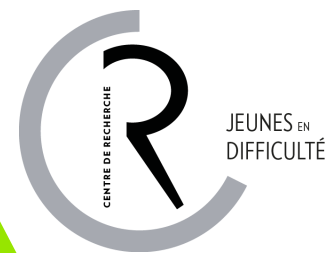


# SYNTHÈSE

## JEUNES EN DIFFICULTÉ

CE BULLETIN PROPOSE UNE SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE RECHERCHES DIRIGÉES PAR LES CHERCHEURS RÉGULIERS DU CENTRE DE RECHERCHE JEUNES EN DIFFICULTÉ, UNE INFRASTRUCTURE DE RECHERCHE FINANCÉE PAR LE FONDS DE RECHERCHE DU QUÉBEC - SOCIÉTÉ ET CULTURE ET PAR LE CENTRE JEUNESSE DE MONTRÉAL—INSTITUT UNIVERSITAIRE (CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL).



## ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DU PROGRAMME-CADRE EN NÉGLIGENCE « ALLIANCE »

Bulletin N° 3 | Janvier 2016

Il y a quelques années, le ministère de la Santé et des Services sociaux précisait, dans ses orientations, l'offre de services à mettre en place en ce qui concerne les programmes d'intervention en négligence. À Montréal, le programme-cadre en cette matière se nomme *Alliance* et vise à contribuer à ce que les enfants âgés de 0 à 11 ans reçoivent une meilleure réponse à leurs besoins afin de diminuer les effets marqués de la négligence sur leur développement. Pour y parvenir, la collaboration de plusieurs partenaires issus des réseaux formels (CSSS et centres jeunesse) et informels (organismes de la communauté) était nécessaire. L'implantation du programme s'est donc articulée de différentes façons au sein des 12 territoires de CSSS de Montréal. La première phase d'implantation s'est déroulée entre le 1<sup>er</sup> avril 2013 et le 31 mars 2015.

La mise en œuvre et les processus d'implantation du programme ont fait l'objet d'une évaluation dont les résultats complets sont présentés dans le rapport intitulé « **Évaluation de la mise en œuvre et des processus du programme-cadre montréalais en négligence Alliance** ». L'évaluation a d'abord porté sur 10 des 12 territoires montréalais et a permis de répondre à la question : A-t-on fait ce qui était prévu et pourquoi ? Puis, l'équipe s'est penchée sur le cas de quatre territoires afin de répondre à la question : Comment s'est déroulée localement la mise en œuvre du programme ? Une partie des résultats est présentée dans ce bulletin.

### Membres de l'équipe de recherche

#### Chercheurs

**Sarah Dufour**, professeure à l'École de psychoéducation, Université de Montréal et chercheuse en résidence au Centre de recherche Jeunes en difficulté (CIUSSS-CSIM).

**Marie-Ève Clément**, professeure au département de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais et chercheuse au Centre de recherche Jeunes en difficulté (CIUSSS-CSIM).

**Tristan Milot**, professeur au département de psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

#### Professionnelles de recherche

**Sophie Léveillée**, Université de Montréal.

**Véronique Menand**, Université du Québec en Outaouais.



### ALLIANCE

*ALLIANCE* S'ARTICULE AUTOUR DE TROIS AXES D'INTERVENTION : PARENTS, ENFANT ET RÉSEAUX. APRÈS AVOIR CERNÉ LES BESOINS, LE RÉSEAU SE MET EN ACTION AVEC LA FAMILLE POUR S'ASSURER QUE L'ENFANT PUISSE AVOIR UNE RÉPONSE OPTIMALE À SES BESOINS TOUT EN FAVORISANT LA SYNERGIE ENTRE LES DIFFÉRENTS ACTEURS D'INTERVENTION. LE PROGRAMME REPOSE DONC SUR LA MULTIDISCIPLINARITÉ ET L'INTERDISCIPLINARITÉ AINSI QUE SUR UNE VÉRITABLE PRATIQUE INTÉGRÉE ENTRE LA PREMIÈRE ET LA DEUXIÈME LIGNES.

