L'implantation du programme Triple P sur le territoire du CLSC Mercier-est/Anjou

Une histoire de cas

Marie-Hélène Gagné

Flora Thomas

Cécile Delawarde

Sonia Daly

Liesette Brunson

Octobre 2017

UNIVERSITÉ LAVAL

L’implantation du programme Triple P sur le territoire du CLSC Mercier-est/ Anjou

Une histoire de cas

Ce document a été élaboré par :

Marie-Hélène Gagné, Ph.D.
Professeure titulaire, École de psychologie, Université Laval

Flora Thomas
Professionnelle de recherche et candidate au D. psy, École de psychologie, Université Laval

Cécile Delawarde, Ph.D.
Post-doctorante en psychologie, Université Laval

Sonia Daly
Candidate au Ph.D., département de psychologie, Université du Québec à Montréal

Liesette Brunson, Ph.D.
Professeure titulaire, département de psychologie, Université du Québec à Montréal

Pour citer ce document :

Gagné, M.-H., Thomas, F., Delawarde, C., Daly, S., & Brunson, L. (2017). *L'implantation du programme Triple P sur le territoire du CLSC Mercier-est/ Anjou : Une histoire de cas*. Québec : Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance, Université Laval.

Production :

© Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance
Pavillon Charles-De Koninck, local 2444
1030, avenue des Sciences-Humaines
Université Laval
Québec (Québec) G1V 0A6
Téléphone : 418 656-2131 poste 3431
Télécopieur : 418 656-7787
Site internet : www.chaire-maltraitance.ulaval.ca Université Laval

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition d'en mentionner la source.

Financement :

Cette étude a été financée par la Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance, dont les fonds proviennent du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, du Centre jeunesse de Québec –Institut universitaire, du Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, du Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec et l'Association des centres jeunesse du Québec.

Conflits d'intérêts :

Les auteures ne rapportent aucun conflit d'intérêts.

Nous tenons à remercier les participants qui ont accepté de partager leur expérience de l'implantation de Triple P.

ISBN 978-2-89497-123-9
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2017

SOMMAIRE

Afin de favoriser les résultats des programmes à données probantes sur le terrain, de plus en plus d'importance est accordée aux processus d'implantation. La présente étude rapporte l'histoire d'implantation d'une stratégie préventive en gradins visant à réduire la maltraitance infantile sur le territoire du CLSC Mercier-est/ Anjou, à Montréal. Au moyen d'une étude de cas, l'objectif est de retracer les différentes tâches d'implantation du programme Triple P, à l'échelle d'une communauté. Le matériel est constitué d'entretiens qualitatifs menés auprès de gestionnaires et d'intervenants et de documents retraçant l'implantation. L'histoire d'implantation est relatée en fonction de différentes tâches identifiées dans le modèle d'implantation utilisé, le *Quality Implementation Framework*.

La coordonnatrice d'implantation semble avoir joué un rôle clé dans la mobilisation des partenaires du projet, de par son dynamisme et sa persuasion, mais aussi de par sa souplesse et son écoute des besoins. Les stratégies de mobilisation par démarchage individuelle ont été privilégiées. La nature de l'implication de certains partenaires a créé un effet d'entrainement dans leurs organisations et dans la communauté.

L'ajustement entre l'innovation et le contexte d'implantation a subi des remaniements au cours de projet laissant croire que l'arrimage initial n'était pas optimal. Il faut dire que l'implication dans le projet de plusieurs organisations et d'une équipe de recherche dont les préoccupations pouvaient diverger a potentiellement complexifié le processus d'arrimage.

Le contexte chaotique plus large dans lequel s'est inscrite l'implantation (implantation simultanée du programme Alliance, réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux, austérité dans les finances publiques) représentait un défi majeur en raison des changements aux postes de direction, des ressources limitées et de la présence de priorités organisationnelles entrant en compétition avec le projet.

Les partenaires semblent plutôt satisfaits du fonctionnement des comités mis en place pour soutenir l'implantation. Ils perçoivent la coordonnatrice comme organisée et à l'écoute. Toutefois, les rôles et responsabilités semblent être demeurés relativement flous, ce qui a possiblement occasionné des difficultés au cours de l'implantation.

Les formations sont perçues comme un moment important du projet au cours desquelles plusieurs acteurs s'approprient le programme. Certaines frustrations ont été vécues en lien avec les formations notamment en ce qui concerne l'adaptation au contexte de pratique. Le choix des intervenants et la préparation aux formations ressort comme un enjeu à propos duquel certains intervenants sont critiques. Il faut aussi noter que certains intervenants perçoivent le programme comme étant très directif ou ne s'adressant qu'à une clientèle limitée. Les formations auraient pu être une bonne occasion de modifier ces perceptions.

L'adaptation au contexte de pratique et l'identification des composantes intouchables du programme ne semblent pas avoir fait l'objet d'une réflexion préalablement à la mise en œuvre. Ainsi les intervenants semblent avoir vécu des tensions importantes entre les exigences de flexibilité et de fidélité, générant potentiellement un point de vue plus critique à l'égard du programme. Il faut noter que de façon générale, les intervenants ont été relativement peu accompagnés dans leur démarche d'appropriation du programme, probablement en raison du contexte administratif qui générait d'autres préoccupations chez

les gestionnaires. Le soutien clinique en lien avec Triple P semble assez faible dans les organisations, l'essentiel de ce soutien semble réalisé par la coordonnatrice.

Les intervenants considèrent de façon unanime que le temps alloué pour leur implication dans le programme n'était pas suffisant. L'association avec une équipe de recherche permettra d'avoir accès à des données d'efficacité, mais la collecte de ces données entraine une charge de travail additionnelle.

Les acteurs semblent généralement satisfaits de l'implantation, bien que certains d'entre eux émettent un point de vue critique. Plusieurs avantages sont identifiés notamment en ce qui concerne les impacts positifs sur les familles et le renforcement du partenariat. Les acteurs identifient aussi des avantages personnels de leur implication dans le projet tels que le développement de leurs compétences.

Enfin, le passage à la pérennisation comporte des défis et suscite des inquiétudes en lien avec l'appropriation complète du projet par la communauté.

L'histoire d'implantation permet de dégager des leçons apprises et de comparer le déroulement du processus réel au modèle d'implantation théorique adopté, le *Quality Implementation Framework.* Cette étude pourra servir à d'autres démarches d'implantation similaires afin de prévoir les difficultés liées à la démarche et les mécanismes pour y remédier.

TABLE DES MATIÈRES

I. Mise en contexte 1

II. Méthodologie 4
Contexte et frontières du cas 4
Matériel 5
Procédures 6
Analyses 6

III. Résultats 8
PARTIE 1 : La création et l'évolution du comité d'implantation : une tâche transversale aux phases 2 et 3 du QIF 8
PARTIE 2 : Points de vue des acteurs impliqués dans la démarche de planification et de mise en œuvre 13
Phase 2 du QIF : Structurer et planifier l'implantation 13
Mobilisation 13
Ajustement entre l'innovation et le contexte d'implantation 15
Capacité organisationnelle 15
Satisfaction à l'égard du fonctionnement des comités 16
Planification 16
Préparation aux formations 17
Formation et accréditation 18
Phase 3 du QIF : mise en œuvre et soutien continu 20
Tensions entre fidélité et flexibilité 21
Mise en place de mécanismes de soutien 22
Évaluation du processus et mécanismes de rétroaction. 24
Satisfaction à l'égard de l'implantation 24
Pérennisation 26

IV. Conclusion 27

Références 30

Annexe A : Offre d'emploi pour la coordination de l'implantation 33

Annexe B : Rapport d'implantation aux partenaires - Montréal 36

Liste des figures

Figure 1 : Gradin d'intervention de Triple P 2
Figure 2 : Phases du QIF 3
Figure 3 : Nombre de participant-e-s de chaque secteur d'activité aux 15 rencontres régulières du grand comité d'implantation 9
Figure 4 : Représentation (%) de chaque secteur d'activité aux 15 rencontres régulières du grand comité d'implantation 9
Figure 5 : Nombre de participant-e-s de chaque secteur d'activité aux 24 rencontres des sous-comités Promotion (Pr) et Pivot (Pi) 11
Figure 6 : Représentation (%) de chaque secteur d'activité aux 24 rencontres des sous-comités Promotion (Pr) et Pivot (Pi) 11

I. MISE EN CONTEXTE

L'application de stratégies préventives dites « en gradins » est aujourd'hui fortement appuyée par les experts dans le champ de la petite enfance (Hamel, 2012; Poissant, 2014). Faisant intervenir différentes lignes de services dans une offre de services variés, ces approches visent à couvrir les besoins de l'ensemble de la population. En santé publique, les approches en gradins sont une application du concept « d'universalisme proportionné », désignant des interventions ouvertes à l'ensemble de la population avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins (Marmot, 2010). L'application de ce concept vise notamment à réduire les barrières à l'accès aux services (critères d'éligibilité trop rigides, méconnaissance des services, etc.) (Hamel, 2012; Schroeder et al., 2009). En plus de contribuer à réduire les inégalités sociales et de santé, cette approche permettrait de réduire les dépenses en santé, par le biais d'une offre de services plus efficiente.

Bien que les fondements théoriques des stratégies en gradins soient conceptualisés dans divers rapports (Marmot, 2010; Poissant, 2014), les recherches en sciences de l'implantation se sont surtout consacrées à l'étude de la mise en œuvre de programmes structurellement moins complexes, circonscrits à une organisation donnée (Mitchell, 2011). Quelques études se sont centrées sur la description des étapes d'implantation de programmes multiniveaux (e.g. Shapiro, Prinz, & Sanders, 2010) mais peu se sont intéressées à l'étude des processus d'implantation de stratégies préventives en gradins faisant intervenir un partenariat intersectoriel. Si cette approche semble être appelée à se développer, notamment dans le champ de la petite enfance où une multitude d'acteurs sont concernés par les interventions préventives, il devient nécessaire d'identifier les conditions de mise en œuvre d'une telle approche, afin d'augmenter les probabilités d'atteindre des résultats positifs auprès des clientèles desservies.

La présente étude examine les processus de mise en œuvre d'une approche en gradins dans des services publics et communautaires de première et de deuxième lignes et de divers secteurs (services sociocommunautaires aux familles, éducation, garde à l'enfance, protection de la jeunesse). Une expérience concrète d'implantation du programme Triple P – Positive Parenting Programme (Sanders, 1999, 2012) sert de cas à l'étude.

La science de l'implantation, définie comme la science de la mise en œuvre de programmes en contexte réel (Fixsen, Naoom, Blasé, Friedman, & Wallace, 2005), constitue un champ de recherche en pleine expansion. Plusieurs recherches ont montré que la qualité de mise en œuvre des programmes de prévention affecte les résultats obtenus (Durlak & DuPre, 2008; Fixsen, Blase, Naoom, & Wallace, 2009; Fixsen, Naoom, Blasé, et al., 2005). Un nombre important de recherches ont ainsi été effectuées afin d'identifier les facteurs qui peuvent influencer positivement comme négativement le processus de mise en œuvre d'un programme (e.g. Amodeo et al., 2013; Asgary-Eden & Lee, 2012; Lanctôt & Chouinard, 2006). Parmi ceux-ci, des facteurs liés au contexte social, à l'organisation où est implanté le programme, aux caractéristiques des intervenants, ou encore aux caractéristiques du programme lui-même, ont été identifiés (G.A. Aarons, Sommerfeld, & Walrath-Greene, 2009; G.A. Aarons, Wells, Zagursky, Fettes, & Palinkas, 2009; Fixsen et al., 2009; Fixsen, Naoom, Blasé, et al., 2005; Rosenberg, 2009). On sait par exemple qu'un programme aura plus de chance de s'implanter si les intervenants sont sélectionnés préalablement en fonction de leur aisance et compétence et si une formation et une supervision de qualité leur sont offertes. De la même manière, l'implantation d'un programme sera plus probable si les administrateurs sont engagés et apportent un soutien logistique et matériel, si le programme est arrimé avec les pratiques et programmes existants, et si les dirigeants soutiennent l'implantation (Fixsen, 2013). A l'inverse,

plusieurs études ont révélé que les obstacles à l'implantation d'un programme en milieu naturel peuvent concerner un manque de coordination ou de ressources humaines et financières, un roulement de personnel élevé, une sélection inadéquate du programme par rapport au milieu dans lequel on souhaite l'implanter, un engagement limité des organisations, un faible niveau de préparation et de suivi ou encore une faible fidélité de mise en œuvre (Simoneau, 2012; Sobeck, Abbey, & Agius, 2006). La mise en œuvre d'un programme est donc un processus dynamique complexe à l'intérieur duquel se chevauchent plusieurs étapes et où les facteurs susmentionnés interagissent à des degrés divers (Fixsen, Naoom, Blasé, et al., 2005).

Triple P est un programme à données probantes (PDP) qui fait la promotion de pratiques parentales positives et qui entraîne les parents d'enfants de 0 à 12 ans à les employer. Il propose un système gradué en cinq niveaux d'intervention d'intensité croissante, s'apparentant au principe d'universalisme proportionné. Le système inclut des stratégies médiatiques (niveau 1), éducatives (niveau 2), de coaching parental individualisé (niveau 3), d'entraînement aux habiletés parentales (niveau 4) et d'accompagnement plus intensif pour les parents qui affichent les plus grands besoins (niveau 5). La Figure 1 illustre ces niveaux.

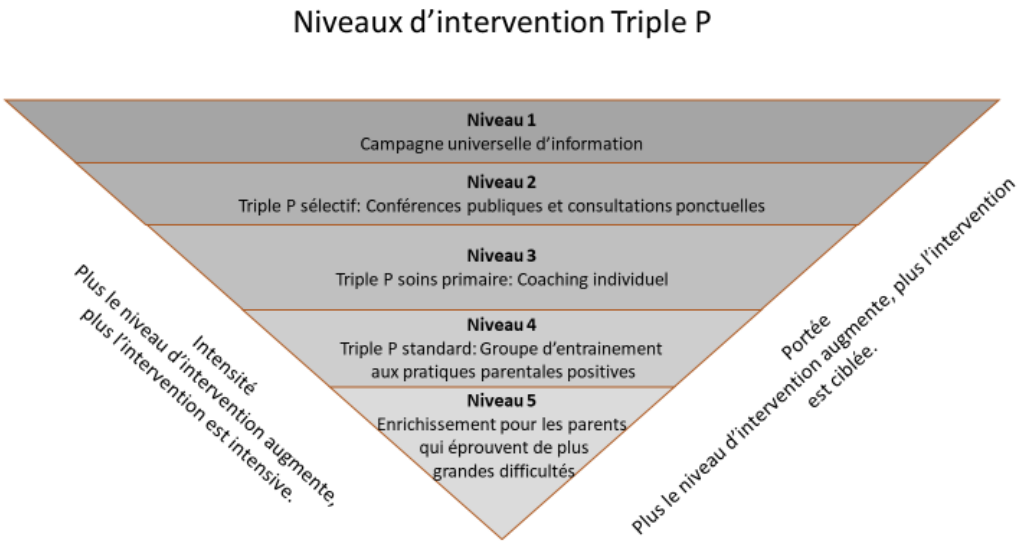


Figure 1 : Gradin d'intervention de Triple P

Chacun de ces niveaux se compose d'une formation obligatoire suivie d'une accréditation, d'un manuel d'intervention et de toute une gamme d'outils d'intervention et de soutien à la pratique. Le programme peut être offert par des intervenants tout venant (travailleurs sociaux, éducateurs, psychologues, infirmiers etc.) dès lors qu'ils ont suivi la formation. Dans le cas qui nous occupe, les cinq niveaux de Triple P ont été implantés simultanément suivant une approche intersectorielle impliquant un partenariat entre plusieurs acteurs. Le caractère multiniveau, partenarial et intersectoriel de l'initiative en fait un cas complexe et la méthode d'étude de cas est particulièrement appropriée dans cette situation.

L'implantation de Triple P a été guidée par le *Quality Implementation Framework* (QIF - Meyers, Durlak, & Wandersman, 2012). Alors qu'il existe de nombreux modèles théoriques qui peuvent alimenter l'étude des processus de mise en œuvre d'un PDP (e.g. Damschroder et al., 2009; Durlak & DuPre, 2008; Fixsen et al., 2009; Wandersman et al., 2008), le QIF a été privilégié pour son caractère concret et opérationnel, pour son effort d'intégration des modèles préexistants, ainsi que pour sa prise en compte du contexte qui précède l'implantation proprement dite. Le QIF représente le processus d'implantation sous la forme d'un cycle en quatre phases. La première phase consiste à faire une analyse approfondie de l'environnement dans lequel le PDP sera mis en pratique et à préparer le terrain de manière à maximiser l'ajustement entre le PDP et son environnement. La deuxième phase consiste à structurer le travail en mandatant une équipe pour élaborer un plan de mise en œuvre. La troisième phase consiste à implanter le programme en mettant en place un système de monitoring et de soutien continus, ainsi que des mécanismes de rétroaction à ses promoteurs. La quatrième phase consiste à tirer des leçons de l'expérience, pour éventuellement entreprendre un nouveau cycle sur la base de ces apprentissages. La présente étude portera sur les phases 2 et 3 de ce processus ; ses résultats alimenteront la phase 4. La Figure 2 illustre les phases du QIF.

Cette étude de cas a pour objectifs : a) de décrire les phases de planification et de mise en œuvre d'un programme en gradins dans le cadre d'un partenariat intersectoriel ; b) de rendre compte de l'expérience d'acteurs de terrain impliqués dans ce processus d'implantation ; c) de vérifier jusqu'à quel point la réalité du terrain s'écarte du modèle théorique d'implantation utilisé, le QIF (Meyers, Durlak, et al., 2012).

