes de la rue
- Les interventions de crise à la demande du milieu dans les cas de double problématique « psychiatrie-justice »

CLSC Côte-des-neiges

- L'intervention en milieu pluriethnique (*expertise en recherche et formation de 12 années*)
- L'intervention par quartier
- Développement de réseaux intégrés de service :
 - Projet SIPA (modèle de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie)
 - Projet Diabète

- Services en santé mentale
- Services intégrés pour la femme enceinte (SIFE)
- Projet infirmière de pratique familiale (infirmière praticienne)
- Petite enfance en difficulté

CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières

- Réseau des services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie
- Programme de réduction de consommation de psychotropes « Dormir... après 55 ans »
- Réseau de services intégrés en santé mentale
- Équipe de suivi intensif dans la communauté
- Clinique mobile de vaccination contre les hépatites virales
- Cadre d'intervention pour la clientèle ayant des troubles de la personnalité
- Groupe de soutien pour les troubles anxieux
- Centre régional de dépistage anonyme VIH/SIDA/MTS/Hépatites virales de Québec
- Projet-pilote d'intervention sur les troubles alimentaires à l'adolescence (Bien dans sa tête, bien dans sa peau)
- Programme de formation universitaire des médecins, infirmières et travailleurs sociaux en service de première ligne

Certains CAU aspirent à obtenir éventuellement le statut d'institut misant sur l'une ou l'autre de leur pointe d'excellence. Mais cela ne semble pas être le cas pour la majorité. En fait, si tous les CAU tentent de développer des pratiques de pointe, c'est que le développement de pratiques de pointe leur apparaît comme étant la conséquence ou l'aboutissement logique de la mission universitaire.

Ici, on a toujours fonctionné avec les critères des CAU et des Instituts, parce que ça fait du sens, sinon on a l'impression de ne servir qu'à la formation de la relève. Sans cet aspect d'innovation et d'implication de la part des intervenants, c'est difficile de vendre la mission universitaire.

En d'autres mots, si le sens premier d'un établissement universitaire est l'amélioration continue des pratiques, les CAU, au même titre que les instituts, sont des environnements propices au développement de pratiques novatrices.

Le fait d'avoir des équipes qui réfléchissent beaucoup ainsi que des liens avec des universités et des étudiants qui viennent en stage nous donnent envie d'essayer de nouvelles approches, qui ne sont pas toujours subventionnées au début, mais qu'on essaie tout de même. Et là, naturellement, on veut aussi savoir si ça fonctionne ou non. On demande alors aux chercheurs de venir évaluer cette approche mais les chercheurs, de leur côté, ont besoin que la pratique se fasse dans un certain cadre de façon à pouvoir l'évaluer « scientifiquement ».

D'autre part, les CAU ont la perception que le ministère s'attend à ce qu'ils développent soit des pratiques de pointe, soit quelque chose d'équivalent qui n'est pas très bien défini. Cela est perceptible, selon eux, dans les documents du ministère, dans le rapport Suret, dans la composition des sous-groupes de travail, etc. De même, le programme conjoint MSSS-FQRSC « *Soutien aux infrastructures de recherche des instituts et des centres affiliés universitaires* » définit des critères de financement très précis et va bien au-delà de ce que la loi stipule. On établit au début de ce document une distinction entre les instituts et les CAU au niveau du budget et de l'évaluation, mais on ne fait plus de distinction par la suite entre les deux types d'établissements. Des clarifications s'imposent sur les attentes du MSSS à l'endroit des CAU et des IU; ces distinctions devront de plus être communiquées également aux partenaires tels le FQRSC pour fins d'harmonisation.

Les pratiques de pointe développées dans les instituts

De leur côté, les instituts, qui ont l'obligation de développer des pratiques de pointe, font des efforts considérables pour développer de telles pratiques qui répondent à des critères élevés. Les instituts du secteur jeunesse ont, chacun de leur côté, entrepris une démarche très systématique à ce sujet, y consacrant beaucoup d'énergie. Malgré cela, nous remarquons le développement de « pratiques de pointe » dont certaines semblent se superposer (tableau 3). Ainsi, le « *Projet d'intervention concertée sur le suicide chez les jeunes en difficulté* » du CJM recoupe certains éléments du service de pointe « *L'intervention en situation de problématique suicidaire et de santé mentale* » du CJQ. De même, le CJQ a un service de pointe nommé « *Clarification de projet de vie permanent* » qui ressemble à la pratique de pointe « *À chaque enfant son projet de vie permanent* » du CJM.

Tableau 3 : Les pratiques de pointe des instituts universitaires du secteur jeunesse**CENTRE JEUNESSE DE MONTRÉAL (Secteur de pointe : la violence chez les jeunes)**

- **Le projet Gangs** a pour but de développer un modèle de prévention novateur du phénomène des gangs s'appuyant sur les principes du développement social et communautaire.
- **Le Programme de Probation intensive** propose aux jeunes condamnés en vertu de la LJC des interventions alternatives à la garde ouverte.
- **Le Projet d'intervention concertée sur le suicide chez les jeunes en difficulté** vise à développer et implanter un modèle d'interventions concertées et de pointe auprès des jeunes à risque de suicide à Montréal, afin de diminuer les comportements suicidaires et leurs conséquences négatives.
- **À chacun son projet de vie permanent.**

CENTRE JEUNESSE DE QUÉBEC (Secteur de pointe : les problèmes de comportement)

- **L'intervention en situation de problématique suicidaire et de santé mentale :** Cette intervention s'inscrit dans un continuum de services débutant par un dépistage systématique à l'aide d'une grille à l'étape évaluation-orientation pour les enfants de 12 à 18 ans en protection de la jeunesse et en jeunes contrevenants.
- **Multiprogramme (un service de réadaptation interne) :** Intervention intensive et de courte durée d'évaluation et d'orientation d'un jeune avec ou sans hébergement au centre de réadaptation.
- **AD-AGR-A (adolescents agressifs action) :** Reconnu comme programme officiel au CJQ-IU, ce programme est un groupe d'entraide pour adolescents manifestant des difficultés à gérer l'expression de leur agressivité.
- **Le transfert des acquis :** La particularité de ce programme se trouve dans la possibilité d'alternance des séjours en hébergement et des séjours dans le milieu d'origine de l'adolescent.
- **Clarification de projet de vie permanent (programme « faire des racines ») :** L'objectif central vise à permettre aux parents d'énoncer leurs intentions à l'égard de leur enfant, de son développement, de son avenir et d'en dégager les modes d'implication et d'engagement qui en découlent. Pour ce faire, des outils cliniques validés ou en cours d'évaluation sont ciblés en fonction de trois groupes d'âge, c'est à dire 0-5 ans, 6-13 ans et 14-17 ans.

La petite histoire du processus de désignation de ces deux établissements explique en partie cette situation. Le Centre jeunesse de Québec est d'abord désigné en 1995 avec comme créneau de désignation les « troubles de comportement » des jeunes. L'année suivante, le Centre jeunesse de Montréal est à son tour désigné institut universitaire avec comme créneau de désignation « la violence » mais avec, en plus, le fardeau de faire la preuve qu'il y a bel et bien de la place pour deux instituts universitaires dans le secteur « jeunesse ». On comprend dès lors qu'une certaine concurrence ait pu régner entre les deux établissements qui, chacun de leur côté, auront à se

soumettre au processus de renouvellement dans les années qui suivent. À la lumière de cet exemple, ne serait-il pas pertinent de revoir le processus associé au maintien de la désignation universitaire ?