LA PROBLÉMATIQUE DE LA NÉGLIGENCE ÉTANT COMPLEXE, AUCUNE TECHNIQUE, APPROCHE OU MÉTHODE D'INTERVENTION NE PEUT ÊTRE EFFICACE À ELLE SEULE. LE DÉFI CONSISTE À CHOISIR UN ENSEMBLE DE SOLUTIONS QUI, TOUT EN ÉTANT ÉLABORÉ ET ARTICULÉ DE FAÇON RIGOUREUSE, DEMEURE INTÉRESSANT, STIMULANT ET PERTINENT POUR LA CLIENTÈLE.

# RÉSULTATS

## A-T-ON FAIT CE QUI ÉTAIT PRÉVU ? « Oui, en partie... »

La mise en œuvre du programme a d'abord été évaluée selon une approche de conformité, c'est-à-dire que la réalisation des six activités d'implantation (rapportée à l'aide de fiches *Bilan des activités locales*) a été comparée à ce qui était prévu au sein du devis de réalisation régionale d'*Alliance*. En bref, les activités prévues ont généralement été réalisées, mais plus tard que prévu, et l'implantation du partenariat CSSS-CJ-communauté est globalement plus avancée que celle des activités cliniques.

### 1 COORDONNER RÉGIONALEMENT L'IMPLANTATION

Le soutien fourni aux gestionnaires et aux responsables locaux et celui apporté dans la production du plan de réalisation ont été mesurés pour chaque année d'opération. Les résultats indiquent que, dans l'ensemble des 10 territoires de CSSS étudiés, le soutien direct offert aux gestionnaires et aux responsables locaux est à son apogée en 2014. Ainsi, l'intensité moyenne du soutien rapporté est de 2,5 (sur 3) en 2014, alors qu'il était de 1,5 en 2013 et de 1,4 en 2015. Par ailleurs, le soutien prodigué dans la production du plan de réalisation, bien que jugé plutôt faible, augmente légèrement au fil du temps allant de 1,1 en 2013 à 1,8 en 2015.

### 2 DÉSIGNER DES CADRES ET DES MULTIPLICATEURS *ALLIANCE*

Les agents multiplicateurs ont presque tous été formés dans les délais prescrits, à savoir en novembre 2013. En moyenne, sept intervenants ont été formés par territoire. Ils travaillent pour la plupart dans le réseau formel de services et la majorité d'entre eux sont toujours actifs (généralement 5 sur 7).

### 3 RÉALISER UN ÉVÉNEMENT RASSEMBLEUR

Le devis de réalisation régionale prévoyait la tenue d'un événement rassembleur pour chaque territoire au printemps 2014. Cet événement a eu lieu en moyenne presque trois mois plus tard que prévu initialement, soit vers la mi-septembre 2014. Certains territoires ont repoussé la tenue de cet événement à l'automne. Selon eux, cela permettait de mieux le planifier et de le promouvoir adéquatement.

### 4 METTRE SUR PIED UN COMITÉ LOCAL DE SUIVI

Un comité de suivi dans chaque territoire a été mis sur pied en moyenne quatre mois et demi plus tard que prévu, soit en février 2014. Le nombre moyen de personnes siégeant à ce comité était de 13 et de ce nombre, 10 agissaient dans le réseau formel d'aide.

### 5 PRODUIRE UN PLAN DE RÉALISATION LOCAL

Le plan de réalisation de chaque territoire était attendu en septembre 2014. Ce dépôt s'est en moyenne opéré un mois plus tard que prévu. Les résultats obtenus en ce qui a trait au calendrier de l'atteinte des objectifs fixés dans ces plans de réalisation sont présentés dans le rapport intégral.

### 6 FORMER DES MULTIPLICATEURS *AIDES*

La tenue d'une formation destinée aux multiplicateurs en vue d'expliquer le sens de la démarche proposée par l'initiative *AIDES*, son cadre d'analyse écosystémique et ses outils dérivés était prévue en décembre 2014 et en janvier 2015. Ces formations ont eu lieu au printemps 2015. En moyenne, cinq employés par territoire y ont participé dont un travailleur dans le réseau informel. Près de 70 % des personnes formées étaient des multiplicateurs *Alliance*.