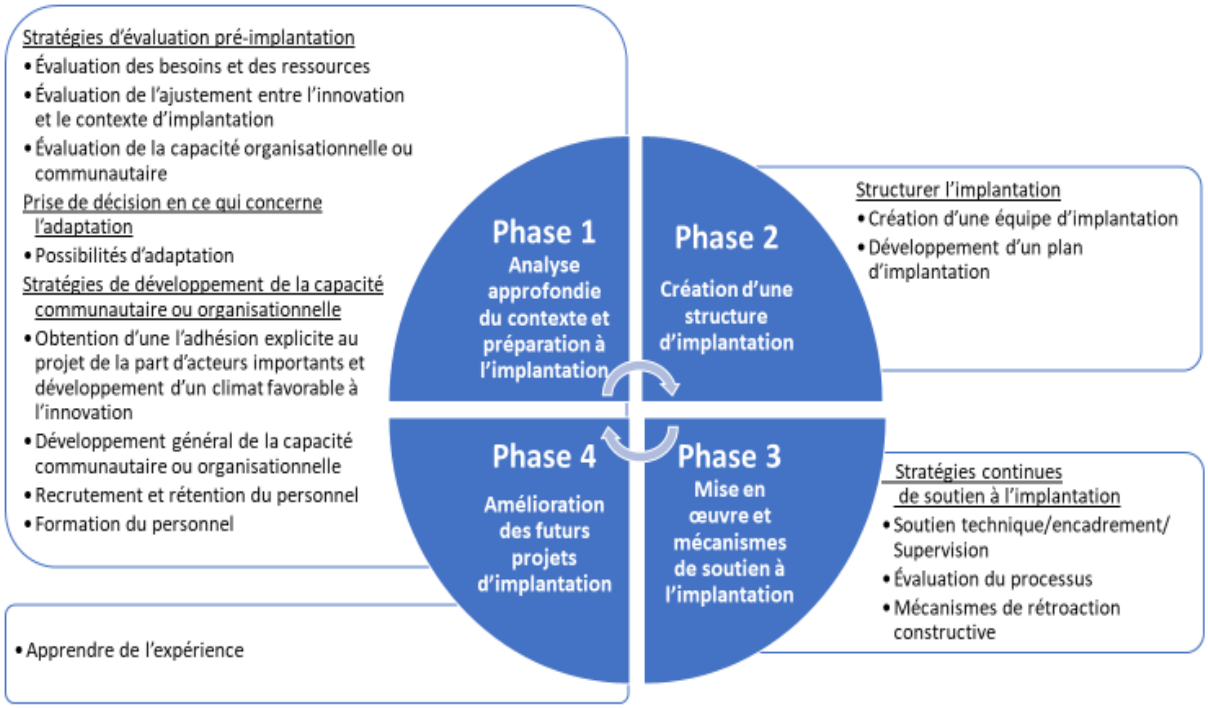


Figure 2 : Phases du QIF (traduit de Meyers, Durlak, et al. (2012)

II. MÉTHODOLOGIE

Cette étude s'inscrit dans la tradition des études de cas, définie par Creswell (2007) comme une exploration prolongée à travers de multiples sources d'information d'un système délimité en termes de temps et de lieu. Le système étudié est délimité par un territoire socio-sanitaire à l'intérieur duquel Triple P est mis en œuvre. Il s'agit d'une étude de cas dite « instrumentale » (Creswell, 2007; Stake, 1995) car ni le territoire étudié, ni le programme Triple P ne sont l'objet d'étude en soi; ils sont le contexte servant à étudier le processus de mise en œuvre d'un PDP. L'étude de cas instrumentale est utile pour étudier des phénomènes préalablement expliqués par un modèle théorique (Mucchielli, 1996; Stake, 1995), comme c'est le cas ici. Le choix de recourir à une méthode d'étude de cas unique est justifié par la volonté d'étudier en profondeur un phénomène dans son contexte et à l'analyser pour savoir comment il s'y manifeste et se développe (Yin, 2008).

Contexte et frontières du cas

Dès l'automne 2010, un noyau de chercheurs et de partenaires du milieu s'est mobilisé autour de la création d'une chaire de recherche en partenariat, dont la mission est de développer une capacité collective pour réduire la violence physique, les mauvais traitements psychologiques et la négligence envers les enfants au sein de leur famille. La mise en œuvre et l'évaluation du programme Triple P fait partie du programme de cette chaire. L'année 2011 a été consacrée à l'élaboration et au financement du projet, alors que 2012 et 2013 ont permis de préparer le terrain, conformément à la phase 1 du QIF. À cet effet, une analyse de différenciation de Triple P par rapport aux autres programmes similaires en usage au Québec a été réalisée (Gagné, Richard, & Dubé, 2015). Deux territoires socio-sanitaires ont été choisis pour tester le programme, celui du CLSC Orléans, situé dans la région de la Capitale-Nationale et administré par le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale et celui du CLSC Mercier-Est/Anjou situé dans la région de Montréal et administré par le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (Gagné, Guay, et al., 2013). Une analyse de besoins, ressources et disposition à agir en prévention de la maltraitance a été réalisée sur ces territoires (Gagné, Drapeau, Lanoue, & Rodrigue, 2013). La présente étude porte sur l'histoire d'implantation sur le territoire du CLSC Mercier-Est/Anjou.

Lors du démarrage du projet, la population de ce territoire urbain était estimée à 86 777 d'habitants. La population âgée de moins de 18 ans était estimée à 15 025 personnes et 23,3 % d'entre eux vivaient sous le seuil de faible revenu. De plus, le taux de signalements aux services de protection de la jeunesse était de 35,1 pour 1000 enfants. Le pourcentage de familles immigrantes était de 25,6 %.[1]

L'étude du cas démarre le 23 mai 2013, lors de la signature d'une entente de partenariat entre la chaire et l'établissement de première ligne qui dessert le territoire ciblé. À l'époque, il s'agissait du CSSS de la Pointe-de-l'île, qui a été absorbé à l'intérieur du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal lors de la fusion des établissements publics et des agences de santé et de services sociaux (avril 2015). L'étude de cas se termine trois ans et demi plus tard, le 31 décembre 2016, date à laquelle les données qualitatives et quantitatives relatives à l'implantation ont fini d'être récoltées.

[1] Ces statistiques proviennent de sources diverses (estimations et projections démographiques du ministère de la Santé et des Services sociaux, données du recensement de 2006 compilées par Statistiques Canada, statistiques de signalement du centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire et des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw).

Matériel

Comme le recommandent Mowbray et al. (2003) pour ce type d'étude, plusieurs sources d'information et plusieurs techniques de collecte de données ont été mises à profit. Les informations de nature historique et prospective ont été recueillies par l'entremise : (1) de matériel écrit pour la période de référence, (2) d'entretiens avec la coordonnatrice d'implantation et (3) de suivis d'intervention fournis par les intervenants impliqués. Les points de vue des acteurs impliqués ont été documentés via : (4) des groupes de discussion avec les intervenants qui offrent le programme Triple P aux parents, et (5) des entretiens individuels avec des membres du personnel d'encadrement impliqués.

Informations historiques et prospectives. Quinze ordres du jour et comptes rendus de réunions de partenaires ont été exploités dans l'analyse. Quatre rapports d'avancement produits par l'équipe de recherche et couvrant la période allant du 1er avril 2013 au 31 mars 2016 ont également été consultés. Ces sources d'information ont l'avantage d'être factuelles et prospectives, car elles ont été produites en temps réel tout au long de la démarche. Elles fournissent un canevas fiable du processus, sur lequel greffer des informations plus qualitatives et subjectives en vue d'enrichir l'analyse.

De plus, quatre entretiens semi-dirigés ont été effectués auprès des coordonnatrices d'implantation de Triple P. Ces entretiens constituent la mémoire historique du projet du point de vue de la personne responsable de la démarche sur le terrain. Des entretiens ont été réalisés avec une première coordonnatrice d'implantation, en août 2014, en décembre 2015 et en mai 2016. Un entretien a eu lieu avec la seconde coordonnatrice en décembre 2016.

Les trois premiers entretiens ont étés réalisés à l'aide d'une grille d'entrevue qui s'inspirait du *Quality Implementation Tool* (QIT-Meyers, Katz, et al., 2012), un outil de suivi d'implantation dérivé du QIF. L'entretien permettait à la coordonnatrice de commenter sur le déroulement de plusieurs tâches spécifiques associées au processus d'implantation. Pour le dernier entretien, un schéma d'entrevue a été développé par l'équipe de recherche afin de permettre à la coordonnatrice de livrer son point de vue sur l'ensemble de son expérience. Les questions portaient sur divers aspects du déroulement de l'implantation de Triple P, sur le rôle de coordination et sur la pérennité du projet.
Enfin, les données de suivi d'intervention fournies par les intervenant-e-s impliqué-e-s dans l'offre de service aux parents sont utilisées pour documenter le volume d'intervention offerte et de clientèle rejointe sur une période de deux ans, soit de janvier 2015 à décembre 2016. Ces données ont été recueillies en continu par l'entremise d'une application informatisée développée pour le présent projet. Concrètement, chaque intervenant-e disposait d'une tablette électronique équipée de cette application et y enregistrait une variété d'information pour chaque activité Triple P réalisée. Les données ont été transférées sur un serveur sécurisé à l'Université Laval, extraites et organisées par l'entremise du logiciel Access, puis transférées dans des fichiers SPSS aux fins d'analyses.

Points de vue des divers acteurs impliqués. Trois groupes de discussion avec les intervenants formés à Triple P ont été réalisés à l'automne 2015, soit environ un an après leur formation. Les intervenants ont été rencontrés à ce moment du processus afin d'offrir une rétroaction aux partenaires impliqués et de leur permettre de se réajuster au besoin. Le premier groupe était composé de cinq intervenants qui offrent le niveau 2 du programme (conférences publiques et consultations ponctuelles avec les parents) et qui proviennent de services de garde à l'enfance, de l'établissement de première ligne ou d'écoles primaires. Le deuxième groupe était composé de cinq intervenants parmi ceux qui offrent les niveaux 3 ou 4 du programme (coaching individuel et groupe d'entraînement aux pratiques parentales positives) et qui proviennent de l'établissement de première ligne ou d'un organisme communautaire. Enfin, le troisième groupe était composé de huit

intervenants parmi ceux qui offrent les niveaux 4 ou 5 du programme (groupe d'entraînement aux pratiques parentales positives et enrichissement pour les parents qui éprouvent les plus grandes difficultés) et qui proviennent de l'établissement de première ligne ou des services de protection de la jeunesse. Les intervenants ont été recrutés aléatoirement et invités à participer sur une base volontaire. Sur les 30 intervenants sollicités, 28 ont accepté de participer, mais seulement 18 étaient disponibles lors du moment fixé pour le groupe de discussion auquel ils étaient assignés. Dans le cadre de la présente analyse, les segments de discussion portant sur leur expérience avec le programme et le soutien reçu dans sa mise en œuvre ont été utilisés.

Ensuite, cinq entretiens semi-dirigés ont été menés à l'été 2016 avec des membres du personnel d'encadrement ayant collaboré à l'initiative. Les gestionnaires ont été rencontrés vers la fin du processus d'implantation afin de recueillir leur bilan et perspectives sur l'ensemble de l'expérience. Ils ont été recrutés dans un esprit de diversification de l'échantillon sur la base du type d'organisation d'appartenance et de la fonction occupée. Comme l'objectif était d'interroger des informateurs-clés sur le processus d'implantation de Triple P, les participants ont été ciblés sur la base de leur proximité avec ce processus. Les entretiens ont été réalisés à partir d'un schéma articulé autour de cinq thèmes : (1) leurs attentes et motivations initiales à collaborer, (2) leur expérience et opinion sur la démarche d'implantation de Triple P, (3) leur point de vue sur le partenariat université-communauté qui caractérise l'initiative, (4) les impacts qu'ils perçoivent, et (5) leur vision de l'avenir de l'initiative ainsi que les leçons apprises.

Procédures

Les entretiens individuels et de groupe se sont déroulés sur les lieux de travail des participants. Les objectifs de la recherche ainsi que le déroulement de la rencontre ont été expliqués aux participants au début de chaque rencontre. Les participants ont par la suite signé un formulaire de consentement. L'ensemble des entretiens ont été enregistrés sur support audio et ont fait l'objet d'une transcription *ad verbatim*. Ces procédures ont été soumises et approuvées par le Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire en santé et services sociaux (CIUSSS) faisant l'objet de la recherche (#MP-CJQ-IU-13-017), et entérinées par les comités d'éthique des universités des chercheurs impliqués.

Analyses

Le contenu des différents documents a d'abord été classifié en thèmes et en ordre chronologique. Couplée avec l'analyse des entretiens menés auprès de la coordonnatrice d'implantation, cette démarche a permis de décrire les différentes étapes et les différents moyens qui ont été déployés pour assurer la mise en œuvre de la stratégie préventive en gradins tout en décrivant le contexte qui prévalait durant la démarche.

Les données de suivi de l'intervention ont fait l'objet d'analyses descriptives pour faire état du volume d'activités Triple P réalisées sur le territoire ciblé, ainsi que de la clientèle rejointe.

Finalement, les entretiens transcrits ont fait l'objet d'une analyse thématique afin de mettre en évidence des thèmes récurrents, des tendances ou des singularités dans le discours des répondants (Paillé, 1996; Paillé & Muchielli, 2003). Les points forts de l'implantation, les aspects positifs de l'expérience ainsi que les limites perçues, les craintes et les aspects plus négatifs de l'expérience ont

systématiquement été cherchés, d'une part chez les intervenants et d'autre part chez le personnel d'encadrement. L'arrêt de cette thématisation s'est effectué lorsqu'aucune donnée additionnelle n'a été utile pour développer davantage de thèmes en raison de la redondance des informations, indiquant la saturation des données (Strauss & Corbin, 2004). Finalement, la mise en parallèle des données issues des entretiens individuels et de groupe a permis d'évaluer jusqu'à quel point les thèmes étaient récurrents ou non à travers le discours des deux groupes d'acteurs, contribuant à valider ou nuancer les thèmes et à fournir un portrait d'ensemble. Toutefois, l'identité des organisations auxquelles appartiennent les acteurs dont les propos sont relevés dans le rapport n'est pas précisée afin de protéger leur confidentialité.

III. RÉSULTATS

La première partie des résultats décrit la création et l'évolution d'un comité d'implantation pour Triple P, un élément qui est au cœur de la phase 2 (planification) du QIF mais qui, dans le cas qui nous occupe, s'est maintenu tout au long de la phase 3 (mise en œuvre). Véritable pierre angulaire du processus d'implantation, le cheminement de ce comité est un condensé de l'histoire de l'initiative.

La deuxième partie des résultats est découpée selon les phases 2 et 3 du QIF. Elle enrichit la compréhension du cas en faisant état des principales activités réalisées à chaque phase et en rapportant les points de vue des acteurs impliqués.

PARTIE 1 : La création et l'évolution du comité d'implantation : une tâche transversale aux phases 2 et 3 du QIF

Suite à la formalisation de l'engagement de l'établissement de première ligne dans le projet, un processus d'embauche d'une coordonnatrice d'implantation fut lancé. Un comité de sélection tripartite comprenant la chercheure principale, un gestionnaire du centre jeunesse et un gestionnaire de l'établissement de première ligne a été mis sur pied à cet effet. L'offre d'emploi, présentée à l'annexe A, a été formulée avec le soutien de la direction des ressources humaines de l'établissement de protection de la jeunesse, qui a également soutenu le processus de recrutement et de sélection. La personne choisie fut embauchée au début de l'automne 2013, puis formée et accréditée à Triple P. Sous la supervision de la chercheure responsable du projet, la tâche qui lui a été confiée était double : (1) mobiliser les acteurs de la communauté afin d'implanter cette stratégie préventive ; (2) soutenir les partenaires et leur personnel clinique dans cette entreprise.

Dans la même période, un comité d'implantation a été mis sur pied, d'un commun accord entre l'équipe de recherche et ses partenaires (centre jeunesse de Montréal, CSSS de la Pointe-de-l'île, et direction de la santé publique de Montréal). Ce comité, composé des représentants des différentes organisations impliquées dans le projet (en majorité du personnel d'encadrement), visait à élaborer le plan de formation du personnel et l'offre de service dans la communauté. Au départ, il est animé conjointement par la coordonnatrice d'implantation et la chercheure responsable du projet; avec le temps, la coordonnatrice a pris une place prépondérante dans la préparation et l'animation des réunions, compte tenu de sa proximité avec le terrain.

Composition et évolution du comité d'implantation

Les rencontres et l'évolution de la composition du comité d'implantation sont illustrées aux Figure 3 et 4, où la ligne rouge pointillée représente la démarcation entre les phases de planification et d'implantation proprement dite. Entre septembre 2013 et juin 2014, le comité s'est réuni à sept reprises, soit aux six semaines environ. Lors de sa première rencontre formelle, il réunissait des membres de l'équipe de recherche, de l'établissement de première ligne, des services de protection de la jeunesse et de la santé publique. À partir de la quatrième rencontre, sa composition se diversifiait par l'ajout de membres provenant de services de garde à l'enfance, des organismes communautaires et du secteur municipal. Des représentants du milieu scolaire se sont greffés aux cinquième et sixième rencontres. Ainsi, le démarchage des acteurs de la communauté autour de Triple P s'est déroulé sur plus ou moins huit mois. La Figure 3 représente le nombre de participant-e-s à chaque rencontre. La Figure 4 représente la proportion à laquelle chaque secteur d'activité est représenté lors de chaque rencontre.