D'autres établissements universitaires (CAU et instituts) ont également souligné que les établissements qui aspirent au statut d'établissement universitaire n'ont pas intérêt à reconnaître l'expertise de leur « compétiteur » si cette reconnaissance est essentielle à l'obtention et au maintien du statut universitaire. Il semble donc que le processus actuel pour l'obtention et le maintien de la désignation universitaire puisse nuire au développement de partenariat et d'échanges entre les établissements désignés mais aussi entre les établissements universitaires et ceux qui aspirent à le devenir. En fait, s'il est légitime de faire un concours (mettant ainsi les établissements intéressés en compétition) pour désigner le ou les établissements qui répondront le mieux aux critères de désignation d'un secteur ou d'un programme quelconque, une fois la désignation accordée, et étant donné le travail immense à accomplir pour instaurer une culture de recherche et d'innovation dans un établissement, le ministère devrait s'engager davantage et à long terme envers ces établissements, et éviter toutes procédures qui risquent de les remettre en compétition les uns par rapport aux autres pour le maintien de leur statut universitaire. Le ministère devrait aussi clarifier la vision globale du réseau qu'il entend mettre sur pied et la présenter à l'ensemble des partenaires de façon à ne plus créer de fausses attentes dans le milieu.

Dans les deux instituts de gériatrie et à l'institut de réadaptation physique, on remarque que les pratiques de pointe développées reflètent la vocation mixte de ces établissements. De plus, du côté des instituts en gériatrie, qui ont présenté leurs pratiques de pointe et secteurs d'excellence dans un document conjoint, on remarque aussi un certain chevauchement au niveau des secteurs d'excellence. Malgré une certaine harmonisation entre les deux instituts, y aurait-il lieu, comme dans le cas des instituts du secteur jeunesse, de préciser davantage les expertises spécifiques de chaque établissement ?

Tableau 4 : Les pratiques de pointe des instituts à vocation mixte (social/santé)**Les deux instituts universitaires de gériatrie: Sherbrooke (IUGS) et Montréal (IUGM)**

Les deux instituts de gériatrie ont présenté leurs pratiques de pointe dans un document conjoint.

- Protocole interdisciplinaire d'évaluation et d'intervention pour les personnes dysphagiques (IUGM).
- Développement d'approches nouvelles dans le positionnement et les adaptations fonctionnelles et environnementales (IUGM).
- Développement de protocoles d'évaluation de la capacité des personnes à conduire un fauteuil roulant motorisé sans risque pour elle-même et pour les autres (IUGM).
- Développement d'outils d'évaluation en animation d'un milieu de vie (IUGS).
- Développement de guides éthiques pour la prise de décision concernant la réanimation, l'alimentation, le traitement de la douleur, la sexualité, etc. (IUGS).
- Protocoles d'évaluation et d'interventions interdisciplinaires pour le traitement des personnes âgées souffrant d'incontinence urinaire et fécale, problème amenant souvent la personne vers un hébergement prématuré (IUGS, IUGM).
- Programme clinique pour l'évaluation et le traitement des personnes souffrant d'AVC (IUGS).
- Programmation clinique pour les personnes ayant une ou des amputations des membres inférieurs (IUGS).
- Étude de temps et de mouvement (identification des activités de soins effectuées par les infirmières en SLD) (IUGS).
- Gestion des troubles de comportement (IUGS, IUGM).
- Développement, évaluation et expérimentation d'un nouveau programme clinique intitulé *Soins intensifs du comportement* (IUGS).
- Prévention des incidents liés à l'alimentation et à la prise de médicaments (IUGS, IUGM).
- Approches à la personne mourante (IUGS et IUGM).
- Développement et validation de 140 plans de soins guides (IUGS, IUGM).
- Grille pour l'évaluation des problèmes d'alimentation (IUGS, IUGM).
- Collecte de données et suivi en SLD (IUGS).
- Diverses technologies au plan clinique ou environnemental (IUGS, IUGM).

IRDPO

- Le programme de réadaptation s'adressant aux enfants et aux adultes avec implants cochléaires.
- Le Centre d'expertise de l'Est de la province pour personnes blessées médullaires.
- Le Centre d'expertise de l'Est pour personnes avec brûlures graves.
- Le programme de communication non orale et contrôle environnemental.
- Le projet pilote de conduite automobile en déficience visuelle.
- Le programme de réadaptation en dysphasie (parole et langage).
- Le programme de réadaptation et d'intégration sociale pour les enfants et adultes avec surdité.
- Le programme de réadaptation et de soutien à l'intégration sociale pour les enfants et les adultes ayant subi un traumatisme crânien.
- Le programme de réadaptation et de soutien à l'intégration sociale pour les personnes ayant subi une amputation.
- Le programme de réadaptation et d'intégration sociale des enfants avec myélopathies.
- Le programme de réadaptation s'adressant aux jeunes ayant une déficience motrice cérébrale.
- L'approche programme.
- Certaines aides techniques.
- Le volet évaluation expertise de la conduite automobile en déficience motrice.

Pour s'assurer de l'utilisation maximale des ressources, il semblerait en effet opportun de mettre sur pied des mécanismes pour coordonner le développement de nouvelles « pratiques de pointe » ou secteurs d'excellence et éviter ainsi le développement en parallèle de « pratiques de pointe » semblables.

Cela dit, on sait aussi que les nouvelles pratiques doivent prendre racine dans les milieux de pratique et que des problématiques semblables peuvent donner lieu à des pratiques différentes en fonction des caractéristiques et des ressources des différents milieux. Il importe donc surtout de s'assurer que le travail des établissements oeuvrant auprès des mêmes clientèles ou sur des problématiques semblables soit complémentaire et que chacun apporte un éclairage nouveau ou supplémentaire à la problématique étudiée.

Il faut ajouter que la complexité de la réalité sociale influence aussi le processus de développement de pratiques de pointe. En effet, bien que le rapport Suret ait identifié trois stades de développement d'un service de pointe⁶, les entrevues ont révélé que les catégories « en émergence », « en développement » et « en place » ne peuvent pas toujours rendre compte des différents processus de développement d'une nouvelle pratique. Ainsi, certains éléments ou aspects d'une pratique peuvent être en place alors que d'autres sont encore au stade de développement. Par exemple, le programme AD-AGR-A du Centre jeunesse de Québec est en place pour les garçons alors que le volet pour les filles est en développement. Dans d'autres circonstances, une pratique a été développée et évaluée mais le contexte dans lequel elle évolue change, ce qui demande une adaptation à la nouvelle réalité, et possiblement une nouvelle évaluation. Le programme « Probation intensive » du Centre jeunesse de Montréal, par exemple, était très avancé dans son développement lorsque tout le contexte légal a changé. Il a alors fallu réajuster les outils et la pratique au nouveau contexte. De même, une nouvelle pratique qui s'avère efficace pourra produire des effets pervers non anticipés qui feront à leur tour l'objet d'études et d'ajustements. Les pratiques sociales sont donc en constante évolution et on ne peut pas toujours identifier un début, un milieu et une fin qui conduiraient à l'exportation de la pratique suite à son évaluation.

⁶Suret, J.-M. & Carpentier, C. *Norme de rapport d'activité de la mission universitaire des instituts et des centres affiliés*, Rapport final remis au Comité aviseur au ministre de la Santé et des Services sociaux, mai 2000, p. 34.

Plusieurs représentants des établissements suggèrent de voir le développement de pratiques de pointe dans le secteur social non pas de façon linéaire, mais plutôt comme une boucle ou une spirale allant de l'identification du problème au raffinement et à l'ajustement continu de l'intervention. Voilà une belle illustration de la spécificité des approches et des logiques propres au domaine social.