## ET POURQUOI ?

Dans le cadre d'entrevues, les répondants ont évoqué trois facteurs pouvant expliquer que le programme ait pris plus de temps que prévu à se mettre en branle sur le plan clinique. Tout d'abord, le fait qu'*Alliance* soit un programme-cadre par opposition à un programme « clé en main » exige un effort supplémentaire pour son application, ce qui constitue, selon eux, un obstacle à la mise en œuvre. Ils mentionnent aussi que le manque de directives a éloigné les principaux acteurs du terrain et que le retard de la formation dispensée par l'initiative *AIDES* a ralenti l'application du processus clinique. Par ailleurs, lorsqu'il est question d'expliquer pourquoi le niveau d'avancement de la mobilisation des acteurs est plus élevé que celui des activités cliniques, les répondants mentionnent l'importance du soutien de la coordination régionale et des directions d'établissement, l'existence de personnel dédié à l'implantation, les bonnes relations partenariales antérieures sur les territoires, la compatibilité avec les pratiques en cours ainsi que les avantages perçus.

## RÉSULTATS (suite)

### COMMENT S'EST DÉROULÉE LOCALEMENT LA MISE EN OEUVRE ? « À géométrie variable! »

Afin de comprendre comment le programme s'est implanté à l'échelle locale, l'équipe a réalisé quatre études de cas permettant d'analyser l'expérience d'implantation dans quatre territoires de CSSS. Pour chaque cas, trois sources de données ont été utilisées, soit l'entrevue de groupe, le plan de réalisation local et la fiche *Bilan des activités locales*. En somme, la mobilisation et l'appropriation d'*Alliance* varient selon les conditions dans lesquelles elles prennent place au départ. De plus, deux années n'ont pas suffi pour mobiliser complètement des partenaires provenant d'horizons très diversifiés et pour voir les répercussions sur les pratiques cliniques.

#### SIMILARITÉS ENTRE TERRITOIRES

Bien que les quatre territoires étudiés aient été choisis parce qu'ils sont très différents les uns des autres, plusieurs éléments concernant la manière dont le programme-cadre s'est implanté sont similaires. Parmi les plus marquants figure l'histoire partenariale qui prévalait avant l'arrivée d'*Alliance*. Dans la plupart des cas, le programme-cadre s'est mis en place dans un territoire empreint de **liens intersectoriels** forts et solides. En revanche, les relations avec le milieu communautaire étaient rompues depuis un bon moment dans l'un des territoires, ce qui a teinté la mise en œuvre du programme. De plus, il ressort que la mise en œuvre s'est réalisée à deux vitesses sur trois des quatre territoires. En effet, la mobilisation des partenaires s'est opérée plus rapidement que l'appropriation du programme-cadre, laquelle concerne non seulement la compréhension du programme mais également son application clinique. Les territoires se sont donc distingués par rapport à la **vitesse d'implantation** de l'une ou l'autre de ces dimensions. De plus, on note que toutes les activités d'implantation prévues n'ont pas été amorcées dans les quatre territoires concernés. À ce propos, les acteurs interrogés s'entendent pour dire qu'ils ont éprouvé certaines difficultés à comprendre ce qu'est *Alliance* (s'agit-il d'un programme ou d'un ensemble de lignes directrices?) et, par conséquent, à l'opérationnaliser, ce qui pourrait selon eux expliquer les retards. Enfin, la **précarité des ressources humaines**, causée par la mobilité du personnel et la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux, fait aussi consensus auprès des répondants comme facteur ayant ralenti l'implantation.

À l'inverse, ce qui a été pointé dans la plupart des cas comme ayant favorisé l'implantation est l'outil **Aide-mémoire**, la présence de **personnel dédié** à *Alliance* et

les **appuis** provenant des directions des organisations et sur le plan régional.

Enfin, le développement d'une **compréhension commune de la négligence** est perçu par les répondants des quatre territoires comme un effet bénéfique du programme et, mise à part la surcharge de travail mentionnée dans un territoire, aucun effet négatif ou inattendu n'a été relevé.