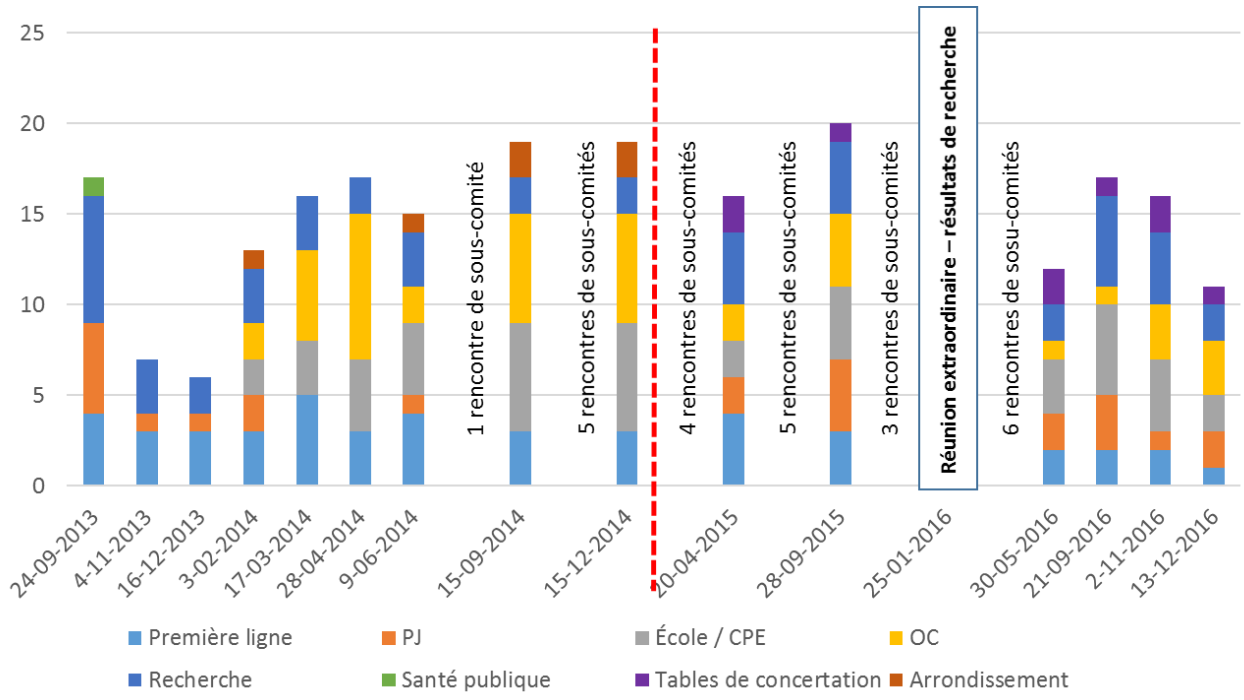


Figure 3 : Nombre de participant-e-s de chaque secteur d'activité aux 15 rencontres régulières du grand comité d'implantation

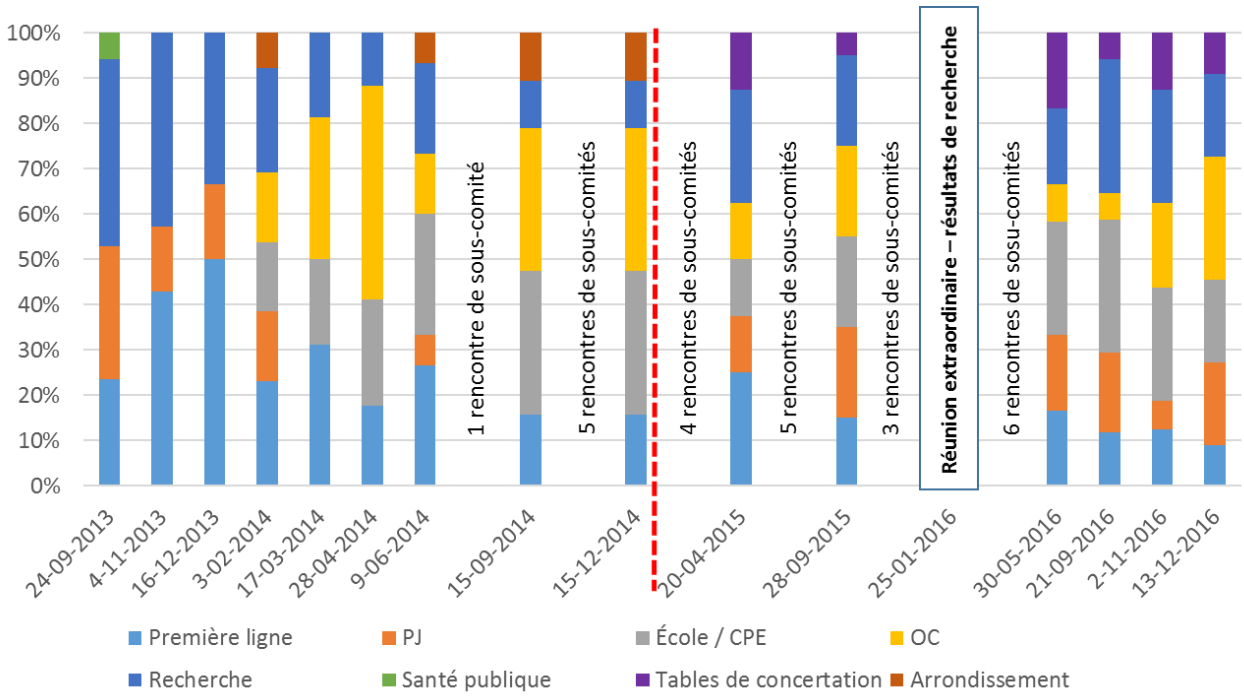


Figure 4 : Représentation (%) de chaque secteur d'activité aux 15 rencontres régulières du grand comité d'implantation

Dès le départ, le projet a été présenté à de nombreuses organisations locales pouvant être concernées par la prévention de la maltraitance envers les enfants. Les principaux constats issus de l'analyse des ressources, des besoins, et de la disposition à agir du territoire en lien avec la prévention de la maltraitance ont également été présentés aux partenaires potentiels, sous la forme d'un dépliant produit et diffusé par l'équipe de recherche, afin de faire ressortir la valeur ajoutée de l'initiative. Les partenaires intéressés à collaborer étaient invités à siéger au comité. Cette démarche de mobilisation a été menée par la coordonnatrice d'implantation. À l'occasion, la chercheure principale et/ou une organisatrice communautaire rattachée à l'établissement de première ligne a accompagné la coordonnatrice pour présenter le projet.

Création de sous-comités

Afin de permettre la participation de chaque partenaire en fonction de ses capacités, une formule de participation souple, dite « à géométrie variable », a été adoptée. Dans ce contexte, il devenait difficile de continuer à réunir l'ensemble des partenaires aux six semaines. Afin d'approfondir certains dossiers sans avoir à mobiliser systématiquement l'ensemble des acteurs, il a été proposé par la coordonnatrice et décidé collectivement de former deux sous-comités et de les rendre opérationnels dès l'automne 2014.

Un premier sous-comité avait pour mandat de concerter la mise en œuvre des activités Triple P offertes aux parents. Il était essentiellement composé de partenaires directement impliqués dans l'offre de services. Nommé successivement « comité Référencement » et « comité Pivot », c'est cette dernière appellation qui sera retenue dans le texte. Le sous-comité « Promotion » avait pour mandat de promouvoir les pratiques parentales positives, de faire connaître les activités Triple P offertes dans la communauté et de faire rayonner localement les bons coups du partenariat. Les Figures 5 et 6 illustrent chaque réunion tenue par ces comités, ainsi que l'évolution de leur composition au fil du temps. Comme dans les figures précédentes, la ligne rouge pointillée représente la démarcation entre les phases de planification et d'implantation proprement dite. La Figure 5 représente le nombre de participant-e-s à chaque rencontre. La Figure 6 représente la proportion à laquelle chaque secteur d'activité est représenté lors de chaque rencontre.

Quant au grand comité d'implantation réunissant l'ensemble des partenaires mobilisés, il a été maintenu dans un rôle décisionnel et stratégique, en suivi de l'initiative. Dès l'automne 2014, ce comité s'est rencontré aux trois ou quatre mois, alors que les sous-comités Pivot et Promotion opéraient entre temps. Puis, lors de la réunion du 30 mai 2016, il a été proposé par la chercheure principale et décidé collectivement de re-fusionner les trois comités, sous l'appellation « comité de Coordination ». Cette fusion relève d'un souci d'efficience : avec le temps, on en était arrivés à avoir à peu près les mêmes partenaires aux trois comités. De plus, le projet en était à une phase de stabilisation qui ne nécessitait plus autant de rencontres. L'ensemble des comités ont tenu 39 réunions régulières sur la période étudiée.

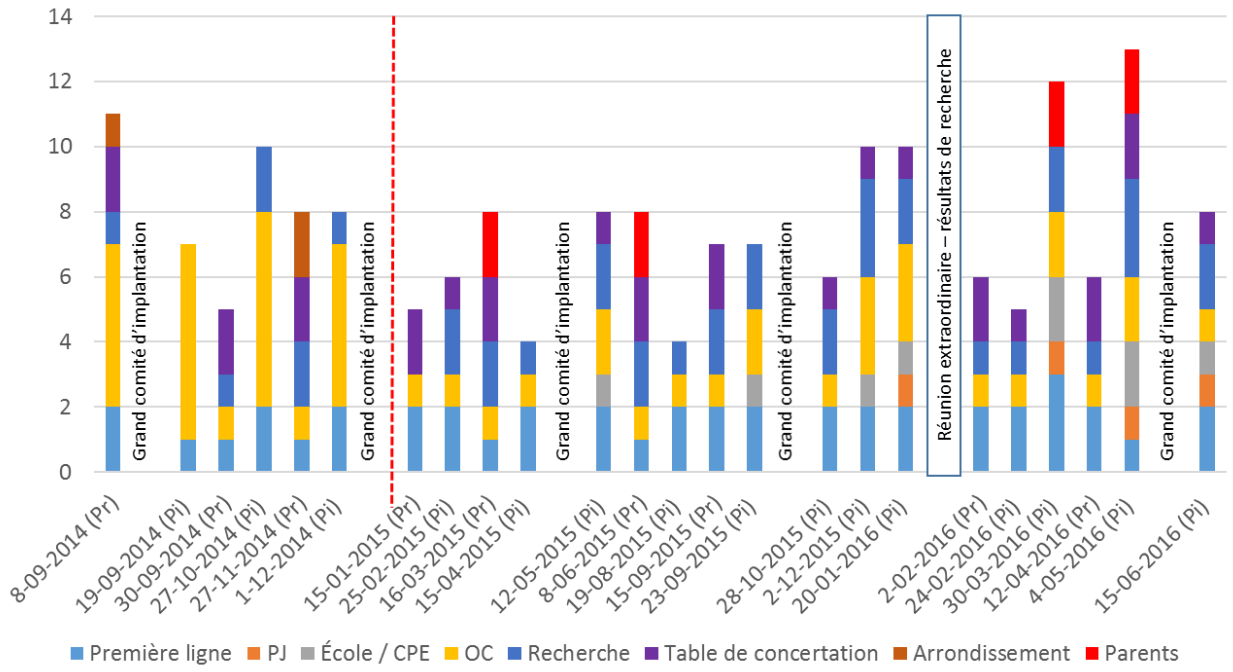


Figure 5 : Nombre de participant-e-s de chaque secteur d'activité aux 24 rencontres des sous-comités Promotion (Pr) et Pivot (Pi)

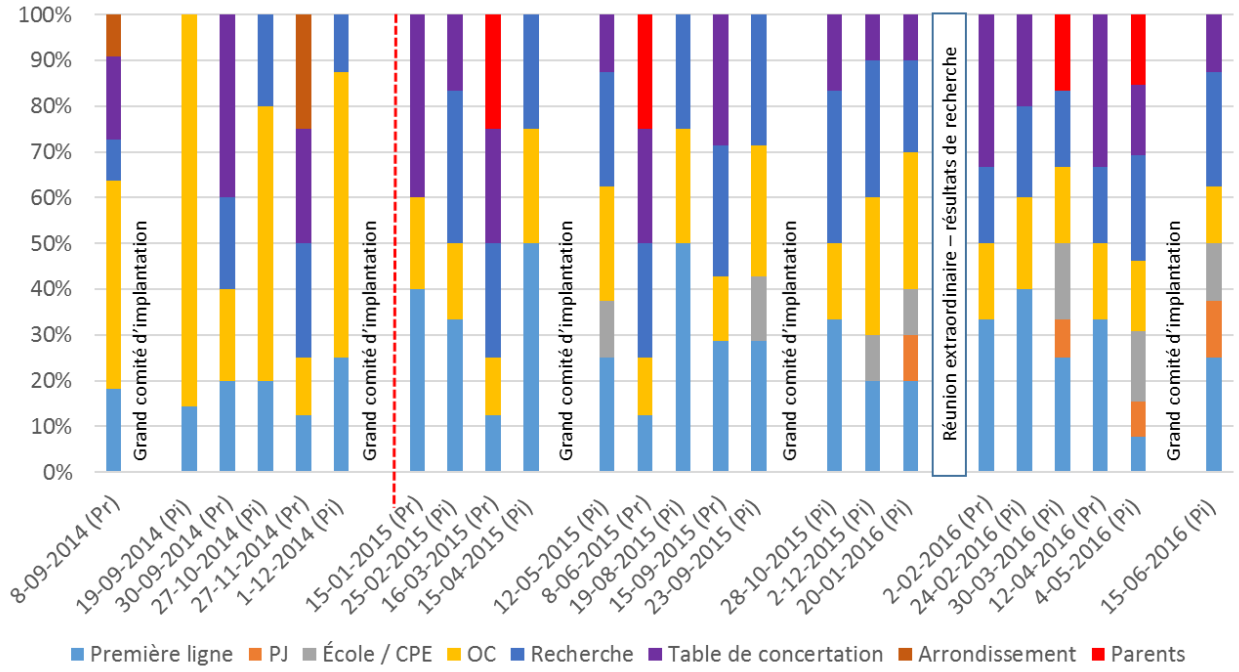


Figure 6 : Représentation (%) de chaque secteur d'activité aux 24 rencontres des sous-comités Promotion (Pr) et Pivot (Pi)

Participation aux comités

Vingt organisations différentes ont participé aux rencontres de l'un ou l'autre comité. Parmi celles-ci, douze ont offert au moins un niveau du programme Triple P aux parents du territoire, que ce soit sur une base régulière ou ponctuelle. Les huit autres partenaires ont joué un rôle de soutien à l'initiative, de liaison avec leur réseau ou de recherche évaluative.

Au fil du temps, le nombre de personnes présentes aux rencontres du grand comité d'implantation varie entre six et 20, alors que les présences aux sous-comités varient entre quatre et 13, sans compter la coordonnatrice qui anime les rencontres. Certaines organisations membres ont envoyé un seul représentant tout au long du projet, favorisant une stabilité et une permanence au sein des comités. D'autres organisations ont été affectées par un roulement de personnel important ou ont plus fréquemment envoyé des remplaçants lors des rencontres. Enfin, les plus grandes organisations ont typiquement assigné plusieurs personnes au comité, reflétant la diversité de leurs mandats et fonctions. Ainsi, le nombre de participants par organisation varie d'un à 12 sur la période étudiée.

Retraits et ajouts de membres au sein du partenariat

Au fil du temps, certains partenaires se sont retirés du projet. C'est d'abord le cas de la Direction régionale de santé publique. Dès la première rencontre du comité d'implantation, la présence de ce partenaire au comité a été mise en question, d'une part parce qu'il n'offre pas de services directs à la population, et d'autre part parce que l'établissement de première ligne affirme avoir à l'interne son propre département de santé publique et communautaire. Ce partenaire est toutefois demeuré en lien avec la chaire de recherche et tenu au courant de l'évolution du projet.

Dès la deuxième rencontre, le coordonnateur du partenariat et du développement des communautés de l'établissement de première ligne se joint au comité. Il cesse de participer aux rencontres dès qu'il estime que les liens entre l'équipe du projet et la communauté sont suffisamment bien ficelés. Afin de soutenir cette liaison en continu, il place au comité une organisatrice communautaire de son équipe, qui y restera tout au long de la démarche.

Par la suite, deux organismes communautaires se sont retirés de l'initiative, l'un temporairement et l'autre définitivement. Dans le premier cas, à l'aube de l'implantation de Triple P, une crise interne liée à la gestion et au financement de l'organisme a remis en question son existence même, l'empêchant d'offrir les activités prévues. La crise s'est toutefois résorbée et l'organisme a réintégré le projet l'année suivante. Dans le second cas, l'organisme a revu ses priorités en plus d'avoir connu le départ de plusieurs intervenant-e- formé-e-s à Triple P, et a cessé de s'investir dans le projet.

De plus, les partenaires du secteur municipal, dont la contribution pressentie était surtout au niveau du sous-comité Promotion, ont cessé de se présenter aux rencontres et n'ont pas été remplacés. Ce retrait du secteur municipal a été compensé dès l'automne 2014 par l'implication de deux coordonnateurs de coalitions locales pour le bien-être des jeunes enfants existantes sur le territoire.

Enfin, notons que le sous-comité Promotion, et ensuite le sous-comité Pivot, ont tenté d'intégrer des parents provenant de la communauté. Toutefois, cette implication ne s'est pas maintenue et le relais n'a pas été pris par de nouveaux parents.