Étant donné ce qui précède, peut-être n'est-ce pas surprenant d'observer à travers les réponses des questionnaires une diversité d'éléments se retrouvant sous la rubrique « pratiques de pointe » :

- *des expertises particulières ou des pratiques novatrices non encore évaluées* (ex : la pratique « Multiprogramme : un service de réadaptation interne » du CJQ ou le « Projet infirmière de pratique familiale (infirmière praticienne) » du CLSC Côte-des-Neiges);
- *des outils de dépistage ou d'évaluation* (ex : l'indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) ou encore un outil servant à dépister l'épuisement des aidants naturels);
- *des programmes structurés et soutenus par une désignation ministérielle* (ex : le programme de réadaptation s'adressant aux enfants et aux adultes avec implants cochléaires de l'IRDPO);
- *des « approches » basées sur des expérimentations ou une philosophie particulière* (ex : l'approche de réduction des méfaits et son adaptation à un contexte de réadaptation du Centre Dollard Cormier, l'intervention par les pairs du CLSC des Faubourgs);
- *des modalités d'organisation des services* (ex : les continuums de services en neurotraumatologie de l'IRDPO).

On comprendra que certains de ces « produits » deviendront plus ou moins facilement exportables. Aussi, il est plus facile d'exporter un outil de dépistage qu'une pratique ou une approche qui demande un plus long processus d'appropriation. Le développement de pratiques novatrices dans une organisation implique, ipso facto, que d'autres établissements doivent par la suite, l'adapter à leur contexte propre.

En conclusion, il importe que les établissements universitaires du secteur social se donnent un lexique commun pour rendre compte des activités novatrices ou secteurs d'excellence qu'ils développent, lexique qui devra refléter adéquatement les spécificités de ce secteur.

Le transfert des connaissances

Dans le secteur social, le transfert de connaissances exige un ajustement des résultats de recherche aux besoins, à l'environnement et à la culture des personnes visées (clientèle ou intervenant) pour l'atteinte d'objectifs tels que de favoriser la participation et l'intégration sociale. De façon générale, on constate que les établissements font des efforts considérables au niveau du transfert des connaissances.

Le transfert des connaissances à l'interne

Pour la majorité des établissements, le transfert de connaissances à l'interne se fait d'abord et avant tout à travers une façon différente de travailler.

La philosophie de ce que l'on est en train de mettre sur pied par rapport au transfert des connaissances veut que les connaissances se construisent collectivement dans nos démarches de recherche elles-mêmes avec les intervenants et les chercheurs autour de la table. Les connaissances sont intégrées dans la démarche de recherche elle-même avec, dans certains cas, un impact direct sur les pratiques. Cela est très innovateur. Le modèle universitaire est tellement différent. Une fois qu'on ouvre la porte à l'implication des intervenants, il y a plein d'idées qui germent et de projets qui peuvent se développer. Donc interpénétration des pratiques entre les chercheurs et les praticiens.

Le fait qu'on ait commencé à travailler en incluant les intervenants dès le départ dans la programmation de recherche, les façons différentes qu'on a développées pour rester en lien avec les intervenants, les actions pour développer chez les intervenants le réflexe d'aller voir ce qui se fait ailleurs, ce sont toutes des formes d'activités de transfert de connaissances. Dans tout cela, le processus est important et donne des résultats concrets qui ne sont pas toujours visibles – du moins qui ne se traduisent pas en terme de publications scientifiques.

Au fil des années, des stratégies se développent pour rejoindre le plus grand nombre d'intervenants.

On a changé la formule, plutôt que d'organiser des conférences, on est allé vers les intervenants pour leur demander ce dont ils ont envie d'entendre parler. Et maintenant, c'est l'équipe qui se déplace. On s'est donc adapté à la demande. On a mis beaucoup d'efforts pour faciliter les rapports avec les intervenants. Au début, les gens disaient qu'ils ne savaient pas ce que l'équipe de recherche faisait ni qui étaient les chercheurs. Maintenant que l'équipe fait le tour et qu'il y a un espace pour les échanges, c'est plus facile de les rejoindre.

Le transfert des connaissances à l'externe

Pour ce qui est du transfert des connaissances à l'externe, différentes stratégies sont employées pour faire connaître les pratiques de pointe à l'ensemble des établissements du réseau, comme en témoigne le tableau suivant.

Tableau 5 : Stratégies pour faire connaître les pratiques de pointe à l'externe

- Formation s'adressant aux membres du réseau sous forme de cours, de stages, de séminaires ou de formation sur mesure
- Organisation ou participation à des colloques ou conférences
- Publications scientifiques et professionnelles
- Diffusion de publications provenant de l'établissement
- Diffusion sur le site WEB de l'établissement de rapports et résumés de recherche
- Participation à des comités régionaux, provinciaux, tables de concertation, réunions, etc.
- Conférences de presse, émissions de radio et lancements officiels pour la promotion des services de pointe
- Consultations offertes à l'extérieur (ex. Ministères - Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux).

Les efforts en ce sens semblent cependant varier en fonction du stade de développement du « produit » à exporter, des besoins des membres du réseau (un outil qui comble un vide et qui répond à un besoin urgent sera très en demande, souvent même avant qu'il ne soit adéquatement évalué), des exigences et contraintes universitaires (la diffusion scientifique est reconnue et valorisée alors que la diffusion clinique ne l'est pas), des opportunités qui se présentent et de la capacité de l'établissement à dégager des ressources qui transformeront les résultats des recherches en un produit « utilisable » pour l'intervenant ou le clinicien.

Le transfert des connaissances auprès des gestionnaires et des décideurs

Il ressort également que peu d'efforts sont déployés pour réaliser des activités de transfert de connaissances auprès des gestionnaires d'établissements et des décideurs d'instance telles le MSSS, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ou encore les associations d'établissements. Voilà une lacune majeure.

La distance entre les décideurs (ceux qui font des programmes) et les milieux (ceux qui les appliquent) est aussi grande en ce moment que la distance qui existait avant entre les chercheurs et les intervenants.

Pourtant, les résultats des travaux reliés au développement et à l'adaptation des pratiques devraient constituer un soutien pertinent aux décisions de gestion et d'orientations, qui sont prises par des gestionnaires et des décideurs locaux, régionaux, provinciaux. Pourquoi se prive-t-on de telles connaissances ?

L'évaluation

Il est difficile, à l'intérieur du présent mandat, de dresser un bilan exhaustif de la situation actuelle en ce qui concerne les pratiques d'évaluation dans les établissements universitaires oeuvrant dans le secteur social. Tout au plus, pouvons-nous dire que les évaluations ne sont pas systématiques et que les modes d'évaluation semblent varier d'un établissement à l'autre, voir d'un projet à l'autre. En fait, étant donné les différents types de pratiques novatrices recensés ainsi que le développement non linéaire de plusieurs de ces pratiques, il n'est pas surprenant de retrouver des formes diverses d'évaluation. Il arrive en effet que certains aspects ou certaines étapes d'un programme ou d'un projet soient évalués alors que d'autres ne le sont pas. Ainsi, certaines pratiques de pointe ont été évaluées au niveau de leur implantation alors que d'autres, moins nombreuses, ont fait l'objet d'une évaluation d'impact.

Il faut dire que, contrairement aux établissements de santé physique, le concept d'évaluation des programmes dans les établissements oeuvrant dans le domaine social est intimement lié à l'amélioration continue de la qualité des services. Ceci rend difficile l'application d'un modèle linéaire d'évaluation alors que chaque étude peut conduire à de nouvelles questions d'évaluation pour l'amélioration d'un programme de pointe. En santé physique, l'évaluation d'un mode d'intervention ou d'une technologie peut amener à en généraliser ou en cesser l'utilisation. Bien que ceci puisse à l'occasion se produire dans les établissements oeuvrant dans le domaine social, l'évaluation sert généralement à améliorer le contenu du programme. De plus, si les résultats peuvent être diffusés, ils sont rarement totalement généralisables car leur application dépend,

comme nous l'avons déjà mentionné, des besoins et de l'environnement spécifique à chaque clientèle traitée.