#### DISPARITÉS ENTRE TERRITOIRES

Par ailleurs, plusieurs disparités ressortent des études de cas. Premièrement, certaines **caractéristiques** du terreau dans lequel le programme a pris racine sont propres à certains territoires plus qu'à d'autres. La présence d'une clientèle défavorisée et multiethnique dans trois cas, et d'un programme en négligence déjà fonctionnel dans deux autres cas, illustre ces particularités. La **participation de partenaires informels** au comité local de suivi et à la formation *AIDES* représente également une caractéristique distinctive de l'expérience de mise en œuvre. Aussi, le fait que tous les multiplicateurs *Alliance* formés soient encore **actifs** dans deux cas, alors qu'il en va autrement pour les deux autres est un facteur à souligner. Enfin, la **multiplication de comités** liés à l'implantation à l'intérieur du CSSS est spécifique à un territoire.

*Alliance* a également provoqué des effets propres à certains territoires plutôt qu'à d'autres. En effet, sa mise en œuvre a permis d'améliorer le **réseau de partenaires** dans deux territoires, allant même jusqu'à rétablir le partenariat qui avait été rompu dans un cas. Dans un autre territoire, le programme a permis au milieu communautaire de se faire reconnaître et d'être valorisé, alors qu'un dernier territoire de CSSS n'a pas pu rallier ce milieu en raison de son langage considéré trop institutionnel.

# Recommandations des acteurs

À la question « Qu'est-ce que vous recommanderiez à un autre territoire qui aurait à implanter *Alliance* ou, autrement dit, qu'est-ce que vous auriez aimé avoir su avant ou au moment de débiter l'implantation que vous savez maintenant », les membres des comités locaux consultés font valoir quatre recommandations, dont trois sont à mettre en place dès le début de la mise en œuvre et même avant. Ils suggèrent ceci :

1. Avoir un devis d'implantation clair très tôt dans la démarche.
2. Former les acteurs à l'utilisation des outils AIDES dès le départ.
3. Mobiliser un plus grand nombre de partenaires incontournables rapidement.
4. Avoir une visée à long terme afin d'assurer la pérennité du programme.

# Recommandations des évaluateurs et des promoteurs

Selon l'approche participative adoptée dans l'évaluation de l'implantation d'*Alliance*, la formulation de recommandations a également fait l'objet d'une activité concertée entre les chercheurs et les promoteurs du programme. Les constats principaux qui émanent de la présente évaluation conduisent à proposer les améliorations suivantes :

1. Conceptualiser un programme de manière à mettre l'accent non seulement sur ses bases théoriques et scientifiques, mais également sur ses critères et modalités d'actualisation afin de le rendre le plus concret possible sur le plan clinique; s'approcher d'un programme « clé en main ».
2. Rendre le processus clinique d'intervention accessible et concret le plus rapidement possible en offrant les sensibilisations et les formations tôt dans la démarche et en présentant dès le début les outils cliniques.
3. Allouer plus de deux ans pour mettre en œuvre un programme visant l'intégration des services. Plus précisément, fixer à cinq ans minimalement cette période, puisqu'il faut de cinq à dix ans à toute initiative pour produire les changements attendus.
4. Étant donné la portée transversale d'un programme-cadre tel qu'*Alliance*, prévoir le salaire de personnel exclusivement dédié à l'implantation clinique ainsi qu'à la mise en place d'un réel réseau intégré de partenaires et ce, à l'intérieur de chacune des organisations concernées.
5. Tenir compte du contexte particulier d'implantation, notamment au regard des caractéristiques du réseau local d'acteurs (composition et dynamique des partenariats), de manière à ajuster le soutien régional en fonction du niveau de besoin local requis et de viser l'harmonisation de l'appropriation.
6. Favoriser le soutien organisationnel en sensibilisant les directions d'organisations concernées, les mettant à profit dans la planification de l'implantation et les aidant à la mise en œuvre.
7. Encourager la participation de certains types d'acteurs incontournables au partenariat.
8. Définir des indicateurs de performance pour rendre compte des services offerts aux jeunes en difficulté par les CSSS suivant la même logique que celle prescrite dans l'offre de service ministérielle en la matière.

## Rapport intégral :

**Dufour, S., Clément, M.-È., Milot, T. et Léveillé, S.**  
(2015). *Évaluation de la mise en œuvre et des processus du programme-cadre montréalais en négligence 'Alliance'*. Rapport de recherche final. Montréal, Université de Montréal, École de psychoéducation. [LIEN](#)

## CONTACT

**Sarah Dufour**  
sarah.dufour@umontreal.ca

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Centre-Sud-  
de-l'Île-de-Montréal

Québec 