Changement de coordination

Un changement important à souligner est un changement de personne à la coordination. La coordonnatrice a quitté deux ans et demi après son entrée en fonction, soit en mars 2016, après s'être fait offrir un poste par l'établissement de première ligne partenaire du projet. Par la suite, le mandat de coordination et d'animation du partenariat a été confié à une intervenante faisant partie du contingent d'intervenants formés à Triple P, alors que le mandat de soutien clinique aux intervenant-e-s devait être assuré par une spécialiste en activités cliniques. Néanmoins, le soutien aux intervenants a connu une période de flottement durant cette transition

PARTIE 2 : Points de vue des acteurs impliqués dans la démarche de planification et de mise en œuvre (Phases 2 et 3 du QIF)

Phase 2 du QIF : Structurer et planifier l'implantation (septembre 2013 à décembre 2014)

***Mobilisation*.** Afin de prendre contact avec les organisations de la communauté et de les impliquer dans le projet, la coordonnatrice d'implantation s'est associée à l'organisatrice communautaire de l'établissement de première ligne qui, en dépit de certaines divergences dans sa vision du projet et dans la manière d'approcher et de mobiliser les partenaires du milieu, l'a accompagnée dans cette entreprise. Bien qu'elle exprime l'intention d'avoir recours aux maillages en place, la coordonnatrice d'implantation procède surtout par démarchage individuel. Cette stratégie personnalisée demande plus de temps, mais comporte aussi des avantages selon la coordonnatrice: *« Tout ce démarchage-là individuel a fait en sorte que tous les partenaires voyaient beaucoup de raisons d'embarquer dans le projet. »*

Selon la coordonnatrice d'implantation, les gestionnaires des organisations contactées percevaient que le programme était cohérent avec leur mission et répondait généralement à un besoin. Plusieurs caractéristiques du projet ont permis de favoriser l'engagement des organisations ciblées. En premier lieu, le thème du projet suscitait l'intérêt comme en témoigne le commentaire de ce gestionnaire : *« À partir du moment où tu te concentres sur les besoins de l'enfant, ça reste porteur et rassembleur. »*

Les gestionnaires semblent aussi avoir adhéré à l'approche populationnelle : *« J'aime bien la campagne de marketing social. Pour moi, c'était très intéressant que ça s'adresse à monsieur/madame tout le monde. »* La nature partenariale du projet est considérée par plusieurs acteurs comme une valeur ajoutée. Les participants y voyaient une opportunité de renforcer leurs liens avec les autres organisations du milieu : *« Nous, on aime beaucoup la concertation puis travailler en partenariat. C'est toujours intéressant de pouvoir collaborer ensemble puis de voir comment les autres fonctionnent. Je te dirais que pour moi j'ai vu une belle opportunité de recréer les liens. »* Il faut noter que des défis de l'approche partenariale sont aussi identifiés par un gestionnaire: *« C'est compliqué […] ça engendre une réflexion puis une concertation commune, il faut que le monde achète ça dans ta communauté. »*

Plusieurs partenaires déclarent que la validité scientifique du programme Triple P, sa structure en gradins et son caractère clé en main ont suscité leur intérêt. Généralement, le fait que Triple P ait démontré son efficacité à l'international était considéré comme un gage de crédibilité alors que le caractère structuré du programme était perçu comme sécurisant. Une préoccupation à l'égard de la pertinence du programme dans un contexte d'intervention auprès de minorités culturelles était

toutefois présente. Rappelons que le pourcentage de familles immigrantes sur le territoire est d'environ 26 %.

La collaboration avec une équipe de recherche universitaire a aussi contribué à donner une crédibilité au projet : *« [C'est] un appui de savoir qu'il y avait une chaire de recherche qui était derrière ça. »* Les ressources fournies par l'université ont facilité la participation. La possibilité de générer des données de recherche locales dans le cadre du projet a été un incitatif pour plusieurs organisations. Cet aspect a même pu contribuer à rallier des acteurs plus réticents au départ : *« La façon dont j'ai réussi à y adhérer sans être mal à l'aise […] c'est vraiment d'y aller avec l'idée de la recherche. »*

Par ailleurs, des préoccupations ont caractérisé cette phase de mobilisation. Dans certaines organisations communautaires, les gestionnaires et les intervenants abordent le référentiel comportementaliste de l'intervention Triple P comme un frein à la mobilisation : *« Ce n'est pas le même type d'intervention. Ça c'est du comportemental nous on fait du systémique donc ça ne cadre pas.»* La compatibilité entre les référents théoriques est d'ailleurs documentée comme un enjeu en ce qui concerne l'adoption d'une innovation (Breitkreuz, McConnell, Savage, & Hamilton, 2011). Bien que la nature du projet permette de mobiliser les organisations sur une base volontaire, certains gestionnaires impliqués ont perçu que leur participation ne relevait pas d'un choix personnel, par exemple lorsque la décision avait été prise par un prédécesseur. Aussi, le fait que le projet soit initié par le milieu académique, soit une organisation extérieure à la communauté, pouvait faire réagir. La coordonnatrice rapporte avoir perçu chez certains partenaires communautaires la réflexion suivante : *« On fait bien notre job, pourquoi ça prend ça qui descend d'en haut, pour qu'on ait une crédibilité? »*

La coordonnatrice rapporte avoir mis en place diverses stratégies afin d'obtenir l'adhésion au projet. D'abord, elle reconnaissait aux partenaires la possibilité d'exercer un libre choix quant à leur participation : *« Personne ne va vous en vouloir si vous n'embarquez pas. »* Parallèlement, elle demeurait très convaincue par le projet et très persuasive. Elle a obtenu la signature de lettres d'engagement vis-à-vis du projet de la part des partenaires et a encouragé l'adoption d'un énoncé de vision rassembleur soit : <u>La communauté d'ici triPPPe avec les parents pour le mieux-être de leurs enfants.</u> Les partenaires disent avoir apprécié la disponibilité de la coordonnatrice, son écoute des besoins et sa sensibilité face à leurs préoccupations. La coordonnatrice rapporte aborder de la façon suivante les préoccupations des partenaires : *« Écoute, j'ai entendu tes préoccupations, ça me préoccupe aussi, j'aimerais que tu viennes nous en parler […] C'est quoi les conditions pour que ça en vaille la peine? »* La coordonnatrice semble donc engagée afin que les partenaires perçoivent des bénéfices du projet et demeurent mobilisés.

Il semble que l'implication de certains individus très mobilisés a été déterminante dans la présente implantation. Leur passion, leur conviction à l'égard du projet et leur dynamisme, de même que les liens qu'ils entretenaient avec diverses organisations du milieu, semblent avoir contribué au projet de façon importante. Ces individus se sont impliqués de façon proactive et relativement autonome et ont pris en charge certaines tâches de leur propre initiative. Par exemple, ils ont contribué à motiver les intervenants sous leur responsabilité, mobilisé d'autres partenaires et organisé des réunions portant sur Triple P avec les partenaires de leur secteur. Cela permettait à la coordonnatrice de se consacrer à maintenir un contact personnalisé avec les personnes ou organisations plus hésitantes afin de favoriser leur engagement dans le projet : *« Les leaders, ils l'achètent, ils y croient, ils veulent, ce n'est pas d'eux dont je m'occupe. [C'est des autres] dont je m'occupe. »*

Il faut noter que la mobilisation des partenaires en place, mais aussi le recrutement de nouveaux partenaires est envisagé comme un travail itératif. Tout au long du projet, la coordonnatrice se

chargeait de faire des rappels pour motiver les différentes organisations à publiciser les activités et participait à certaines réunions internes. En 2016, la coordonnatrice d'implantation note : *« Les partenaires étaient comme déjà là, mais, il fallait que j'aille en chercher d'autres. […] et ça je vais continuer parce qu'il y en a encore plusieurs qui ne sont pas impliqués. »*

Ajustement entre l'innovation et le contexte d'implantation. Sur le terrain, la coordonnatrice a accompagné les partenaires dans un processus de réflexion concernant l'ajustement entre Triple P et les programmes et services déjà en place, en discutant des questions suivantes : *« Est-ce que ça s'insère bien dans vos activités ? Est-ce que ça entre en compétition avec d'autres pratiques? ».* Les gestionnaires et les intervenants soulèvent d'ailleurs dans leur discours les points communs et les distinctions entre les différents niveaux de Triple P et d'autres activités.

Parfois, les activités existantes pouvaient faciliter l'intégration de Triple P à la pratique courante: « *[Ils] font déjà des activités de contact avec les parents, puis de diffusion d'information dans ce cadre-là. Donc Triple P s'intègre. »* Cependant, l'ajustement a été plus complexe lorsqu'un programme en place était très similaire à Triple P : *« Le niveau quatre de Triple P et le groupe de Ces Années Incroyables [2], c'est les mêmes objectifs. »* De plus, l'implantation en parallèle du programme Alliance[3] est identifiée comme une difficulté supplémentaire : *« Triple P arrivait en même temps qu'on implantait le programme Alliance, ce qui, à mon avis, pour le territoire de la Pointe-de-l 'Île, a été un écueil au début. »* En somme : *« Que chaque type d'organisme puisse trouver une niche où loger Triple P dans son offre de service ou dans sa mission, ça c'est le défi. »*

Capacité organisationnelle. Plusieurs éléments contextuels représentaient des défis. L'arrivée du projet s'inscrivait dans le contexte d'une réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux : « *Il y avait beaucoup de mouvance dans notre organisation. […] On ne sait même pas comment on va être dans un mois, dans deux mois.* » Des gestionnaires, nouvellement arrivés en poste, décrivent leur implication dans le projet comme un défi supplémentaire. Les ressources financières et les ressources humaines limitées étaient aussi une préoccupation dans la mesure où le projet nécessitait de libérer des ressources humaines pour offrir Triple P. Enfin, le milieu avait vécu dans le passé certaines expériences négatives de partenariat : « *Il y avait eu des expériences […] très malheureuses donc ça avait créé des tensions avec beaucoup de partenaires*. »

La réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux a engendré une certaine instabilité puisque des personnes impliquées en tant que partenaires ont changé de poste. La coordonnatrice d'implantation note toutefois que : « *Il y a différents leaders à différents niveaux organisationnels. […] Ils ont changé de fonction, mais ils sont restés à proximité du projet. »* Certains changements de postes de partenaires mobilisés par le projet auraient même été profitables. Par exemple, l'un des partenaires, en changeant de secteur, a pu mobiliser une nouvelle équipe d'intervenants autour du projet. Un autre partenaire, en obtenant un poste plus élevé, a pu orienter certains choix organisationnels afin de soutenir le projet.

---

[2] Programme structuré de soutien aux habilités parentales dans le but de prévenir les problèmes de comportement des enfants (Webster-Stratton, 2001).

[3] Programme-cadre régional, exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux de la part de ses établissements, pour desservir les familles aux prises avec la négligence ou affichant un risque élevé de négligence (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010).

***Satisfaction à l'égard du fonctionnement des comités*.** Les membres semblent être assez satisfaits de la composition des comités. La participation des parents au sous-comité promotion, est encouragée par la coordonnatrice d'implantation : « *C'est les parents qui sont capables de nous aider à réfléchir, de dire qu'est-ce qui va le plus attirer les parents.* » La coordonnatrice percevait toutefois la motivation des parents à s'impliquer comme transitoire et pour cette raison préconisait un recrutement constant de nouveaux parents.

Il faut noter que certains gestionnaires ont considéré leur implication dans les comités comme un défi compte tenu de leur charge de travail : *« Quand il faut que tu prépares toutes tes rencontres puis en plus il faut que tu appelles les partenaires que ci, que ça… ça en fait beaucoup. »*

Les partenaires semblent satisfaits du rôle de la coordonnatrice d'implantation et l'un d'eux rapporte avoir apprécié les aspects suivants : *« Un fonctionnement très organisé, des ordres du jour envoyés, des comptes rendus rédigés, des suivis entre les rencontres, une participation, un bon leadership de la coordonnatrice. »* Les partenaires déclarent aussi avoir perçu, de la part de la coordonnatrice d'implantation et de l'équipe de recherche, un respect pour la communauté : *« Je n'ai jamais eu l'impression que ça devenait une bibitte institutionnelle […] sans la volonté de s'acclimater un peu à la communauté. »* La coordonnatrice rapporte avoir consulté les partenaires afin de les impliquer : *« J'ai travaillé avec les partenaires, chacun a donné son apport. »* Les comités semblent fonctionner en adoptant un processus de décision collective, documenté dans la littérature comme un bon prédicteur de la satisfaction des membres de comités ou de l'efficacité des programmes (Bilodeau, Allard, Francoeur, & Chabot, 2004; Butterfoss, Goodman, & Wandersman, 1996). Les partenaires impliqués déclarent aussi percevoir un bon climat de collaboration. Ils rapportent une contribution de chacun des partenaires à la hauteur de leurs capacités, un respect de la capacité à contribuer de chacun, la possibilité de discuter ouvertement de différents enjeux et la volonté de trouver des solutions aux difficultés rencontrées.

Planification. En ce qui concerne les tâches de planification, celles-ci ont été moins abordées dans le discours des gestionnaires que dans le discours de la coordonnatrice. Cela pourrait indiquer que la responsabilité de planifier la mise en œuvre de Triple P a été surtout assumée par la coordonnatrice d'implantation et l'équipe de recherche. Il faut dire que le schéma d'entrevue destiné aux gestionnaires comparativement à celui destiné à la coordonnatrice comportait moins de questions traitant spécifiquement des tâches liées à la planification. Il convient aussi de noter qu'en raison des changements survenus dans la composition des comités, plusieurs acteurs interrogés à l'issue du processus n'étaient pas présents ou peu impliqués lors des tâches de planification.

La coordonnatrice rapporte la production d'un document nommé « Planification stratégique ». Ce document a été adopté par le comité en 2014. De plus, les partenaires auraient été impliqués dans l'identification d'objectifs et de tâches à réaliser, de même que dans l'identification des besoins et des défis envisagés. Toutefois, certains propos laissent entendre que la planification s'est plutôt faite de fil en aiguille, avec plusieurs allers-retours entre les tâches de planification et de mise en œuvre : *« Il y avait beaucoup de laisser-aller à la communauté puis aux gens qui étaient là. Je pense qu'on a fait beaucoup de* back and forth *[…] qu'on partait sur une idée puis finalement […] on pouvait quand même revenir. »*

De plus, la distribution des tâches semble avoir été relativement peu structurée. La coordonnatrice déclare : *« Je n'ai pas la perception qu'il faut qu'on se dresse une liste de tâches, je n'ai pas ce fonctionnement-là. […] on nomme ce qu'il y a à faire en comité […] tout ce qui tombe dans les tâches et les mandats des partenaires présents, bien ils les prennent. Et ce qu'il reste, je m'en occupe. »* La coordonnatrice réfère à ce mode de fonctionnement comme à un point positif marquant l'autonomie

et la motivation des partenaires : *« Les responsabilités, les rôles, les tâches se sont très naturellement transférés. »* Toutefois, certains propos laissent entendre que ce mode de fonctionnement a entrainé des difficultés plus tard dans le processus, telles que l'omission de tâches, une confusion des rôles, ou le non-respect de la hiérarchie.

<u>La phase 2 en résumé :</u> La coordonnatrice a surtout recouru au démarchage individuel afin de recruter les partenaires. Le projet était généralement perçu comme répondant à un besoin et son thème rejoignait les partenaires. Le caractère partenarial du projet et la validité scientifique de Triple P suscitait aussi l'adhésion. Les partenaires avaient toutefois certaines craintes et préoccupations, notamment en lien avec le référentiel comportemental de Triple P. Certaines acteurs-clés se sont beaucoup impliqué dans le projet et ont favorisé la mobilisation de nouveaux partenaires et d'intervenants. Certains ajustements ont été réalisés au cours de projet en ce qui concerne l'arrimage entre Triple P et les autres programmes en place sur le territoire. La réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux au cours du projet a constitué un défi. Les partenaires étaient généralement satisfaits de la composition et du fonctionnement des comités. Les efforts de planification sont soulignés, malgré qu'un certain manque de structure sur ce plan soit mentionné.

Les premières formations et accréditations à Triple P : un moment charnière entre la phase 2 et 3 du QIF

Préparation aux formations. Triple P implique une formation assez élaborée, envisagée comme un moment important de l'implantation : *« On allait commencer Triple P puis être formé […] on était vraiment dans quelque chose de très concret je te dirais que ça, c'est un point tournant. »*

L'organisation des formations s'est avérée assez complexe. D'abord, les différentes organisations impliquées présentaient des besoins différents en ce qui concerne les formations pour chacun des niveaux Triple. Ensuite, il y avait beaucoup d'incertitudes pour les gestionnaires qui devaient sélectionner les intervenants à former : *« Pour la première formation, il fallait trouver des gens, mais on ne savait même pas qui serait dans nos équipes rendu à la formation. »* De plus, les particularités de ce programme complexe et les distinctions entre les niveaux pouvaient être floues pour les gestionnaires préalablement à la formation. Puisqu'ils ont suivi la formation au même moment que les intervenants qu'ils supervisent, il était difficile pour eux de choisir les intervenants à former pour chacun des niveaux : *« Je ne savais pas c'était quoi les critères d'un bon intervenant Triple P. »* Cependant, les gestionnaires étaient plus satisfaits du choix d'intervenants formés lors de la seconde vague de formation qui a eu lieu à l'automne 2015 : *« C'est vrai que quand j'ai inscrit [nom de l'intervenante], je savais très bien dans quoi on était, qu'est-ce que j'avais besoin, pourquoi elle. »*

Le choix des intervenants à former représente un enjeu à la fois dans le discours des gestionnaires et des intervenants. Certains intervenants ont perçu cette formation comme leur étant imposée: *« On n'a pas eu le choix là. […] on avait comme rien à dire. »* Selon Rogers (2003), le fait d'imposer une innovation favorise l'adoption initiale, mais diminue les chances de succès et de pérennité.

Du côté des gestionnaires, le choix de former un grand nombre d'intervenants est considéré comme justifié compte tenu du roulement de personnel : *« En avons-nous identifié trop, j'aurais tendance à dire, avec le recul, non, parce le taux de roulement est assez élevé au niveau du personnel. »* Cependant

certains gestionnaires déclarent qu'ils considèrent n'avoir pas suffisamment pris en compte certains critères dans le choix des intervenants à former, notamment la capacité à livrer le programme et à intervenir dans un groupe : *« Par contre, est-ce que tous les intervenants ont la même capacité andragogique de livrer des ateliers de groupe, la bonne réponse est non [...] et, à mon avis, ça aurait peut-être dû primer sur la profession. »* Selon Fixsen et al. (2009), certaines caractéristiques des intervenants tels que leur compétence professionnelle de base et leur motivation à apprendre sont peu influencées par les formations offertes dans le cadre des programmes implantés et doivent conséquemment être prises en compte dans la sélection des intervenants à former.