Cela dit, une multitude de facteurs semblent entrer en ligne de compte lorsqu'il est question d'évaluation dans les établissements oeuvrant dans le domaine social. Le financement est bien sûr un des facteurs importants. Outre cet élément, l'importance que la direction de l'établissement accorde à ces activités, l'évolution du projet, de la pratique ou du programme à évaluer ainsi que la disponibilité et/ou l'association avec des experts en évaluation semblent être des facteurs qui influencent les pratiques d'évaluation.

Il est intéressant de noter que le sous-groupe de travail sur l'évaluation des technologies de la Table de concertation et de coordination permanente sur l'allocation des ressources du MSSS a aussi noté des variations importantes tant dans le mode d'organisation que dans le champ d'application de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention dans les établissements universitaires du secteur de la santé. Ce sous-comité a par ailleurs tenté de clarifier certains concepts et de délimiter le champ d'application de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé⁷. Le travail initié au sein de ce sous-comité pourrait être approfondi dans le domaine social.

Mentionnons enfin que, bien que plusieurs chercheurs soumettent des projets de recherches évaluatives, il n'existe aucune coordination permettant de connaître les évaluations en cours ni aucun mécanisme pour transmettre rapidement les résultats de ces recherches ou de ces études. Beaucoup reste à faire à ce niveau.

⁷ Voir Hendlisz, J., 2004, p. 52-72.

ENJEUX

Cette section rend compte des enjeux et des problèmes actuels rencontrés par les établissements, tels que rapportés lors des rencontres individuelles ou soulevés lors des rencontres du groupe de travail.

1- La reconnaissance et la pérennité

Les établissements universitaires oeuvrant dans le secteur des services sociaux sont des créations récentes dont le déploiement a été peu balisé. Pour assurer leur développement et réaliser leur mission dans les meilleures conditions possibles, ces établissements ont besoin d'être pleinement reconnus par les instances appropriées. Cette reconnaissance doit prendre diverses formes.

D'abord, il faut reconnaître le rôle essentiel des CAU et IU oeuvrant dans le domaine social. À ce titre, il y aurait lieu de définir plus spécifiquement le rôle que peuvent jouer ces établissements dans le développement de services de qualité à la clientèle ainsi que dans la définition, l'analyse et l'évaluation des politiques pour les décideurs et de les supporter concrètement et pleinement.

Ensuite, il y aurait lieu d'élaborer et d'actualiser des orientations stratégiques ainsi qu'un plan de déploiement des établissements universitaires de façon à soutenir, comme le sont les CHU, le développement stable et durable de ces établissements.

Il faut clarifier aussi l'imputabilité et les résultats attendus de ces établissements tant dans la prestation des services à leurs clientèles que dans les activités reliées à leur mission universitaire (équilibre attendu mission-services/mission universitaire).

2- Le financement de l'infrastructure

La question du financement témoigne de l'importance réelle que l'on accorde aux établissements universitaires. Actuellement, l'argent de l'infrastructure, dont bénéficient certains établissements, paie partiellement pour le personnel et l'équipement, mais il y a aussi plusieurs autres frais pour l'établissement qui ne sont pas défrayés (ex : soutien aux ressources humaines, coûts reliés à la formation dans les autres établissements du réseau, coût reliés au soutien administratif et au soutien logistique de l'équipe de recherche, etc.). Rappelons ici l'analyse exhaustive contenue dans le rapport Hendlisz.

Concernant les aspects reliés plus spécifiquement au mandat de notre comité, la composante « innovation et développement des pratiques » n'est pas définie sur le plan budgétaire, et par conséquent, n'est pas spécifiquement financée. Or, l'un des défis est d'associer les intervenants le plus étroitement possible à la recherche, à l'évaluation, à la réflexion sur leurs pratiques et à la création de nouveaux projets. Pour cela, il faut les libérer et cela représente des coûts pour l'établissement qui n'a pas accès à des effectifs supplémentaires pour accomplir sa mission universitaire. L'innovation requiert une certaine marge de manœuvre financière.

D'autre part, les établissements ont de plus en plus de connaissances à diffuser et de moins en moins de ressources pour le faire. Les chercheurs, de leur côté, ne peuvent pas non plus recevoir d'argent pour engager un agent de recherche qui vulgariserait leurs résultats, construirait des guides d'intervention, etc.

Enfin, les activités d'évaluation coûtent cher. Certaines évaluations de type « recherche évaluative » peuvent être financées par les fonds de recherche mais les évaluations continues ou à des fins de gestion ne le sont jamais. Leur importance mérite un financement adéquat.

3- L'impact de l'intégration d'une mission universitaire sur la gestion des ressources humaines, informationnelles, financières et matérielles

Au niveau organisationnel, il n'est pas toujours facile de concilier les différentes fonctions d'un établissement universitaire : services, enseignement, recherche et développement/évaluation des pratiques. Tant au plan budgétaire, au niveau des ressources humaines qu'au plan de

l'organisation des services, il faut adapter la gestion de l'établissement aux exigences de la mission universitaire pour y intégrer ces différentes fonctions. Pour favoriser le dynamisme nécessaire à la réalisation des différents aspects de la mission universitaire tout en maintenant des services de très haute qualité, cela suppose un budget d'opération très solide. Or, la budgétisation actuelle ne tient pas compte de la cohabitation des deux volets des établissements universitaires.

De plus, les ressources matérielles et les nouvelles technologies requises pour remplir la mission universitaire (les supports informatiques pour les bases de données de recherche, par exemple) complexifient la gestion journalière de l'établissement.

Au niveau de la gestion prévisionnelle des ressources et de la planification de la main-d'œuvre, une autre conséquence de la mission universitaire est la recherche d'un personnel plus polyvalent. De plus, la mission universitaire met une pression sur le personnel qui, bien qu'il apprécie le dynamisme créé autour de cette mission, se voit souvent ajouter une surcharge à son travail. Car plus l'établissement a une bonne réputation, plus il reçoit des demandes de l'extérieur. Et le personnel se sent obligé de répondre à chacune des demandes, même s'il n'y a pas de ressources supplémentaires pour faire ce travail ou pour remplacer ceux qui le font. Il faut sortir de ce cercle vicieux.

Une difficulté supplémentaire est celle d'avoir concilié le développement d'une culture universitaire dans tout l'établissement avec le développement d'une programmation de recherche pointue. Si les activités d'innovation et de transfert de connaissances ne touchent que certaines problématiques ou clientèles, on limite le développement des activités universitaires à un sous-groupe au sein de l'organisation. Le plan de communication de l'établissement doit s'assurer de maintenir l'intérêt de tous les intervenants qu'ils soient ou non impliqués dans les programmes ou pratiques de pointe.

D'autre part, rester à la fine pointe des connaissances implique souvent qu'il faille se déplacer de plus en plus loin, favoriser la formation et rehausser les critères d'embauche du personnel pour maintenir son niveau d'expertise.

Bref, outre les activités d'enseignement et de recherche qui sont financées, c'est l'ensemble d'un établissement avec une mission universitaire qui doit s'ajuster aux exigences liées à l'innovation et à l'expérimentation, notamment en matière de gestion des ressources humaines et informationnelles. Cet impact est peu soutenu.

4- L'impact des récentes décisions de certains organismes subventionnaires

Avant la réorganisation des fonds québécois de la recherche, le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) avait adopté comme cadre de référence de base la *Politique de la santé et du bien-être* (1992) et l'ensemble des recherches touchaient des problématiques et des approches pertinentes à l'actualisation des objectifs de cette politique. De surcroît, cet organisme privilégiait les recherches sociales, en partenariat entre les milieux universitaires et les milieux de pratique, afin de favoriser l'interinfluence des cultures et d'accroître les retombées pratiques de la recherche sociale. Un programme de chercheurs-boursiers en milieu de pratique avait d'ailleurs été mis sur pied pour favoriser l'émergence de chercheurs de carrière en milieu de pratique, qui devaient jouer un rôle central dans le développement de la culture de recherche au sein des établissements. Finalement, le budget de soutien à l'infrastructure de recherche de certains établissements du secteur social (CLSC-CAU et instituts en jeunesse) avait aussi été transféré au CQRS. Pour les établissements universitaires du secteur social, le CQRS était donc un organisme dont la mission, la philosophie de développement de la recherche et les programmes convergeaient avec la mission et la philosophie des établissements du secteur social du réseau qui développaient des missions universitaires. Il y avait une sorte de « synchronisme » entre les missions respectives (CQRS et établissements du secteur social) qui permettait, en matière de développement de pratiques de pointe et d'activités de transfert de connaissances, de faire des développements cohérents.

La refonte des fonds de recherche québécois a engendré un découpage des créneaux des fonds en fonction des objets de recherche plutôt que par discipline. Le CQRS est devenu le *Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture* (FQRSC) et sa mission s'est élargie pour intégrer, entre autres, des problématiques du domaine des arts et des lettres, de l'éducation et de l'administration. Cette modification de la clientèle à desservir a entraîné la disparition de la PSBE

comme toile de fond pour le développement de la recherche. De plus, la recherche menée en milieu de pratique est devenue l'un des types de recherche parmi plusieurs autres et non plus une philosophie caractéristique du fonds de recherche. Conséquemment, la recherche dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ne constituait plus un secteur prioritaire. Finalement, confronté à des coupures budgétaires, le FQRSC a été amené à prendre des décisions qui compromettent le développement de la recherche dans nos milieux et qui a un effet majeur sur le développement de pratiques de pointe et les activités de transfert de connaissances qui exigent une **coopération étroite sur le terrain** entre des gestionnaires, des professionnels et des professeurs-chercheurs. Ces décisions ont pour conséquences l'abolition du programme de chercheurs-boursiers, l'absence d'une enveloppe budgétaire **protégée** pour le développement d'équipes de recherche dans les établissements universitaires du secteur social et la réduction des fonds d'infrastructure alloués à certains établissements dans le contexte des coupures des budgets du FQRSC. Finalement, le FQRSC est rattaché au MDERR (Ministère du Développement économique régional et de la Recherche) dont la mission et les enjeux apparaissent moins coordonnés avec ceux de nos établissements.

La transformation des modalités de financement de la recherche dans les établissements du secteur social a donc réduit de façon importante les probabilités pour nos établissements de faire financer des recherches liées aux pratiques de pointe en développement dans nos établissements et des recherches dont les résultats serviront à ajuster nos pratiques.

5- La nature des liens entre les établissements universitaires du secteur social et les universités

L'arrimage entre les besoins des milieux de pratique et les besoins de nos partenaires universitaires ne se fait pas toujours. Pourtant, il s'agit là d'un enjeu majeur lorsqu'il est question de pratiques de pointe et de transfert de connaissances.

En effet, le développement des pratiques de pointe exige une synergie entre des activités de prestation de services, d'enseignement, de recherche et d'évaluation. Une telle synergie exige une interinfluence et une cohérence dans les projets de développement des milieux de services et

des milieux universitaires. Comment la favoriser ? Plusieurs milieux constatent l'implication des partenaires universitaires dans des projets cohérents avec leurs objectifs de recherche et leur désir d'influencer les choix de pratiques novatrices ou de pointe dans les établissements. Par ailleurs, on sent que l'influence des établissements sur les priorités des partenaires universitaires est perçue comme brimant la liberté académique et que de ce fait, elle est plus virtuelle que réelle.

En matière de transfert de connaissances, les liens entre les établissements et les partenaires universitaires doivent être consolidés. Par exemple, nous savons que pour maximiser l'utilisation des résultats de recherche dans la pratique, il est préférable que les recherches partent des besoins des établissements (gestion ou intervention), se fassent en collaboration avec des professionnels et des gestionnaires des établissements et que les résultats de ces recherches soient transposés dans des outils d'intervention et des approches ajustées aux besoins des usagers de services et aux contraintes des établissements. De telles pratiques exigent des investissements importants et des perspectives de développement à moyen et long termes. Il faut donc mettre en place des mécanismes ou des lieux d'arrimage entre le réseau des établissements universitaires du secteur social et les partenaires universitaires pour assurer une convergence des intérêts et des priorités. Cet enjeu devient prioritaire.

6- La consolidation des activités d'évaluation

Lorsque la culture de recherche et d'innovation est assez bien installée, il faut développer le réflexe de l'évaluation et trouver des moyens de réaliser des évaluations rigoureuses et scientifiques de façon plus systématique. Rappelons que le but de l'évaluation est de soutenir la prise de décision pour l'amélioration des services, et ce, à trois niveaux:

- 1) Au niveau micro, l'évaluation doit contribuer à l'amélioration des pratiques en matière d'intervention sociale dans un contexte organisationnel donné. À cet égard, les établissements universitaires, et notamment les instituts, devront consolider l'évaluation de leurs pratiques car ces activités d'évaluation font nécessairement partie du processus de développement et de diffusion de ces nouvelles pratiques.

- 2) Au niveau meso, les équipes de recherche des instituts et des CAU doivent soutenir la prise de décision des gestionnaires dans leurs établissements et dans d'autres établissements du réseau en effectuant des évaluations multisites, donc plus complètes en vue d'une adaptation à des contextes organisationnels et environnementaux variés, d'un certain nombre de programmes ou de services.
- 3) Au niveau macro, les établissements universitaires devraient contribuer, par leurs activités d'évaluation, à l'élaboration d'orientations dans le réseau (cadres de référence, politiques, etc.) dans leurs secteurs d'expertise respectifs. À cet égard, il faudra développer ou renforcer les partenariats avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et les Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

7- L'amélioration des stratégies de transfert de connaissances

Une préoccupation de plus en plus présente consiste à trouver des moyens pour intégrer le transfert de connaissances au fonctionnement quotidien de l'organisation. Le problème est d'autant plus grand que les établissements ont de plus en plus de connaissances à transférer (provenant de leurs propres recherches ou d'ailleurs) sans pour autant que les intervenants aient plus de temps pour prendre connaissance de ces nouvelles informations. De plus, les acteurs à rejoindre sont nombreux, diversifiés et sollicités de toutes parts. Il faut donc devenir de meilleurs communicateurs, être sélectifs et apprendre à mieux cibler les messages.

Un des problèmes, c'est qu'on prépare un seul message et qu'on adresse le même message aux différents groupes d'acteurs. On aurait avantage à mieux cibler nos publics... Si, dans le même rapport, on essaie de répondre aux questions des intervenants et des gestionnaires, on passe à côté des deux. Par exemple, dans un cas concret, aux gestionnaires on aurait du dire : ce que vous vouliez, on n'est pas capable de vous le livrer et aux intervenants : voilà, on a développé une nouvelle pratique. En ne faisant qu'un seul rapport, on a déprimé les deux gangs.

En plus de développer des stratégies efficaces à l'intérieur des établissements universitaires, il faut mieux structurer le transfert des connaissances au sein du réseau, notamment auprès des autres établissements, des agences et du ministère.

Ces préoccupations et d'autres questions touchant le transfert des connaissances ont d'ailleurs donné naissance à un projet de recherche auquel participent quatre CAU. Ce projet est un premier pas vers une mise en commun qui ne peut que faire avancer les choses. Voilà une piste prometteuse.