La préparation aux formations est un enjeu qui ressort du discours des intervenants. Certains considèrent que leurs gestionnaires ne les auraient pas suffisamment informés préalablement à la formation de l'ampleur du travail associé à la mise en place du programme: *« On n'avait aucune idée dans quoi on s'embarquait. » « Ils disaient ça ne te changera pas beaucoup, ça ressemble à Pédap[4], mais non ce n'est pas du tout pareil. »*

En contrepartie d'autres intervenants sont satisfaits de la préparation dont ils ont bénéficié. Cette intervenante cite la participation au forum annuel organisé par l'équipe de recherche à l'été précédant les formations comme un facteur y ayant contribué : *« Moi j'ai eu une préparation différente là, j'ai eu la chance d'aller à Québec assister à un forum […] c'était super aidant là, je savais vers ou j'allais, les difficultés qui avait été rencontrées, […] il y a plein de choses, là, que j'ai apprises avant. »* Il faut noter que la coordonnatrice d'implantation a aussi tenté de préparer certains intervenants en les rencontrant individuellement avant les formations.

Enfin, le coût des formations a suscité des réactions chez des partenaires. Pour cette raison, certains craignent qu'une éventuelle intégration de Triple P dans l'offre de services usuels n'accapare des ressources qui devraient plutôt être investies dans les programmes déjà en place : *« Ça coûte des sous, c'est un programme qui coûte cher quand même, tu sais, la formation tout ça […] des fois on a de la misère à appliquer SIPPE[5]. »*

Formation et accréditation. Entre septembre 2014 et février 2015, 50 intervenants ont été formés et accrédités aux différents niveaux du programme Triple P, alors que plusieurs de leurs gestionnaires les ont accompagnés dans cette démarche, soit comme participants à la formation, soit comme observateurs. Cette période s'est avérée d'une grande intensité, permettant l'approfondissement de la compréhension des divers éléments du programme, mais générant aussi une certaine somme de stress et d'insatisfaction.

Certains intervenants considèrent que le niveau de Triple P pour lequel ils ont été formés n'est pas approprié en fonction du poste qu'ils occupent : *« Moi je ne me sens pas très à l'aise au sens où le niveau pour lequel je suis formée ne s'adapte pas à la clientèle avec laquelle je travaille. […] En un an je n'ai pas pu l'appliquer tel que prescrit. »* D'autres intervenants ont la perception que l'application du niveau Triple P pour lequel ils ont été formés les amène à réaliser des tâches qui se trouvent en dehors de leur mandat : *« Tu finis avec des tâches que tu n'aurais pas nécessairement faites selon la description de tâches de notre organisation. »*

---

[4] Groupe pour les parents d'enfants qui défient l'autorité parentale.

[5] Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance.

Les formations Triple P ont fait émerger un certain nombre de critiques chez les gestionnaires et les intervenants. Certains d'entre eux ont été choqués par l'aspect commercial du programme perçu lors des formations : *« La chose qui m'avait beaucoup déplu c'est tout l'aspect corpo de ça. […] je trouvais que c'était beaucoup le logo Triple P, […] j'avais l'impression à ce moment-là qu'on ne vendait pas un programme qui était bon pour les parents, mais plus une marque, une compagnie. »* D'autres doutaient de la pertinence du programme pour la réalité québécoise : *« Je trouvais que même la présentation des vidéos […] que ça collait plus ou moins par rapport à une discussion normale qui se produirait au Québec ou en Amérique du Nord. »*

Les propos de la coordonnatrice laissent entendre que les formatrices se seraient peu adaptées au contexte d'intervention des organisations impliquées : *« [Les formatrices] ont un contenu à livrer de telle façon, puis elles n'ont pas la liberté de l'ajuster [même si] on leur a expliqué la réalité d'intervention [des organisations impliquées]. »* Certains intervenants auraient par conséquent perçu un décalage entre le programme tel qu'enseigné et les possibilités d'intervention dans leur contexte. De plus, certaines insatisfactions ont été exprimées en lien avec le travail de Triple P International en ce qui concerne les certificats d'accréditation : *« Il y avait des erreurs qui se passaient. […] on a des certificats d'accréditation qui arrivent en anglais, qui arrivent pas le bon niveau pour la bonne personne. Il en manque… »*

À l'issue des formations, certains intervenants ont perçu le programme comme très directif et prescriptif : *« Tu as un problème, un enfant qui fait une crise, bon bien voilà la solution, puis elle est en trois points. »* Cette perception semble en porte-à-faux avec le cadre d'autorégulation (du parent et de l'intervenant) qui est à la base de la philosophie d'intervention de Triple P. On peut se demander si les formatrices Triple P ont suffisamment expliqué cet aspect, ou bien si certains intervenants y ont été peu réceptifs en raison de certains préjugés vis-à-vis du programme. Quoi qu'il en soit, on note un écart entre les caractéristiques dont le programme se réclame et la perception qu'en ont les intervenants. Par exemple, Triple P se définit comme un programme populationnel rejoignant un très large éventail de clientèle, y compris les populations plus vulnérables. Pourtant, la perception de plusieurs intervenants en ce qui concerne la clientèle pour laquelle le programme est approprié est beaucoup plus réduite : *« Il y a un profil de parent à qui on peut proposer ça. En général, c'est des mères en congé de maternité. Elles ont des études, elles travaillent, elles sont quand même issues d'une certaine classe sociale. »* Sanders, Turner, & Markie-Dadds (2002) considèrent cette perception comme assez répandue et, pour y remédier, recommandent d'informer les intervenants des résultats positifs obtenus auprès des familles vulnérables.

Les intervenants estiment qu'ils n'ont pas eu suffisamment l'occasion de pratiquer lors des formations : *« Il n'y a pas beaucoup de pratique dans la formation même. »* Les opportunités de pratiquer sont identifiées dans la littérature comme une composante des formations efficaces (Fixsen, Naoom, Blase, & Friedman, 2005). De plus, la densité des journées de formation et la charge de travail requise pour se préparer à l'accréditation ont été soulignés comme des défis : *« Dans mon cas j'ai le niveau 3 et le niveau 2, tout collé, c'est trois jours-là collés que je fais ça, que je ne peux pas voir mes clients. Juste reporter le travail qu'il va falloir que je récupère plus deux accréditations… Fait que je trouve que la conciliation formation-travail [n'est pas optimale]. » « C'est très stressant aussi, c'est beaucoup de préparation. »* La réalisation d'un certain nombre d'heures supplémentaires non payées afin de préparer l'accréditation semble généralisée chez les intervenants: *« On avait le droit, en dehors du travail, d'avoir un certain nombre d'heures pour se préparer [mais] ce n'était pas suffisant.»* Les délais entre la formation et l'application du programme dans la pratique, de même que des occasions d'application trop espacées ou peu nombreuses, auraient constitué un défi supplémentaire pour certains intervenants : *« La formation, ça fait longtemps qu'on l'a eu. J'ai débuté le niveau cinq [11 mois après la formation]. »*

En dépit de toutes ces difficultés, des points positifs ont aussi été nommés. La formation s'étalant sur plusieurs jours et regroupant les membres des divers secteurs aurait permis de créer des liens entre les intervenants, générant un effet de partage et de renforcement du partenariat : *« Les gens étaient en processus d'accréditation, de formation alors c'était très rassembleur aussi de pouvoir le faire en compagnie de différents acteurs du milieu. »*

La présence de gestionnaires à la formation est perçue comme essentielle afin qu'ils s'imprègnent du programme et puissent comprendre la manière dont leurs intervenants allaient le mettre en œuvre, mais aussi afin de mieux anticiper la charge de travail requise et de créer une complicité avec les intervenants : *« Il y a une écoute aussi par rapport à ce que l'on vit [...] c'est que [la supérieure immédiate] a suivi la formation, [...] il avait quand même de l'écoute là pour essayer d'adapter toute cette charge de travail à ce qu'on vit déjà. »*

Il est possible de constater dans cette section que le point de vue des intervenants semble plus critique que celui des gestionnaires. Il est possible d'émettre l'hypothèse qu'au moment où les intervenants ont été rencontrés le niveau de satisfaction général par rapport à l'implantation était plus faible qu'au moment où les gestionnaires ont été rencontrés. Rappelons qu'environ un an d'écart sépare la collecte de données auprès des deux types d'acteurs et que le démarrage de l'implantation semble avoir été ralenti par des facteurs contextuels.

Les formations en résumé : L'organisation des formations a été un processus assez complexe. Les gestionnaires déclarent n'avoir pas suffisamment tenu compte de certains éléments tels que les caractéristiques personnelles des intervenants lors de la sélection pour la première vague de formations. Aussi, certains intervenants semblent ne pas avoir été suffisamment préparés aux formations. Ils considèrent comme lourde la charge de travail associées aux formations et aux accréditations. Les formations ont aussi fait émerger certaines résistances et le programme semble avoir été perçu comme très directif. En contrepartie, les formations semblent aussi avoir été des moments rassembleur et les rencontres qui s'y sont produites semblent avoir renforcé le partenariat. Enfin la présence de gestionnaires à la formation est perçue comme pertinente par les intervenants.

Phase 3 du QIF : mise en œuvre et soutien continu (janvier 2015 à juin 2016)

Les données recueillies en continu au fil de l'implantation révèlent qu'entre janvier 2015 et décembre 2016, 42 praticiens sur les 67 formés ont offert au moins une activité d'intervention Triple P. Ces intervenants ont collectivement offert 28 conférences publiques (niveau 2), rejoignant en moyenne 11 parents à chaque fois. Ils ont également offert 38 groupes de niveau 4 et réalisé 77 suivis individuels (niveaux 3, 4 et 5 confondus) et 27 consultations ponctuelles. Sur 24 mois, 413 parents ont été rejoints par une intervention de niveau 3, 4 ou 5. Davantage de données d'implantation sont fournies à l'Annexe B. Les activités d'intervention Triple P ont été supportées par une campagne de promotion incluant la distribution de dépliants, l'affichage dans des lieux fréquentés par les familles, et la mise en ligne du site web www.parentspositifs.ca. Les prochains paragraphes décrivent comment a été vécue la mise en œuvre de Triple P par les acteurs concernés.

Tensions entre fidélité et flexibilité. Dans le discours des intervenants, deux modes d'application de Triple P se dégagent. Le premier correspond à la tentative d'application intégrale, mais plutôt rigide, du programme. Lorsqu'ils procèdent de cette manière, les intervenants semblent se heurter à des difficultés : ***«*** *Quand on les amène trop vers quelque chose de trop […] dirigé, les clients [abandonnent].* » L'autre mode d'application consiste en l'intégration à la pratique courante de certains concepts ou d'outils Triple P de leur choix : *« J'utilise quand même le langage et les stratégies. Et puis parfois ça amène les parents justement à faire certaines réflexions. »*

La présence de ces deux modes d'application marque la tension entre fidélité et flexibilité, considérée comme inhérente au processus d'implantation d'un nouveau programme (Lee, Altschul, & Mowbray, 2008). Une définition claire des composantes intouchables et un accompagnement plus serré des intervenants dans leur démarche d'appropriation du programme les aurait potentiellement aidés à mieux intégrer ces deux aspects. À ce propos, Mazzuchelli et Sanders (2010) ont dégagé un certain nombre de stratégies de soutien aux intervenants permettant de favoriser à la fois la fidélité et la flexibilité. Par exemple, ils recommandent d'encourager l'auto-évaluation et l'évaluation par les pairs, de fournir un soutien clinique, de fragmenter l'intervention en composantes–clés et de se ramener constamment aux principes fondamentaux et au rationnel du programme.

Dans l'ensemble, les intervenants perçoivent le matériel comme pertinent. Cependant, ils jugent certaines adaptations nécessaires ou sont insatisfaits de certains aspects, comme la non disponibilité de certains outils en français : *« Les fiches-conseils pour les 5-12 ans [disponibles en anglais] ça ne sera pas traduit maintenant. Moi c'est une des choses qui font que j'ai peut-être moins embarqué. »*[6] Les intervenants déplorent aussi le fait de ne pas pouvoir apporter des modifications au matériel : *« Moi il y a des trucs que je modifierais là c'est sur là, dans le PowerPoint, mais là on ne peut comme pas y toucher. »* Il faut noter que la coordonnatrice était réceptive aux besoins exprimés par les intervenants et y répondait dans la mesure du possible : *« Avec les intervenants qui donnaient le niveau 4 en individuel, j'avais développé un guide. »* La coordonnatrice et certains intervenants déclarent se sentir limités et peu soutenus par Triple P International en ce qui concerne les adaptations nécessaires au matériel. Pourtant, la pertinence écologique du matériel est perçue par les promoteurs de Triple P comme importante afin d'offrir des services de qualité (Sanders et al., 2002). On peut penser que la barrière de la langue explique en partie cette incohérence.

Enfin, la plupart des intervenants sont d'avis que le programme fonctionne moins bien ou nécessite des ajustements majeurs avec certaines clientèles, telles que les populations vulnérables : *« Il y a des familles pour qui aucun niveau [n'est approprié]. Puis Triple P est tellement structuré. [Il y a des gens] qui n'arrivent pas à être structurés de cette manière-là. » « Mais quand on est dans la famille et que c'est multi problématique, c'est facile pour eux de glisser vers autre chose. »* Les intervenants rapportent généralement qu'ils ne parviennent pas à offrir le programme tel que prescrit lors d'intervention auprès de familles vulnérables : « *C'est sûr que les quatre étapes une à la suite de l'autre oublie ça! Je n'ai jamais été capable. Souvent ça va être étalé sur des très longues semaines. »* Ils ont aussi des perceptions très variables à propos de la pertinence du programme auprès des minorités culturelles.

En somme, environ un an après avoir été formés, les intervenants tiennent dans l'ensemble un discours assez critique vis-à-vis de Triple P. Perçu comme rigide et souvent insuffisant pour répondre aux besoins des familles les plus vulnérables, le programme génère des insatisfactions. Pour les

[6] Il est à noter que les feuilles-conseils jugées prioritaires par les partenaires québécois ont été traduites en français un peu plus tard par Triple P International et mises à la disposition des intervenants formés.

réduire, certains intervenants ont recours à des usages partiels du matériel, qui est parfois amalgamé à d'autres pratiques ou programmes.

Mise en place de mécanismes de soutien. Selon le QIF, la mise en place de mécanismes de soutien (soutien technique/encadrement/ supervision) est une tâche importante de la mise en œuvre. Le soutien des administrateurs et des dirigeants est aussi identifié par Fixsen (2013) comme un facteur facilitateur de l'implantation d'un programme. Les données recueillies un an après la première vague de formation révèlent que peu de mécanismes de soutien aux intervenants ont été mis en place et le soutien perçu de la part des directions est très variable.

Soutien administratif. Le soutien administratif permet de dégager des ressources pour les intervenants et d'opérer des changements organisationnels afin de soutenir l'innovation (Mihalic, Irwin, Elliott, Fagan, & Hansen, 2004). Dans le cadre de la présente implantation, les gestionnaires semblent avoir eu la volonté de soutenir les intervenants : « *C'est sûr qu'il y avait quand même une belle ouverture.* » Toutefois, la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux au cours de la mise en œuvre semble avoir altéré le soutien administratif offert aux intervenants impliqués dans l'implantation de Triple P : *« Ça s'inscrivait clairement dans une période où nos gestionnaires n'avaient plus de poste et où on était complètement en réorganisation, complètement saturé, je te dirais que Triple P c'était une goutte dans notre océan […] de petits et de grands problèmes. »*

En ce qui concerne les ressources dégagées pour soutenir les intervenants, la question du temps alloué pour s'approprier le programme et l'offrir aux familles semble un enjeu. Les intervenants considèrent que la charge de travail liée à l'intégration du programme dans la pratique a été sous-estimée, et plusieurs se déclarent débordés : *« Oui on a une journée de libérée, mais il y a pleins d'à côté qui vient avec. Souvent ça déborde sur ta journée pour plein de raisons cette semaine-là puis après l'autre semaine. »* Pour certains, les heures qu'ils consacrent à Triple P ne seraient pas rémunérées : *« Quand on fait des rencontres de soir, ce n'est pas rémunéré. »* Il semblerait que les gestionnaires qui étaient plus familiers avec le programme, de par leur présence aux formations ou leurs rencontres avec la coordonnatrice d'implantation, avaient davantage tendance à adapter la charge de travail. De plus, les compressions budgétaires, notamment dans le réseau scolaire et dans les CPE, ont eu comme effet de limiter le temps dont les intervenants disposent pour s'impliquer dans les activités de Triple P : *« Les rencontres individuelles, je n'en ai pas fait encore. […] Je ne sais pas où est-ce que j'aurais le temps de faire ça. »*

Les intervenants estiment que des modifications sont nécessaires en ce qui concerne les mécanismes de référencement de la clientèle. Par exemple, cette intervenante déplore de ne pas avoir été en mesure d'offrir le programme faute de clientèle lui étant référée : *« Je trouve ça plate tous ces outils-là, toutes ces formations-là puis de ne pas être capable de l'appliquer nécessairement, puis il disait qu'on allait recevoir des références puis ce n'est pas arrivé. »* D'autres intervenants souhaiteraient des ajustements en ce qui concerne les familles ciblées et le choix du niveau Triple P vers lequel elles sont orientées : *« Il y a peut-être un plus grand filtrage à faire au niveau des familles pour ne pas que les familles qui se rendent soient un peu déçues de ce que l'on offre. »* Il est aussi question du niveau de préparation des familles inscrites au programme : *« [Il faut] que les parents sachent dans quoi ils s'embarquent. »* Certains des intervenants émettent l'hypothèse d'une connaissance insuffisante du programme chez le personnel responsable du référencement.

Il convient aussi de souligner les contradictions entre certaines exigences administratives ou de performance et les exigences liées au déploiement de Triple P. Ces contradictions ont pu faire en sorte que des acteurs se retrouvent en conflit de loyauté entre leur organisation et leur engagement dans l'implantation de Triple P. Par exemple, une intervenante explique que dans certains contextes,

il est difficile d'offrir le nombre de séances recommandé, tout en respectant le délai d'intervention prescrit dans son organisation : *« J'ai comme envie de [laisser tomber] une ou deux séances téléphoniques, mais je sais qu'il ne faut pas là. »*

Lorsqu'il est présent, le soutien motivationnel et logistique est apprécié par les intervenants: *« Le CLSC, ils ont aussi commencé à offrir des services de garde pendant les groupes, ce qui a été super aidant aussi. Donc, libérer du personnel pour pouvoir le faire. »* La coordonnatrice offrait aussi un soutien logistique et technique. Enfin, certains intervenants rapportent des difficultés logistiques en lien avec le fait d'offrir des activités à l'extérieur de leur propre organisation : *« Ce que j'ai trouvé le plus difficile ça été la logistique des locaux ça, ça été l'enfer là pour le deuxième groupe entre autres là, ça été fou là. L'école ne nous attendait pas. »* Il semble donc y avoir eu un décalage entre le niveau de préparation des intervenants qui offrent le programme et celui des organisations, du moins au cours de la première année d'implantation.

Supervision et soutien clinique. En ce qui concerne les mécanismes de soutien clinique, les intervenants déclarent avoir reçu peu de soutien de la part de leurs superviseurs. Par ailleurs, les rencontres de supervision entre pairs recommandées par Triple P n'ont pas été mises en place au départ : *« On nous a jamais moussé l'idée qu'on pourrait avoir entre pairs des gens qui font Triple P, qu'on pourrait se parler. »* Cela peut s'expliquer par le manque de temps et la présence d'autres priorités de développement clinique chez certains partenaires. Au départ, les mécanismes de supervision déjà en place dans le milieu ont été jugés suffisants pour orienter les interventions Triple P.[7] Des activités de soutien clinique ponctuelles ont aussi été organisées, telles que deux formations portant sur l'autorégulation, un concept central de la philosophie de Triple P.

Plusieurs intervenants déclarent qu'ils ont cherché à se soutenir entre pairs de façon informelle : *« On s'est parlé, on s'est envoyé des courriels, je pense que c'est ça qui a été aidant. »* Toutefois, le soutien informel ne semble pas répondre à l'ensemble des besoins des intervenants. Plusieurs d'entre eux se déclarent mal à l'aise de solliciter leurs collègues en les sachant débordés et certains rappellent qu'ils sont seuls dans leur organisme à avoir reçu la formation. Des rencontres ponctuelles avec d'autres intervenants impliqués dans Triple P ont été vécues comme des moments marquants en raison notamment de la possibilité d'y partager certaines difficultés, comme le rapporte ce gestionnaire : *« Pour les intervenants, ils ont eu une rencontre, […] je pense que c'est un point tournant […] j'ai l'impression que ça leur a fait du bien, tu sais, de voir que ce n'est pas si facile partout puis c'est correct que ce soit comme ça. »*

Aussi, la coordonnatrice était disponible pour offrir un soutien clinique aux intervenants *: « Ceux qui n'ont pas comme un soutien technique qui existe, c'est moi qui suis disponible. »* Ce soutien aurait contribué selon les gestionnaires à une bonne appropriation du programme : *« Ils ont eu du coaching, […] tout ça, ça a tout contribué à la qualité […] s'ils avaient juste eu une formation il y a trois mois et il n'y aurait pas eu de support entre les deux on ne serait pas dans la même réalité. »* Afin d'encourager les intervenants à la consulter, la coordonnatrice se rendait sur place à raison d'une demi-journée par semaine dans deux points de services de l'établissement de première ligne. Une intervenante souligne : *« Peut-être une des seules choses qui a été facilitante, c'est le dynamisme de [prénom de la coordonnatrice] puis son bon vouloir de nous aider. […] Elle nous accueillait toujours avec plaisir. »*

[7] Au moment d'écrire ce rapport, des rencontres de supervision entre pairs, dédiées à Triple P ont été instaurées sur le territoire.

D'ailleurs, en raison de la grande place que la coordonnatrice prenait auprès des intervenants et du fait qu'elle était très appréciée, le changement de coordonnatrice d'implantation en mars 2016 a pu être vécu de façon difficile par certains partenaires. Il va sans dire qu'un changement de coordination comporte des défis. La nouvelle coordonnatrice en parle en ces termes: *« C'est quand même difficile de reprendre de quelqu'un qui a tout fait puis qui sait tout dans sa tête. Il y a des choses à l'ordi, mais il y a des choses pas vraiment tangibles. »*

Évaluation du processus et mécanismes de rétroaction. L'association avec une équipe de recherche a permis de générer des données d'efficacité et de fournir des rétroactions aux organisations sur leurs pratiques: *« Les côtés positifs, c'est qu'on a beaucoup de feedback direct là, des résultats analysés de ce qu'on fait, ça nous amène une rigueur aussi. »*

L'association avec une équipe de recherche nécessitait aussi un grand investissement de la part des organisations : *« Il n'y a pas juste du plus à avoir une recherche, c'est un grand investissement aussi, […] ça ne se fait pas à coût zéro là. »* La conciliation des besoins de la recherche et de la pratique a aussi constitué un enjeu : *« La recherche, elle est souvent loin du terrain, je pense que vous faites beaucoup d'efforts pour nous comprendre puis nous suivre puis on n'est pas évident à comprendre puis à suivre, mais c'est quand même titanesque des fois comme choc de culture. »* Enfin, la collecte de données de recherche entrainait une charge de travail additionnelle pour les intervenants. Certains ont vécu des frustrations liées à des problèmes techniques qui se sont présentés et ce, malgré que l'équipe de recherche ait été disponible pour les accompagner. Les gestionnaires déclarent percevoir de la part de l'équipe de recherche de la disponibilité, de la souplesse et une volonté de soutenir les milieux.

Le choix de deux territoires d'implantation dans le cadre du projet est perçu, par la coordonnatrice, comme comportant des avantages. À ce propos, ce gestionnaire souligne les opportunités de partage d'expérience : *« Le fait d'être deux régions, c'est probablement un facilitateur, pour partager un certain nombre de choses, […] pour s'échanger des façons de faire. »* Certains propos sont toutefois plus critiques du type de rétroaction de l'équipe de recherche en ce qui concerne l'état d'avancement du projet dans les deux territoires impliqués : *« Je considère que ça nous a mis un petit bout en compétition puis ce n'était pas le fun ça […] que les données rentraient plus vite à Québec pas à Montréal.»*

Satisfaction à l'égard de l'implantation. Les gestionnaires semblent généralement assez satisfaits alors que les intervenants sont plus mitigés. Il faut toutefois rappeler que intervenants ont été rencontrés plusieurs mois avant les gestionnaires et qu'il est possible que la satisfaction des acteurs se soit accrue au cours du processus.

Le programme Triple P est perçu par plusieurs comme répondant à un besoin et bonifiant l'offre de services : *« L'implantation nous ça nous a donné une corde de plus à notre programmation, […] l'avantage de Triple P c'est qu'il peut se donner en individuel à la maison, fait que pour des parents qui ont des limitations ou un horaire particulier ça nous a vraiment aidés. »* Le programme est aussi perçu comme un moyen de répondre rapidement à la demande dans un contexte de ressources limitées : *« L'aspect positif aussi c'est que ça a aidé les parents en attente de services […] parce qu'avant ils attendaient, attendaient, attendaient… Maintenant on peut leur offrir ça. »* Les intervenants nomment plusieurs aspects du programme qui leur plaisent tels que sa crédibilité, son aspect structuré (qui ne fait toutefois pas l'unanimité), la possibilité d'offrir des services d'intensité variable, l'accessibilité du service et son caractère non stigmatisant de même que l'efficience et la pertinence clinique du format de groupe. Enfin, certains intervenants et gestionnaires se déclarent satisfaits du programme alors qu'ils étaient sceptiques au départ : *« Au début je n'étais pas sûre […], mais dans l'ensemble il faut le vivre Triple P pour le comprendre […] parce que moi c'est comme ça que ça s'est placé. »* Breitkreuz et

al. (2011) suggèrent d'ailleurs que les intervenants ont parfois besoin d'expérimenter les bénéfices d'une innovation avant de l'adopter pleinement.

Plusieurs gestionnaires et intervenants rapportent recevoir informellement des commentaires positifs de la part de parents ayant participé au programme : *« Rapidement après le premier groupe il y avait des parents qui étaient ressortis de là puis qui avaient dit [que leur] approche parentale [avait] changée complètement. »* Ces commentaires peuvent être un aspect déterminant dans la satisfaction des intervenants ou des gestionnaires à l'égard du programme : *« Je les avais rencontrés ces parents-là, puis là ça m'a fait renouer beaucoup plus avec le programme. »* La rétroaction positive de la clientèle est documentée comme un déterminant important de l'adoption et de la pérennité d'un programme (Sanders, Prinz et Shapiro, 2009). Les résultats préliminaires de la recherche, présentés en cours d'implantation, sont aussi considérés, par la coordonnatrice, comme encourageants : *« Les résultats de recherche, ça je trouve ça intéressant, parce qu'au moins ça démontre que c'est positif et que les gens réagissent positivement au programme comme tel. »*

Certains répondants restent sceptiques et remettent en question la valeur ajoutée du programme. Par exemple, ce gestionnaire le formule ainsi : *« Il y a des gens qui maitrisaient un matériel, qui étaient confortables dans la façon de l'amener qui l'avaient tranquillement ajusté en fonction de la clientèle et puis là tout à coup on commence d'autres choses et tout le monde est sur des œufs. Est-ce que ça valait à ce point-là le coup? […] Je ne pense pas que les gens ont senti que Triple P a un impact, disons deux fois plus grand que ce qu'on faisait avant. »*

D'un point de vue personnel, les intervenants impliqués dans Triple P disent y percevoir certains avantages tels qu'une reconnaissance par le milieu, des opportunités professionnelles, des opportunités de développement de compétences, une valorisation, et un meilleur lien avec les familles, surtout pour les intervenants dont le rôle ne s'inscrit pas d'emblée en relation d'aide. À ce propos, Aarons (2005) souligne que l'expertise développée par les intervenants qui participent à l'implantation de PDP et le sentiment d'auto-efficacité qui en découle est un levier important afin de soutenir le développement d'attitudes positives à l'égard des PDP. Cependant, les intervenants perçoivent aussi des inconvénients à leur implication, tels que le stress et la surcharge de travail.

Les intervenants et les gestionnaires perçoivent plusieurs avantages de l'implantation qui se situent au niveau du partenariat. Selon eux, la mise en place de Triple P permettrait de développer un langage commun, une continuité et une cohérence dans les services des organisations impliquées: *« On reçoit des nouveaux dossiers avec des parents qui ont participé à Triple P dans d'autres [organisations], fait qu'au niveau du vocabulaire ça amène une connaissance et on sait ce qu'ils ont déjà reçu comme contenu. »* Selon les acteurs, le projet aurait aussi permis de fortifier les liens entre les organisations de façon à favoriser l'accès aux différents services et de favoriser le développement de nouveaux projets. Les co-animations intersectorielles pour les groupes de niveau 4 et les conférences publiques de niveau 2 serait l'un des mécanismes contribuant à renforcer le partenariat : *« Le fait de faire de la co-animation […] je trouvais ça super intéressant pour créer les liens entre intervenants. »* Cependant, la co-animation intersectorielle comporte aussi des défis, comme le note ce gestionnaire : *« C'est deux philosophies, deux façons de faire complètement différentes quand tu parles intervention CLSC, intervention communautaire, donc ils n'ont pas la même approche dans la conférence ou dans les ateliers. […] C'est des ajustements qu'il a fallu faire. »* Les intervenants soulignent aussi que la co-animation intersectorielle présente un enjeu en termes de division équitable des tâches liées au suivi des participants entre les rencontres et que des changements fréquents de co-animateur présenteraient un défi supplémentaire. À travers le développement d'un partenariat plus serré, l'implantation de Triple P a potentiellement généré des impacts communautaires qui vont au-delà de

l'innovation implantée. Cet effet s'apparente au développement général de la capacité communautaire au sens où l'entendent Meyers, Durlak et al. (2012).

Pérennisation. Le passage à la phase de pérennisation semble susciter de nouveaux questionnements et incertitudes : *« Là la recherche s'en va, […], mais il faut continuer à faire vivre [le projet]. »* Ainsi, le départ de l'équipe de recherche implique que la communauté s'approprie entièrement le projet et se re-questionne sur certains éléments : *« C'est quoi que vous voulez réaliser? C'est quoi que vous voulez voir ? C'est quoi votre implication? Comment on se définit comme comité de coordination? »*

Lors de la réalisation des entrevues, les partenaires se questionnent sur la place qui sera accordée à Triple P au sein du CIUSSS : *« Maintenant, les gens vont diriger des équipes beaucoup plus larges. Quelle place Triple P va prendre là-dedans puisqu'il y a d'autres groupes de soutien à la parentalité. »* La coordonnatrice identifie des défis liés au maintien dans le temps de l'approche en partenariat : *« C'est supposé être communautaire, […] puis le personnel de la communauté change. Comment on va faire pour aller recruter ? On dirait que c'est un travail continu, qui n'arrêtera jamais. »* Les participants se demandent aussi s'il sera possible d'assumer les coûts reliés au matériel Triple P ainsi que le salaire d'une coordonnatrice lorsque ces frais cesseront d'être couverts par la subvention de recherche. Une des avenues envisagées est de faire une demande de subvention auprès d'Avenir d'enfants afin de couvrir le salaire d'un travailleur de milieu qui reprendrait certaines fonctions de la coordonnatrice.

Certains éléments sont perçus comme favorables à la pérennisation. La coordonnatrice considère que les acteurs seront probablement motivés à conserver le programme s'ils en perçoivent les résultats positifs. Elle pense aussi que le renforcement du partenariat serait en mesure de créer un effet d'entrainement inter-organisation et de favoriser la poursuite du programme.

Au moment de l'écriture du rapport, la subvention auprès d'Avenir d'enfants a été demandée et obtenue. Cela a permis notamment d'embaucher une coordonnatrice de Triple P dans la communauté au cours de l'automne 2016, qui se trouve à faire équipe avec la coordonnatrice Triple P qui est en milieu institutionnel. Cette coordination en tandem pourrait être un facteur favorisant la pérennité du partenariat local mobilisé autour de Triple P. La direction du CIUSSS semble engagée à consolider Triple P dans Mercier-est/Anjou et a consenti des ressources pour former des nouveaux intervenants. Cette volonté des acteurs de pérenniser le projet semble un bon indicateur de la valeur ajoutée du programme et du succès de son implantation malgré les défis rapportés.

La phase 3 du QIF en résumé : Les acteurs semblent généralement assez satisfaits du processus d'implantation et le programme est perçu comme pertinent. Toutefois, le discours des intervenants est marqué par une tension entre fidélité et flexibilité. Les intervenants nomment certains besoins en termes de soutien administratif et clinique. La collaboration avec une équipe de recherche a permis d'avoir accès à des rétroactions. Toutefois les tâches associées au suivi de la recherche sont perçues comme lourdes. Les acteurs se sentent encouragés par les commentaires positifs reçus de la part de parents ayant participé au programme. Le projet semble avoir contribué à renforcer le partenariat sur le territoire, ce dont les acteurs sont satisfaits. Le passage à la pérennisation du projet a suscité certaines craintes et questionnements. Cependant certaines informations laissent croire que l'appropriation du projet par la communauté se passe bien.

IV. CONCLUSION

Cette étude de cas avait pour objectif de raconter l'histoire d'implantation d'un PDP structuré en gradins dans le cadre d'un partenariat intersectoriel faisant intervenir différentes lignes de services. En rapportant le vécu des acteurs de terrain ayant participé à la démarche, cette étude visait à tirer des leçons de l'expérience. L'histoire d'implantation permet aussi de comparer la réalité du terrain au modèle théorique d'implantation utilisé, le *Quality Implementation Framework* (QIF-Meyers, Durlak, et al., 2012).

Plusieurs facteurs semblent avoir été favorables à l'implantation. L'implication de la coordonnatrice semble avoir été très appréciée par l'ensemble des acteurs tout au long du processus d'implantation. L'engagement actif des partenaires et leur motivation à l'égard du projet est aussi un facteur favorable à l'implantation. Il importe de souligner la diversité des facteurs qui ont généré un intérêt pour le projet chez les partenaires (caractéristiques du programme, possibilité de générer des résultats de recherche, opportunité de développer le partenariat). Dans le même ordre d'idée, certains éléments tels que le caractère structuré du programme ont suscité la mobilisation de certains acteurs et généré des inquiétudes chez d'autres. Il est documenté que la compatibilité en termes de philosophie d'intervention est un facteur important de l'adoption d'une innovation (Rogers, 2003). L'intérêt spécifique de la présente expérience est de démontrer que la présence d'une diversité d'incitatifs semble favoriser la mobilisation de plusieurs organisations ayant des philosophies d'intervention différentes et des perspectives variables sur certains aspects du projet.

Cette implantation a aussi dû composer avec des défis tout au long des différentes phases. La mouvance plus large dans laquelle s'est inscrite l'implantation (implantation simultanée du programme Alliance, réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux, austérité dans les finances publiques) représentait un défi majeur en raison des changements aux postes de direction, des ressources limitées et de la présence de priorités organisationnelles entrant en compétition avec le projet. L'arrimage entre Triple P et les autres services a fait l'objet de remises en question et de remaniements, ce qui suggère que cet aspect n'a pas été suffisamment envisagé au départ. Certains questionnent le choix de privilégier Triple P à d'autres activités, alors que d'autres critiquent le choix du niveau Triple P implanté dans leur secteur d'activité.

La réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux au cours du projet a entrainé beaucoup d'incertitude chez les gestionnaires, ce qui a pu avoir un impact sur la motivation et l'aisance vis-à-vis du programme chez les intervenants formés. Plusieurs intervenants semblent aussi avoir été marqués par une impression négative du programme lors des formations, qui est restée malgré les efforts de la coordonnatrice pour modifier cette perception initiale. Au moment des entrevues, les intervenants ne semblent pas s'être totalement approprié le programme. Les éléments-clés de Triple P ne semblent pas totalement clairs pour eux et ils expriment des besoins d'adapter le programme. Il est possible de postuler que la mise en place d'une communauté de pratique par le biais de rencontres de supervision entre pairs soutiendra les intervenants dans leur démarche d'appropriation du programme.