8- L'impact de la création des réseaux locaux de services

La loi 25 qui crée des réseaux locaux de services, reconfigure le système. L'environnement dans lequel évolueront certains des CAU sera donc considérablement transformé. Acteur tant dans le domaine de la santé que dans le domaine social, le CSSS devra avoir accès à divers types de désignation universitaire.

En général, les établissements touchés par cette réorganisation perçoivent ce changement comme pouvant être très positif pour la mission universitaire: possibilité d'avoir un impact sur un plus grand nombre de personnes, possibilité de développements pouvant amener une masse critique suffisante et une reconnaissance encore plus grande aux différentes activités, etc. Mais tout cela n'est pas sans conséquences à court terme. En effet, la réorganisation des services :

- oblige à reprendre le travail par rapport au développement et au maintien de la culture de recherche et développement de pratiques novatrices;
- élargit le nombre d'auditoires visés en matière de transfert de connaissances et d'adaptation des pratiques (ex. partenaires intersectoriels, cliniques médicales, etc.);
- suppose une période de transition et d'ajustement sur quelques années;
- demande de revoir les ententes avec les universités;
- implique de revoir les thématiques, la façon de travailler et les partenaires qui seront impliqués;
- suppose une phase transitoire dans les désignations.

Ce changement au niveau de la mission des établissements nécessitera des ajustements au niveau des critères de désignation. Pour tenir compte de cette nouvelle catégorie d'établissements à missions « mixtes », peut-être faudra-t-il créer une nouvelle catégorie d'établissements universitaires, en plus des IU et CAU.

PISTES DE SOLUTIONS /PROPOSITIONS

L'examen attentif de l'état de question ainsi que des enjeux nous conduit à effectuer des propositions de quatre ordres : celles qui s'adressent au ministère de la Santé et des Services sociaux, aux universités, aux organismes subventionnaires de recherche et aux établissements désignés universitaires. En effet, ces quatre acteurs-clés jouent un rôle distinct, complémentaire et indispensable. Considérons-les donc successivement pour ensuite conclure en leur essentielle intégration.

A. LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

En sa qualité de principal responsable de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, y incluant ses établissements désignés universitaires, nous proposons que le ministère :

- présente une **vision claire** de son réseau universitaire au niveau des services sociaux et des services où coexistent un volet santé et un volet social. Cette vision doit témoigner d'une compréhension de la réalité propre au domaine social et au domaine mixte social/santé.
- identifie les **types d'établissements universitaires** dont il souhaite doter son réseau : IU (article 90), CAU et, éventuellement, CUSSS (Centre universitaire de santé et services sociaux). Pour chacun de ces types d'établissements, des attentes précises doivent être formulées.
- rende **durable** la désignation universitaire à l'instar de ce qui se fait dans le domaine de la santé (CHU, IU en vertu de l'article 89) en intégrant des mécanismes d'imputabilité qui ne remettent pas en question la désignation des établissements, mais qui sont plutôt une occasion de réajustement pour consolider la mission universitaire.
- conçoive et mette en œuvre un **plan de déploiement** de son réseau universitaire bâti à partir des pointes d'excellence des milieux et de l'utilité sociale, et en s'assurant :
 - 1) de couvrir l'ensemble des clientèles et des problématiques du secteur social,
 - 2) de la valeur ajoutée de la contribution de chacun des établissements universitaires du réseau, et

- 3) du caractère transférable des activités des établissements désignés qui doivent répondre à des besoins à la fois locaux et nationaux.
- utilise *l'expertise* de son réseau d'établissements universitaires et tient compte des avis, conseils, évaluations de programmes ou de pratiques en résultant dans l'élaboration de sa programmation, etc.
 - mette sur pied une *structure de concertation* qui réunit les principaux acteurs (universités, établissements désignés universitaires, agences, Fonds et Ministère) concernés par le développement et l'adaptation des pratiques dans le secteur social afin, entre autres, d'harmoniser le développement des pratiques de pointe, de renforcer les efforts de transfert de connaissances, de développer la fonction d'évaluation, etc.
 - s'assure aussi de la *concertation avec les établissements universitaires du secteur de la santé*.
 - clarifie *le rôle des agences* et s'assure qu'elles tiennent compte et supportent le développement des établissements universitaires et qu'elles utilisent leur expertise.
 - effectue des *ponts avec les autres ministères* dont le ministère de l'Éducation et le ministère du Développement économique régional et de la Recherche afin de se coordonner avec tous ceux qui ont une influence sur le développement et l'adaptation des pratiques dans le secteur social. Un effort de cohésion et d'harmonisation entre les programmes de financement, entre autres, s'impose plus que jamais. De même, la reconnaissance universitaire des chercheurs en milieu de pratique est nécessaire au développement des pratiques.
 - accorde à chaque établissement universitaire le *financement* requis : soutien à la recherche, à l'enseignement et au développement des pratiques, soutien à l'évaluation et aux activités de transfert des connaissances, budget d'opération (T.I., formation, compétence du personnel). De façon plus précise, nous proposons que le ministère :
 - subventionne, dans chacun des établissements universitaires, la fonction *d'innovation dans le secteur social et dans le secteur social/santé* chargée de développer et d'adapter des pratiques en complémentarité (sans dédoublement) avec les autres établissements ayant une mission semblable ou visant une même clientèle ou problématique.
 - subventionne, dans chacun des établissements universitaires, la fonction *d'évaluation des pratiques et des programmes*.
 - *ajuste les critères d'évaluation de la performance* des établissements universitaires pour tenir compte des exigences de la mission universitaire et de façon à ne pas mettre en opposition les différents volets de la mission de l'établissement.

De plus, les membres du comité accueillent avec enthousiasme la création, à l'intérieur de la nouvelle Direction générale des services sociaux, de la Direction générale adjointe à la qualité et aux affaires universitaires et souhaite que des mécanismes de collaboration et de concertation soient mis en place entre cette direction et les établissements désignés.

B. LES UNIVERSITÉS QUÉBÉCOISES

La très grande majorité des chercheurs québécois en santé et en services sociaux occupent une fonction mixte de professeur/chercheur et sont à l'emploi d'une université.

Ces personnes jouent un rôle important, non seulement en recherche comme telle, mais encore en développement et en adaptation des pratiques de pointe. En effet, le développement et l'adaptation des pratiques de pointe requièrent une symbiose unique entre le milieu universitaire et le milieu de l'intervention; ces deux milieux sont absolument essentiels à la production de savoirs pratiques novateurs. Le défi consiste donc à les rapprocher. Ainsi, nous recommandons que les universités :

- favorisent nettement l'installation de chercheurs du domaine concerné dans les *locaux* des établissements affiliés;
- incitent les chercheurs à se consacrer à des domaines d'expertise qui reflètent les *besoins manifestés* par les milieux d'intervention;
- s'assurent que les départements universitaires valorisent le travail et le temps consacrés par des professeurs/chercheurs au *transfert de connaissances et au développement des pratiques* au sein des milieux de pratique;
- reconnaissent concrètement l'apport de l'expertise du réseau et développent des *profils de carrière conjoints* université/établissement universitaire du secteur social et sociosanitaire pour favoriser l'émergence de carrières situées à l'interface des préoccupations des deux milieux concernés.
- en concertation avec les établissements, incitent les *étudiants gradués* à participer à des démarches de développement des pratiques.
- tiennent davantage compte des *innovations développées dans les milieux de pratique* lors de l'élaboration de leur programme universitaire;
- développent des ressources *en évaluation de programmes et des pratiques*.
- incitent les départements universitaires à impliquer des *représentants des établissements* dans leurs comités de programme.

Ces différentes dimensions devraient être formalisées à l'intérieur des contrats d'affiliation.