À l'issue du processus, certains acteurs se déclarent satisfaits du programme alors qu'ils se considéraient comme sceptiques au départ. L'expérience de l'application du programme semble donc en mesure d'opérer des changements en ce qui concerne la perception des acteurs. Aussi, malgré le démarrage plus lent du processus d'implantation, le résultat final apparaît positif. Il semblerait donc qu'au cours du processus, l'équipe d'implantation et les partenaires aient été en mesure d'apporter

les ajustements nécessaires pour pallier aux difficultés s'étant produites en début de parcours et parvenir à un résultat satisfaisant.

La présente histoire d'implantation semble correspondre assez bien aux phases du QIF et de fait, confirmer la pertinence des étapes et des tâches identifiées dans ce modèle pour guider un processus d'implantation. Cependant, l'ordre temporel des tâches est assez différent de celui présenté dans le QIF. Par exemple, dans le cadre de la présente étude, la formation apparait comme un moment charnière entre les phases de planification et de mise en œuvre, alors que le QIF la situe plutôt comme une tâche parmi d'autres lors de la phase de préparation (phase 1). L'analyse effectuée indique aussi que plusieurs tâches se poursuivent sur une longue période et se chevauchent. Par exemple des ajustements entre l'innovation et le contexte d'implantation se sont produits assez tard dans le processus. De plus, à la phase de mise en œuvre, la coordonnatrice d'implantation déclarait aussi que la mobilisation devait se poursuivre. Rappelons que les auteurs du QIF ont assemblé leur modèle selon un ordre temporel en spécifiant toutefois que celui-ci était potentiellement variable d'un contexte à l'autre (Meyers, Durlak, et al., 2012).

La présente étude permet de retracer plusieurs épisodes de doutes, d'incertitudes et de réajustements. En tant que modèle conceptuel, le QIF illustre peu ces périodes d'instabilité bien qu'il reconnaisse l'implantation comme un processus dynamique au cours duquel des réajustements doivent parfois s'opérer. Il pourrait être intéressant d'illustrer explicitement les périodes de transition et d'instabilité qui caractérisent un processus d'implantation, tel que suggéré par les présents résultats.

La présente étude comporte certaines forces et certaines limites. L'analyse des données a été réalisée par une évaluatrice externe et la justesse des interprétations a été vérifiée en recourant aux rétroactions d'autres chercheures. Certaines d'entre elles étaient parties prenantes dans le processus d'implantation du programme et avaient participé au comité d'implantation. Ainsi leur statut d'observatrices participantes a apporté une autre dimension à l'analyse.

Concernant la collecte des données, des limites sont à souligner par rapport au recrutement des membres du personnel d'encadrement. Ces participants ont été recrutés selon la perspective des informateurs clés en fonction de la durée et de la profondeur de leur implication dans l'implantation. Le point de vue des membres du personnel d'encadrement ayant été moins impliqué ou ayant quitté le partenariat n'est ainsi pas représenté.

Il faut aussi noter que le personnel d'encadrement a été rencontré vers la fin du processus, ce qui a permis qu'ils livrent une vision d'ensemble de l'expérience vécu. Par opposition, les intervenants ont été rencontrés plus tôt. Si cela comporte l'avantage de saisir sur le vif les réactions à la mise en œuvre du programme, il est difficile de savoir si certaines des insatisfactions mentionnées se sont résorbées avec la mise en place de mécanismes de soutien et l'acquisition d'une plus grande expérience du programme.

La grande quantité de données analysées qui ont été récoltées auprès de divers acteurs et à différents moments de l'implantation demeure une force de l'étude et la triangulation de l'ensemble de ces données soutien la validité interne de l'histoire de cas.

Finalement, reste à souligner les limites liées à la méthode d'étude de cas. Si la validité interne des données est grande, elle ne s'applique qu'au processus d'implantation de Triple P, dans cette communauté spécifique. Cette méthode ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble des processus d'implantation de programmes à données probantes. Elle permet cependant de décrire et

d'expliquer en profondeur les processus d'implantation de Triple P sur ce territoire, contribuant à une riche compréhension empirique des conditions de mise en œuvre d'une telle approche en gradin.

Malgré les limites de l'étude, la mise en évidence du caractère itératif de ce processus d'implantation a des retombées formatives pour les acteurs de terrain et les chercheurs prenant l'initiative d'implanter des programmes complexes. Elle permet notamment de mieux prévoir les difficultés reliées à la démarche et donne des pistes sur les mécanismes susceptibles d'y remédier. Cette étude permet également de dégager des pistes de recherches futures. En premier lieu, il serait intéressant de confronter dans de nouveaux contextes empiriques des modèles théoriques d'implantation afin de pouvoir comparer les résultats de cette présente étude à de nouvelles études de cas et de voir ce qui relève du général et du spécifique. Ces confrontations permettraient de raffiner les modèles réels d'implantation, spécifiquement valables pour les programmes complexes. En deuxième lieu, il serait intéressant d'impliquer davantage les populations bénéficiaires à l'étude des mécanismes d'implantation afin de récolter le point de vue des populations cibles sur les phases d'implantation qui les concernent.

RÉFÉRENCES

Aarons, G. A. (2005). Measuring provider attitudes toward evidence-based practice: Consideration of organizational context and individual differences. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America, 14*(2), 255-271.

Aarons, G. A., Sommerfeld, D. H., & Walrath-Greene, C. M. (2009). Evidence-based practice implementation: The impact of public versus private sector organization type on organizational support, provider attitudes, and adoption of evidence-based practice. *Implementation science, 94*(83).

Aarons, G. A., Wells, R. S., Zagursky, Z., Fettes, D. L., & Palinkas, L. A. (2009). Implementing Evidence-Based Practice in Community Mental Health Agencies: A Multiple Stakeholder Analysis. *American Journal of Public Health, 99*(11), 2087-2095.

Amodeo, M., Lundgren, L., Beltrame, C. F., Chassler, D., Cohen, A., & d'Ippolito, M. (2013). Facilitating factors in implementing four evidence-based practices: Reports from addiction treatment staff. *Substance Use & Misuse, 48*(8), 600-611.

Asgary-Eden, V., & Lee, C. M. (2012). Implementing an evidence-based parenting program in community agencies: What helps and what gets in the way ? *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 39*(6), 478-488.

Bilodeau, A., Allard, D., Francoeur, D., & Chabot, P. (2004). L'exigence démocratique de la planification participative: le cas de la santé publique au Québec. *Nouvelles pratiques sociales, 17*(1), 50-65.

Breitkreuz, R., McConnell, D., Savage, A., & Hamilton, A. (2011). Integrating triple P into existing family support services: a case study on program implementation. *Prevention Science, 12*(4), 411-422.

Butterfoss, F. D., Goodman, R. M., & Wandersman, A. (1996). Community coalitions for prevention and health promotion: Factors predicting satisfaction, participation, and planning. *Health education quarterly, 23*(1), 65-79.

Creswell, J. (2007). *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications.

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation science, 4*(50), 1-16.

Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology, 41*(3-4), 327-350.

Fixsen, D. L. (2013). Implementation drivers: Assessing best practices. *National Implementation Research Network, 4*.

Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S., & Wallace, F. (2009). Core Implementation Components. *Research on Social Work Practice, 19*(5), 531-540.

Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., & Friedman, R. M. (2005). Implementation research: a synthesis of the literature.

Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blasé, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa: University of South Florida: Louis de la Parte Florida Mental Health Institute.

Gagné, M.-H., Drapeau, S., Lanoue, S., & Rodrigue, C. (2013). Besoins, ressources et disposition à agir en prévention de la maltraitance, territoire du CLSC Orléans. *Réunion des partenaires locaux – Québec*.

Gagné, M.-H., Guay, D., Richard, M.-C., Normandeau, S., Clément, M.-È., Drapeau, S., et al. (2013, *Implementing a new child maltreatment prevention strategy: A collective decision-making method*. Communication présentée à la Helping Families Change Conference, Los Angeles.

Gagné, M.-H., Richard, M.-C., & Dubé, C. (2015). *Prévenir la maltraitance des enfants par le soutien au rôle parental. Différenciation du système Triple P par rapport aux autres programmes en usage au Québec*. Québec: Chaire de partenariat de prévention en maltraitance, Université Laval.

Hamel, M. P. (2012). Des programmes ciblés ou universels. Dans M. P. Hamel & S. Lemoine (Eds.), *Aider les parents à êtres parents, Le soutien à la parentalité, une perspective internationale* (pp. 127-146). Paris: Centre d'Analyse Stratégique.

Lanctôt, N., & Chouinard, J. (2006). Comment favoriser la réussite d'une démarche d'impantation d'un programme au sein d'un milieu d'intervention: leçons tirées d'une étude de cas. *Revue canadienne d'évaluation de programme, 21*(2), 105-131.

Lee, S. J., Altschul, I., & Mowbray, C. T. (2008). Using planned adaptation to implement evidence-based programs with new populations. *American Journal of Community Psychology, 41*(3-4), 290-303.

Marmot, M. (2010). *Fair Society, Healthy Lives : strategic review of health inequalities in england post-2010*: The Marmot Review.

Mazzucchelli, T. G., & Sanders, M. R. (2010). Facilitating practitioner flexibility within an empirically supported intervention: Lessons from a system of parenting support. *Clinical Psychology: Science and Practice, 17*(3), 238-252.

Meyers, D. C., Durlak, J. A., & Wandersman, A. (2012). The Quality Implementation Framework : A synthesis of critical steps in the implementation process. *American Journal of Community Psychology, 50*, 462-480.

Meyers, D. C., Katz, J., Chien, V., Wandersman, A., Scaccia, J. P., & Wright, A. (2012). Practical implementation science: developing and piloting the quality implementation tool. *American Journal of Community Psychology, 50*(3-4), 481-496.

Mihalic, S., Irwin, K., Elliott, D., Fagan, A., & Hansen, D. (2004). *Blueprints for violence prevention.* Paper presented at the for the Study and Prevention of Violence, University of Colorado. National Scientific Council on the Developing Child.

Mitchell, P. F. (2011). Evidence-based practice in real-world services for young people with complex needs: New opportunities suggested by recent implementation science. *Children and Youth Services Review, 33*(2), 207–216.

Mowbray, C. T., Holter, M. C., Teague, G. B., & Bybee, D. (2003). Fidelity criteria: Development, measurement, and validation. *American Journal of Evaluation, 24*, 315-340.

Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.

Paillé, P. (1996). De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier. *Recherches qualitatives, 15*, 179-194.

Paillé, P., & Muchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.

Poissant, J. (2014). *Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants*. Montréal: Institut national de santé publique du Québec.

Rogers, E. (2003). Elements of diffusion. *Diffusion of innovations, 5*, 1-38.

Rosenberg, L. (2009). The reality of implementing evidence-based practices. *Journal of Behavioral Health Services and Research, 37*, 1-3.

Sanders, M. R. (1999). Triple P-Positive Parenting Program: Towards an Empirically Validated Multilevel Parenting and Family Support Strategy for the Prevention of Behavior and Emotional Problems in Children. *Clinical Child and Family Psychology Review, 2*(2), 71-90.

Sanders, M. R. (2012). Development, Evaluation, and Multinational Dissemination of the Triple P Positive Parenting Program. *Annual Review of Clinical Psychology, 8*, 345-379.

Sanders, M. R., Turner, K. M., & Markie-Dadds, C. (2002). The development and dissemination of the Triple P—Positive Parenting Program: A multilevel, evidence-based system of parenting and family support. *Prevention Science, 3*(3), 173-189.

Schroeder, J., Harvey, J., Razaz-Rahmati, N., Corless, G., Negreiros, J., Ford, L., et al. (2009). *Creating communities for young children. A toolkit for change*. Vancouver, BC: Human Early Learning Partnership.

Shapiro, C. J., Prinz, R. J., & Sanders, M. R. (2010). Population-based provider engagement in delivery of evidence-based parenting interventions: Challenges and solutions. *The journal of primary prevention, 31*(4), 223-234.

Simoneau, H. (2012). Obstacles à l'implantation d'un programme de boire contrôlé dans le contexte organisationnel des services en dépendance. *The Canadian Journal of Program Evaluation, 26*(1), 19-37.

Sobeck, J. L., Abbey, A., & Agius, E. (2006). Lessons Learned from Implementing School-Based Substance Abuse Prevention Curriculums. *Children and schools, 28*(2), 77-85.

Stake, R. E. (1995). *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks: Sage publications.

Wandersman, A., Duffy, J., Flaspohler, P., Noonan, R., Lubell, K., Stillman, L., et al. (2008). Bridging the gap between prevention research and practice: The interactive systems framework for dissemination and implementation. *American journal of community psychology, 41*(3-4), 171-181.

Webster-Stratton, C. (2001). The incredible years: Parents, teachers, and children training series. *Residential treatment for children & youth, 18*(3), 31-45.

Yin, R. K. (2008). *Case Study Research: Design and Methods: Design and Methods*. Thousand Oaks: Sage Publications.

ANNEXE A : OFFRE D'EMPLOI POUR LA COORDINATION DE L'IMPLANTATION

Centre jeunesse de Montréal Institut universitaire
Affilié à UQÀM Université de Montréal

AFFICHAGE N° 2013-DVC-10

DÉPLACEMENT VOLONTAIRE

(anciennement ASSIGNATION TEMPORAIRE)

AGENT DE PLANIFICATION, DE PROGRAMMATION ET DE RECHERCHE
DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES
MALTRAITANCE (5330)
PROJET CHAIRE DE PARTENARIAT EN PRÉVENTION DE LA MALTRAITANCE

Durée prévue du mandat :	du 1er septembre 2013 à décembre 2016 (date approximative)
Statut :	Temps partiel (21 heures/semaine)
Direction :	Direction des services professionnels et des affaires universitaires (DSPAU)
Service :	Centre d'expertise sur la maltraitance (5330) (poste N°56044)
Lieu de travail (à titre indicatif):	1001, boul. de Maisonneuve
Échelle de salaire :	Selon échelle prévue à la convention collective.

Libellé

Personne qui est chargée d'un ou plusieurs programmes dans le but de fournir une assistance professionnelle au développement des services. Elle assure les activités de recherche nécessaires à l'identification et à l'évaluation des ressources et des besoins. Elle conçoit et propose les plans et programmes de développement en vue d'assurer une planification adéquate des services. Elle fournit ses conseils relativement à l'implantation ou à l'amélioration de programmes et/ou de services. Elle peut participer aux différentes activités d'enseignement et de formation.

Description sommaire :

Poste dédié au secteur des affaires universitaires, sous la responsabilité du coordonnateur du centre d'expertise. Personne qui planifie, prépare et soutient l'implantation d'une stratégie préventive en gradins visant à réduire l'incidence de la maltraitance envers les enfants dans le cadre d'un projet de la *Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance* de l'Université Laval. Avec le concours d'une équipe locale (5-6 personnes, incluant des chercheurs et des acteurs du milieu), elle coordonne localement l'implantation d'une stratégie de prévention de la maltraitance, basée sur l'intégration du système *Triple P* (*Positive Parenting Program*) aux ressources et services existants : approche populationnelle de santé publique, approche intégrée comprenant plusieurs niveaux d'intervention préventive et approche partenariale impliquant plusieurs partenaires locaux et régionaux.

Elle met en place une structure de soutien continu pour les différents acteurs qui seront impliqués, dans une logique d'accompagnement des éventuels changements que cette innovation entraînera pour les personnes et les organisations, pour leurs liens de collaboration, et pour la dynamique communautaire locale. En étroite collaboration avec la directrice de la Chaire, elle assure le lien entre l'équipe locale d'implantation et *Triple P International* (TPI), l'organisation chargée de la dissémination de *Triple P*. Elle participe aussi aux formations des divers niveaux de *Triple P*.

Travaillant pour un institut universitaire, elle est appelée à accompagner des stagiaires dans leur apprentissage ainsi que de nouveaux employés ou à participer à des activités liées à la désignation universitaire.

Tronc commun de compétences :

- **Sens de l'analyse** : Capacité d'identifier les éléments d'une situation, de recueillir les informations utiles et d'établir des liens logiques entre les données et la situation.
- **Esprit de synthèse** : Capacité de rassembler et de retenir les éléments essentiels afin de reconstituer une situation ou une problématique de façon cohérente et d'en faire ressortir les idées principales.
- **Communications orale et écrite** : Capacité de communiquer clairement, tant à l'oral qu'à l'écrit, des idées et des renseignements de manière à bien se faire comprendre dans diverses situations.
- **Organisation et planification** : Capacité d'organiser les éléments de son travail, de prévoir l'ensemble des tâches à effectuer, de déterminer les priorités, les objectifs et l'ordre de réalisation des activités.
- **Adaptation au changement** : Capacité de s'adapter à des situations imprévues en ajustant son comportement aux nouvelles exigences de l'environnement et capacité de faire preuve de flexibilité face aux changements.
- **Leadership** : Capacité d'influencer et d'orienter, par sa crédibilité, les efforts d'un individu ou d'un groupe dans la réalisation d'objectifs.
- **Relations interpersonnelles** : Capacité d'entrer en communication avec les autres dans le but d'établir et d'entretenir des relations positives au niveau du travail.