C. LES ORGANISMES SUBVENTIONNAIRES EN RECHERCHE

Le FQRSC et le FRSQ jouent un rôle-clé dans le développement des connaissances. Leurs choix stratégiques, leurs programmations de recherche déterminent directement l'organisation concrète de la recherche et du développement. Par conséquent, nous recommandons que les Fonds :

- destinent une part substantielle de leurs subventions - plus importante que celle qui existe en ce moment - à *soutenir la recherche dans les milieux de pratique du secteur social*.
- établissent des *liens systématiques* avec les établissements désignés universitaires afin de saisir les besoins du milieu de pratique puis de traduire ces besoins en programmes de recherche. Cela permettra de subventionner des chercheurs dans des domaines de grande pertinence sociale.
- mettent sur pied un programme de soutien aux *chercheurs en milieu de pratique*.
- accentuent davantage les projets de recherche bâtis en *partenariat* avec des intervenants.
- reconnaissent davantage les activités de *diffusion* de résultats de recherche effectuées par les chercheurs universitaires, en particulier à l'intérieur du réseau québécois de la santé et des services sociaux.
- reconnaissent *les chercheurs en établissements universitaires* au même titre que les chercheurs en milieu universitaire.

D. LES ÉTABLISSEMENTS DÉSIGNÉS UNIVERSITAIRES

Les établissements désignés universitaires doivent devenir les fers de lance du développement et de l'adaptation des pratiques dans le réseau des services de santé et des services sociaux. Nous proposons donc que les établissements désignés universitaires :

- élaborent et proposent au MSSS *un plan quinquennal de développement des connaissances des phénomènes sociaux et d'adaptation des pratiques* jugées prioritaires. Ce plan devra être issu des besoins de la clientèle et des intervenants et être complémentaire à celui des autres établissements du même domaine.
- tiennent compte des *besoins des autres établissements du même secteur d'activités ou s'intéressant aux mêmes clientèles*. Leur mission universitaire en développement et adaptation des pratiques ne doit donc pas se confiner à sa seule organisation : leur responsabilité à ce niveau s'étend aux établissements concernés.

- élaborent une stratégie de **maillage avec l'université** avec laquelle ils sont affiliés. Cette stratégie devrait permettre la mise en place, en ses murs, de la masse critique suffisante de chercheurs par axe de recherche et par axe de développement et adaptation de nouvelles pratiques.
- favorisent l'émergence d'une **culture d'innovation**. Le développement et l'évaluation systématique des pratiques novatrices doivent être au cœur de la planification stratégique de l'établissement. L'innovation doit occuper une place centrale dans la philosophie de l'établissement et le partenariat chercheur-intervenant doit être favorisé.
- se dotent d'une **stratégie de transfert de connaissances articulée**, tant à l'interne qu'à l'externe (intervenants, décideurs, population, etc.) : formation-réseau, outils et guides cliniques, colloques, publications sont au nombre des moyens pouvant être utilisés.
- se dotent d'un **mécanisme de réseautage** leur permettant de partager sur leurs façons de faire, d'échanger sur différentes problématiques, de se concerter et de s'arrimer entre eux.
- favorisent la **participation** de représentants des départements universitaires dans leurs instances propres.

En conclusion, nous nous devons d'insister sur l'importance du leadership et de la concertation des grands acteurs ainsi que sur l'importance de ne jamais perdre de vue la finalité et l'objectif visé par le développement et l'adaptation des pratiques, soit l'amélioration du bien-être de la population et des services aux différentes clientèles.

Tant le MSSS, les universités, les fonds de recherche que les établissements désignés universitaires doivent faire preuve, chacun à leur niveau, de vision et prendre des décisions stratégiques en ayant, comme l'un des points d'ancrage majeurs, le développement et l'innovation dans les milieux de l'intervention sociale ou sociosanitaire, et ce, au plus grand bénéfice de la population requérant leurs services.

Un effort concerté, le fait de « tirer dans le même sens », est essentiel au développement des connaissances des phénomènes sociaux et à l'adaptation des pratiques, tant dans le domaine social que dans les domaines ayant un volet santé et un volet social. Tous sont interpellés et concernés.

RÉFÉRENCES

Avis au ministre de la Santé et des Services sociaux sur la configuration d'un réseau québécois d'instituts universitaires à vocation sociale, Comité aviseur au ministre de la Santé et des Services sociaux sur la désignation d'instituts universitaires dans le secteur social (article 90 de la loi sur les services de santé et les services sociaux – L.R.Q., chapitre S-4.2), juillet 1996.

Hendlisz, J. *Rapport sommaire du comité de travail sur les centres universitaires. Enseignement et recherche*. Rapport présenté à la Table de concertation et de coordination permanente sur l'allocation des ressources du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004.

Séminaire ministériel sur le développement des instituts universitaires et des centres affiliés universitaires dans le secteur social : Compte rendu des présentations et des échanges, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997.

Suret, J.-M. & Carpentier, C. *Norme de rapport d'activité de la mission universitaire des instituts et des centres affiliés*, Rapport final remis au Comité aviseur au ministre de la Santé et des Services sociaux, mai 2000.

ANNEXE 1

Membres du groupe de travail sur le développement et l'adaptation des pratiques

Richard Brousseau, coprésident

Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

Daniel Bergeron, coprésident

Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Thomas Antil,

Unité de l'innovation et du transfert des connaissances, Direction générale adjointe de l'évaluation, de la recherche et des affaires extérieures (MSSS)

Johanne Archambault,

CLSC de Sherbrooke

Henri Dorvil,

Université du Québec à Montréal, École de travail social

Sylvie Dubé,

Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

Claude Gagnon,

École de psychoéducation de l'Université de Montréal

Jean-François Labadie,

CHSLD-CLSC Nord de l'Île

André Landry,

Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes

Nicole Lemire,

Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP)

Jocelyn Lindsay,

École de service social, Université Laval

Alice Monty

Direction générale adjointe à la qualité et aux affaires universitaires (MSSS)

Marie-Reine Patry,

Centre jeunesse de Québec

Jean Voyer,

Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie/Centre-du-Québec

ANNEXE 2

Définition de services de pointe selon Suret.

- 1- Un service de pointe relève de l'expertise spécifique (qui est aussi la thématique de recherche de l'institut);
- 2- Un service de pointe représente clairement une innovation par rapport aux pratiques courantes;
- 3- Un service de pointe, encore appelé expertise de pointe ou programme de pointe provient d'un besoin d'améliorer ou de développer une nouvelle pratique ou un mode d'organisation des services et émane des intervenants eux-mêmes ou des chercheurs, en tout premier lieu;
- 4- Le service fait l'objet d'un processus de développement (phase d'identification, de développement puis d'implantation et d'actualisation);
- 5- Le service est multidisciplinaire;
- 6- Le service est organisé pour être intégré durablement aux pratiques de l'établissement (recueil des données, maintien de la mémoire de l'intervention, collaboration active des professionnels...);
- 7- Le service utilise des données ou des résultats provenant de la recherche et s'actualise en permanence via notamment, les interventions des praticiens, les travaux des chercheurs, les échanges externes, et il suscite de nouvelles avenues de recherche;
- 8- Le service fait l'objet d'un processus d'évaluation continu;
- 9- Le service fait l'objet de transfert de connaissances sous formes de publications, de conférences, de communications..., et de formation de stagiaires, étudiants et autres professionnels du réseau;
- 10- L'institut est reconnu par le réseau, des organismes externes et les universités pour son expertise dans ce programme de pointe. Son expertise spécifique est reconnue au niveau régional et suprarégional;
- 11- Un service de pointe peut relever du domaine social (ex : centre québécois de soutien aux aidants naturels) ou du domaine médical dans la mesure où il comporte une composante sociale (implant cochléaire, par exemple), ou des deux domaines. Il peut relever également d'un domaine technologique ou clinico-médical.

De façon générale, un service de pointe est le lieu privilégié de synthèse des différentes missions des instituts. Un tel service relève à la fois de l'enseignement et de la formation, de la recherche et des services de l'institut. En effet, ce service est généralement issu de préoccupations émanant de la pratique (des intervenants), découle ou fait l'objet de recherches et peut en générer d'autres, influence les pratiques via la formation des intervenants du réseau et des stagiaires.

Source : Suret, J.-M. & Carpentier, C. *Norme de rapport d'activité de la mission universitaire des instituts et des centres affiliés*, Rapport final remis au Comité aviseur au ministre de la Santé et des Services sociaux, mai 2000, p. 33.

ANNEXE 3

Extrait du rapport sommaire du comité de travail sur les centres universitaires, enseignement et recherche :

Critères d'un service de pointe :

Notre sous-comité juge que le concept de service de pointe s'applique au domaine social mais également à celui de la santé physique, de la santé mentale et de la réadaptation et déficience.

1. Un service de pointe relève d'une expertise spécifique.
2. Il représente une innovation par rapport aux pratiques courantes.
3. Il provient d'un besoin d'améliorer ou de développer une nouvelle pratique ou un mode d'organisation des services.
4. Il fait l'objet d'un processus de développement (phase d'identification, de développement puis d'implantation et d'actualisation).
5. Il est multidisciplinaire et il implique aussi des spécialités complémentaires.
6. Il est organisé pour s'intégrer de façon durable à l'organisation des soins et des services (à ce titre, il n'est pas uniquement organisé comme un projet pilote).
7. Il est obligatoirement lié à la recherche.
8. Il fait l'objet d'une évaluation des technologies et des modes d'interventions.
9. Il fait l'objet de transfert de connaissances, diffusion des connaissances, par des publications, de l'enseignement, participation à des conférences.

Un service de pointe doit être implanté dans une organisation où son expertise dans le domaine est reconnue, cela fait partie du plan d'affaires de l'établissement.

Source: Hendlisz, J. *Rapport sommaire du comité de travail sur les centres universitaires. Enseignement et recherche.* Rapport présenté à la Table de concertation et de coordination permanente sur l'allocation des ressources du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, p. 38-39.

ANNEXE 4

**CRITÈRES DE DÉSIGNATION DES INSTITUTS
UNIVERSITAIRES CONFORMÉMENT À
L'ARTICLE 90 DE LA LOI SUR LES SERVICES
DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX
(L.R.Q., CHAPITRE S-4.2)**

FÉVRIER 1998

Pour être désigné institut universitaire, un centre doit répondre aux critères suivants :

SERVICES

- 1) démontrer qu'il est reconnu, par un processus externe d'évaluation, pour la qualité de son organisation et de ses services, et qu'il a pris les dispositions pour maintenir et développer cette qualité ;
- 2) posséder des compétences et habiletés spécifiques et être reconnu pour son innovation et son excellence dans un domaine interdisciplinaire particulier ;

La démonstration devra porter sur :

- ▲ une application importante de pratiques de pointe à caractère social, c'est-à-dire de pratiques d'intervention reposant sur une expertise spécifique ;
- ▲ un leadership reconnu par les pairs, par les autres établissements ou organismes, par les partenaires d'autres secteurs d'activités, et plus particulièrement par les universités ;

Les processus externes d'évaluation, d'accréditation ou d'agrément, l'obtention de prix d'excellence ou de mentions serviront d'indicateurs privilégiés.

- ▲ un rayonnement de niveau national et une capacité démontrée de travailler en partenariat élargi ;

Au-delà des lettres d'appui, les contrats d'affiliation ou de services, les autres ententes formelles ainsi que les projets, de nature à indiquer que le demandeur du statut d'institut universitaire s'inscrit au cœur d'un vaste et solide réseau de collaborateurs par rapport à ses pratiques de pointe, serviront d'indicateurs privilégiés.

- ▲ une cohérence de liens entre les pratiques de pointe et les activités d'enseignement et de recherche ;
- ▲ l'application d'une politique de recrutement et d'un programme de formation continue du personnel, qui tiennent compte des obligations du centre en matière d'enseignement et de recherche dans le domaine d'expertise choisi pour caractériser la spécificité de l'institut universitaire.

Sera évaluée ici, notamment, la capacité d'attraction, de recrutement et de rétention de ressources professionnelles de services, d'enseignement et de recherche de haut calibre.

ENSEIGNEMENT

- 3) contribuer de façon importante à la formation de base et spécialisée de professionnels des sciences humaines et sociales, en offrant aux étudiants universitaires, de différents niveaux d'enseignement (1^{er}, 2^e, 3^e cycles) et de diverses disciplines et spécialités, des programmes de stages appropriés.

Les quotas suivants devront être rencontrés :

- ▲ au moins 400 semaines/personnes de stages de premier cycle par année, dans au moins 2 disciplines des sciences humaines et sociales ;

- ▲ au moins 10 étudiants gradués par année pour des mémoires de maîtrise ou des thèses de doctorat ;

- ▲ au moins 3 professionnels du milieu de pratique reconnus par l'université au titre de professeur associé ou de professeur de clinique et rattachés aux départements avec lesquels il y a affiliation. Ces professionnels-professeurs auraient, notamment :
 - à superviser des stages de 1^{er} cycle ;
 - à participer à l'encadrement de mémoires de maîtrise ou de thèses de doctorat ;
 - à participer activement au programme d'enseignement formel des départements avec lesquels il y a affiliation (conférences, séminaires, etc.) ;
 - à participer aux activités de recherche de l'institut universitaire.

- ▲ une disponibilité, dans le milieu de pratique, d'au moins 1 poste de travail à temps complet, réservé à des professionnels invités (professeurs d'université, chercheurs étrangers, professionnels d'autres établissements, etc.).

RECHERCHE

- 4) être doté d'une structure de recherche dont la performance a été reconnue élevée par le CQRS;
- 5) posséder, grâce à une réserve permanente de postes de chercheurs à même le budget du centre, une équipe interne de recherche dont les liens fonctionnels sont clairement démontrés avec des équipes externes associées, le cas échéant ;
- 6) posséder une politique qui favorise le développement de la recherche et qui contient notamment des dispositions visant à :
 - définir une programmation de recherche dont l'une des composantes porte sur la recherche évaluative relative à son domaine d'expertise ;
 - favoriser le développement d'approches interdisciplinaires dans la programmation de recherche ;
 - encourager l'association entre les praticiens et les chercheurs dans le développement de projets de recherche ;
 - offrir des possibilités de formation interdisciplinaire en recherche sociale aux intervenants, aux jeunes chercheurs et aux étudiants des 2^e et 3^e cycles ;
 - promouvoir des activités de recherche qui tiennent compte des besoins régionaux et suprarégionaux ;
 - supporter la diffusion des résultats de la recherche et veiller au transfert des connaissances, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du centre ;
- 7) faire la démonstration :
 - d'activités accomplies de recherche évaluative intégrées à la programmation de recherche;
 - de la contribution du programme de recherche au développement et à la consolidation des pratiques de pointe.

- 8) démontrer que la structure de recherche peut assurer sa viabilité financière en produisant notamment, la preuve :
- des engagements financiers de diverses sources ;
 - des aménagements, de l'organisation physique et des ressources matérielles appropriées mises à la disposition de la structure de recherche et propices à la réalisation d'activités de recherche et de formation à la recherche;
 - des engagements à supporter en permanence les frais indirects de la recherche;
 - du règlement équitable, dans le contrat d'affiliation milieu de pratique - université, des conditions de modulation de tâches des chercheurs et des directeurs scientifiques requis.

Février 1998