Compétences spécifiques requises:

- **Partenariat** : Capacité de développer et soutenir un réseau multidisciplinaire de partenaires internes et externes à l'organisation, de coopérer et de partager des ressources et des activités avec eux en vue d'améliorer l'atteinte des résultats organisationnels.
- **Influence en groupe** : Capacité de démontrer, à titre de responsable de projet, une confiance en soi, de jouer un rôle actif au sein du groupe en vue d'atteindre des objectifs liés à la réalisation de projets d'envergure et complexes.
- **Soutien clinique (coaching)** : Capacité de participer au développement des habiletés et des compétences de ses collaborateurs dans l'intérêt des besoins des différentes équipes afin de répondre à la mission de l'organisation.
- **Démontre une compréhension avancée de l'anglais écrit et parlé.**
- **Bonne connaissance du modèle québécois d'organisation des services aux jeunes et aux familles vulnérables.**

Centre jeunesse de Montréal
Institut universitaire
Affilié à
UQÀM Université de Montréal

AFFICHAGE N° 2013-DVC-10

Compétences spécifiques à développer (en cours d'emploi):

- **Intérêt à l'égard de suivre les formations des divers niveaux de *Triple P* en cours de projet afin de devenir formateur *Triple P* accrédité.**

Exigences académiques et expérience professionnelle :

Maîtrise en sciences sociales, en sciences humaines ou dans une autre discipline appropriée.
OU
Baccalauréat en sciences sociales, en sciences humaines ou dans une autre discipline appropriée et une expérience ou des formations complémentaires pertinentes à la fonction.
- et -
Expérience dans l'implantation des pratiques ou des programmes nouveaux ou innovants, que ce soit dans un contexte de pratique clinique ou dans le cadre de recherches (projets pilotes, expérimentations, évaluations de programme, etc.)
- et -
Expérience des approches collaboratives et du partenariat, de manière à pouvoir aider l'équipe actuelle à développer ses liens avec d'autres ressources de la communauté.

Pour plus de détails sur les compétences, veuillez consulter la description d'emploi disponible sur Intranet.

Période d'affichage : **Du 20 juin au 2 juillet 2013**

Les personnes intéressées doivent faire parvenir leur curriculum vitæ accompagné d'une lettre (maximum une page) faisant part de leur intérêt pour ce déplacement volontaire au plus tard **le 2 juillet 2013, avant 16 heures**, avec la mention « Déplacement volontaire 2013-DVC-10 APPR- Maltraitance-DSPAU » à la Direction des ressources humaines, à l'attention de Ioulia Vitt au 9335, rue St-Hubert, Montréal (Qc), H2M 1Y7, COURRIER INTERNE - 34 (prévoir les délais de livraison) ou par courriel : ioulia.vitt@cjm-iu.qc.ca.

Les candidats intéressés à poser leur candidature sur l'assignation devront préalablement obtenir l'autorisation de leur chef de service (Formulaire RH-030).

Ioulia Vitt
Technicienne en administration

2013-06-19
Date

ANNEXE B : RAPPORT D'IMPLANTATION AUX PARTENAIRES MONTREAL

RAPPORT D'IMPLANTATION AUX PARTENAIRES – Montréal

1er janvier 2015 au 31 décembre 2016

Le présent rapport fait état de l'évolution du processus de mise en application du programme Triple P dans le secteur de Mercier-Est/Anjou, débordant sur l'ensemble du territoire de la Pointe-de-l'île. Les informations relatives au dernier semestre (juillet à décembre 2016) sont présentées, parallèlement à des informations cumulatives depuis janvier 2015. Il s'agit d'informations essentiellement descriptives qui visent à informer les gestionnaires des organismes partenaires de l'évolution de l'initiative, afin d'appuyer leur prise de décisions concernant la pérennité de cette initiative. Les thèmes suivants sont couverts :

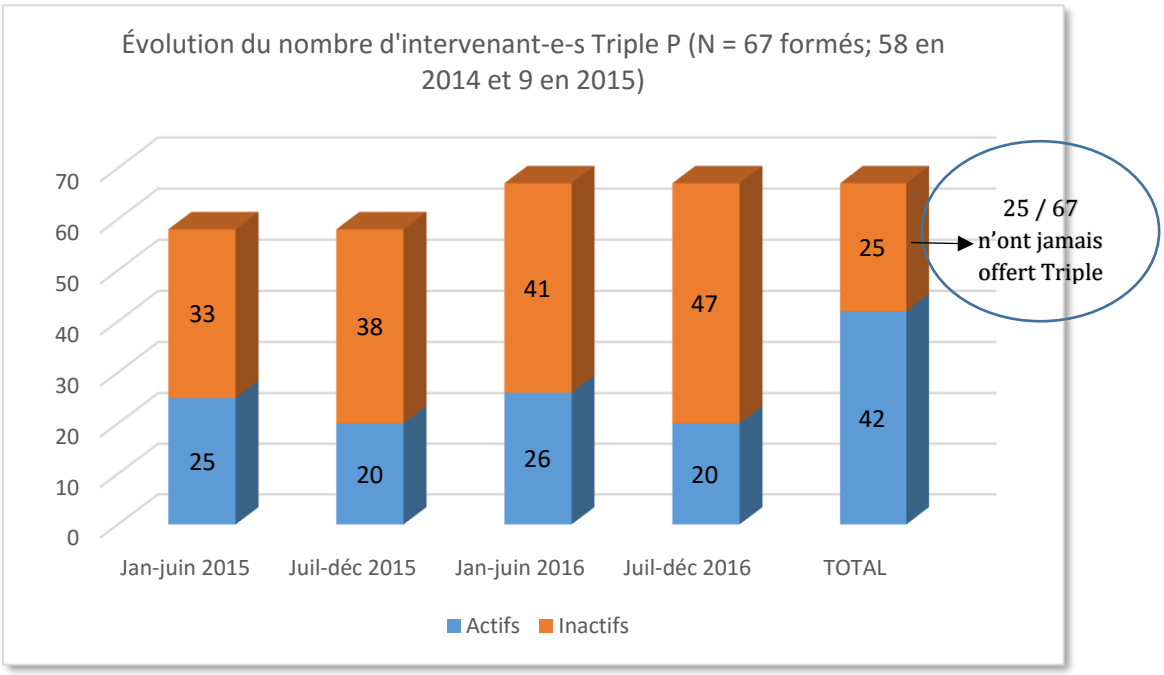
I. Bassin d'intervenant-e-s Triple P

II. Volume d'activités Triple P

III. Clientèle Triple P

BASSIN D'INTERVENANT-E-S ET ROULEMENT DE PERSONNEL

Le graphique suivant illustre l'évolution du nombre d'intervenant-e-s formé-e-s à un ou l'autre niveau de Triple P, et ayant offert une activité du programme au moins une fois (intervenant-e-s « actifs »). Sur une période de deux ans, 25 intervenant-e-s n'ont offert aucune composante de Triple P, ce qui représente 37,3 % des effectifs.



Toujours sur une période de deux ans, le taux de roulement de personnel incluant les deux cohortes formées en 2014 et en 2015 est de **29,9 %**. Cela signifie que près du tiers du personnel formé a quitté son poste pendant la période d'expérimentation. Plus précisément, on a comptabilisé :

- 11 départs pendant le premier semestre
- 3 départ pendant le second semestre
- 3 départs pendant le troisième semestre
- 3 départ pendant le 4ème semestre

Les données suggèrent que dans une communauté, le taux d'attrition du personnel formé pourrait bien diminuer dans le temps. Pendant la première année, il était de 24,1 % (14 départs sur un bassin de 58 intervenant-e-s) et pendant la 2ème année, il est descendu à 11,3 % (6 départs sur un bassin de 53 intervenant-e-s). Bien qu'il ne soit pas possible d'établir une tendance avec seulement deux années de mesure, ces données sont encourageantes dans une perspective de pérennité du programme.

VOLUME D'ACTIVITÉS TRIPLE P

SÉMINAIRES

	NOMBRE DE SÉMINAIRES RÉALISÉS PENDANT LE DERNIER SEMESTRE			CUMULATIF DEPUIS JANVIER 2015 (SUR 2 ANS)		
	ÉCOLE[1]	COM[2]	TOTAL	ÉCOLE[1]	COM[2]	TOTAL
SÉMINAIRE #1	1	1	2	6	4	10
SÉMINAIRE #2	1	1	2	6	2	8
SÉMINAIRE #3	0	2	2	6	4	10

[1] Activité animée dans une école

[2] Activité animée dans la communauté

INTERVENTION INDIVIDUELLE

	NOMBRE DE SUIVIS RÉALISÉS PENDANT LE DERNIER SEMESTRE						CUMULATIF DEPUIS JANVIER 2015 (SUR 2 ANS)					
	SSS[1]	PJ[2]	COM[3]	SCOL[4]	CPE[5]	TOT	SSS[1]	PJ[2]	COM[3]	SCOL[4]	CPE[5]	TOT
CONSULTATION PONCTUELLE	0	0	0	0	0	0	4	0	21	1	1	27
SUIVI NIVEAU 3	1	0	0	0	0	1	29	0	2	0	0	31
SUIVI NIVEAU 4 IND. (ADAPTATION)	4	4	0	0	0	8	28	13	0	0	0	41
SUIVI NIVEAU 5	1	0	0	0	0	1	4	1	0	0	0	5

[1] Activité offerte par un-e intervenant-e du CIUSSS (mission CLSC)

[2] Activité offerte par un-e intervenant-e de la protection de la jeunesse

[3] Activité offerte par un-e intervenant-e communautaire

[4] Activité offerte par un-e intervenant-e du milieu scolaire

[5] Activité offerte par un-e intervenant-e de CPE

INTERVENTION DE GROUPE

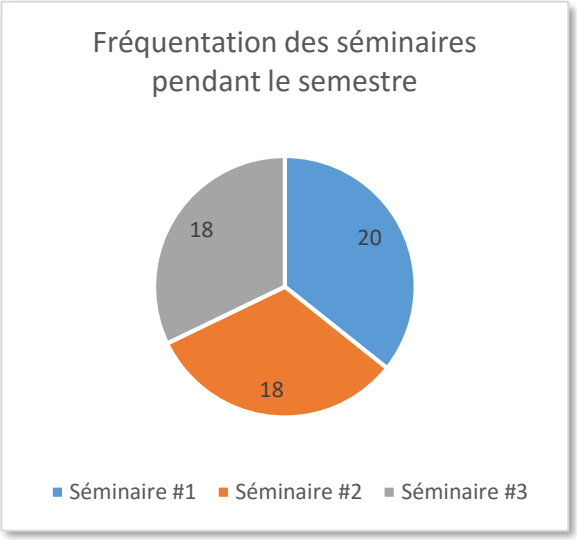
	NOMBRE DE GROUPES RÉALISÉS PENDANT LE DERNIER SEMESTRE					CUMULATIF DEPUIS JANVIER 2015 (SUR 2 ANS)				
	SSS[1]	PJ[2]	COM[3]	PART[4]	TOTAL	SSS[1]	PJ[2]	COM[3]	PART[4]	TOTAL
NIVEAU 4	4	0	0	2	6	24	0	3	11	38
NIVEAU 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

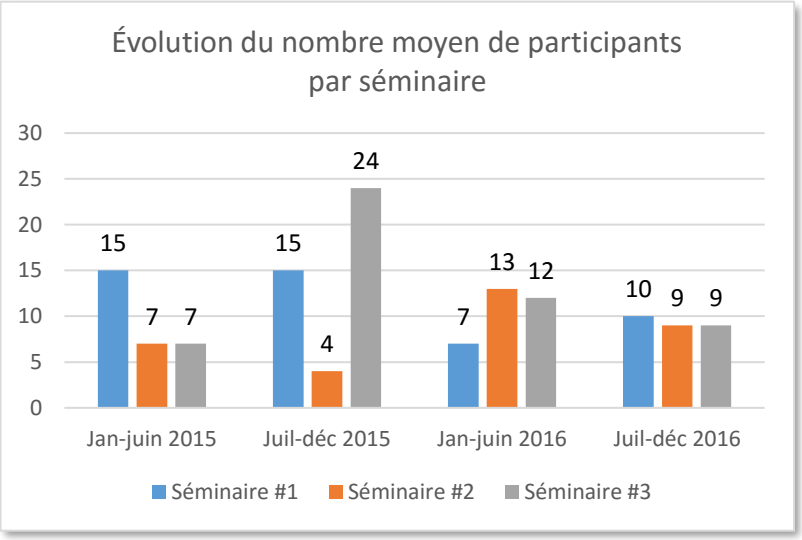
[1] Activité offerte par un-e ou des intervenant-e-s du CIUSSS (mission CLSC)
[2] Activité offerte par un-e ou des intervenant-e-s de la protection de la jeunesse
[3] Activité offerte par un-e ou des intervenant-e-s communautaire-s
[4] Activité offerte en partenariat

SOMMAIRE : 22 activités Triple P réalisées/finalisées pendant le semestre
170 activités Triple P réalisées/finalisées depuis janvier 2015

CLIENTÈLE TRIPLE P

CLIENTÈLE DES SÉMINAIRES





Ces figures suggèrent que, alors que la première conférence de la série était plus populaire que les deux suivantes au début de l'implantation, ce n'est plus le cas deux ans plus tard. Après avoir considérablement fluctué au fil du temps, la participation tend à s'équilibrer autour d'une dizaine de participant-e-s par conférence, en moyenne.

Clientèle de l'intervention individuelle (niveaux 2 à 5)

	NOMBRE DE PARENTS REJOINTS PENDANT LE DERNIER SEMESTRE			CUMULATIF DEPUIS JANVIER 2015		
	MÈRES	PÈRES	TOTAL	MÈRES	PÈRES	TOTAL
CONSULTATION PONCTUELLE	0	0	0	40	9	49
SUIVI NIVEAU 3	1	1	2	31	10	41
SUIVI NIVEAU 4 IND. (ADAPTATION)	6	6	12	34	20	55*
SUIVI NIVEAU 5	1	0	1	5	1	6

* *Pour un parent, le sexe est manquant.*

NOTE **:** *Ces chiffres indiquent uniquement le nombre de parents ayant été rejoints par l'intervention, mais ne précisent pas le degré de participation des parents à l'ensemble des rencontres prévues, ni la quantité d'intervention reçue (dosage).*

Clientèle de l'intervention de groupe (niveaux 4 et 5)

	NOMBRE DE PARENTS REJOINTS PENDANT LE DERNIER SEMESTRE			CUMULATIF DEPUIS JANVIER 2015		
	MÈRES	PÈRES	TOTAL	MÈRES	PÈRES	TOTAL
NIVEAU 4	50	21	71	246	75	321
NIVEAU 5	0	0	0	0	0	0

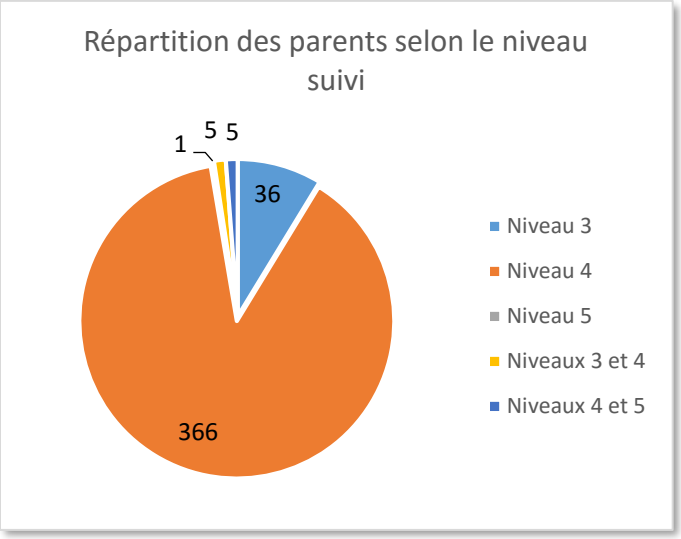
NOTE : *Ces chiffres indiquent uniquement le nombre de parents ayant été rejoints par l'intervention, mais ne précisent pas le degré de participation des parents à l'ensemble des rencontres prévues, ni la quantité d'intervention reçue (dosage).*

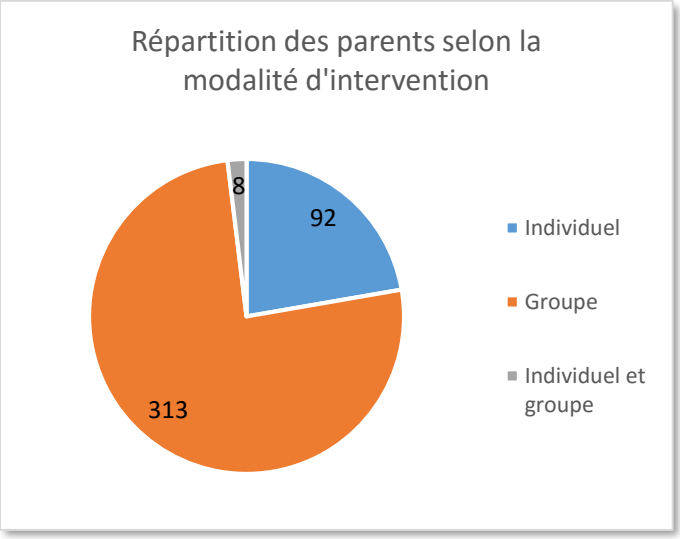
EN SOMME :

86 parents ont reçu des services liés au niveaux 3, 4 ou 5 de Triple P pendant le dernier semestre;
413 parents ont reçu de tels services depuis janvier 2015, soit sur une période de deux ans.

À ces parents s'ajoutent tous ceux qui ont été exposés à la campagne médiatique de niveau 1 (site web, dépliants, affiches), qui ont participé à une ou plusieurs conférences Triple P ou qui ont bénéficié d'une consultation ponctuelle au sujet de leurs préoccupations en lien avec leur(s) enfant(s) ou leur rôle de parent, sans se prévaloir des niveaux ultérieurs du programme. L'identité de ces parents n'est pas connue de l'équipe de recherche, et aucune donnée de recherche n'a été recueillie auprès d'eux.

Répartition de la clientèle (niveaux 3 à 5)





Ces figures montrent que la grande majorité des parents desservis ont bénéficié du niveau 4, seul ou en combinaison avec d'autres niveaux. Vu autrement, la grande majorité des parents ont été desservis en groupe, rarement en combinaison avec de l'intervention individuelle.

Âge des enfants ciblés par le niveau 3

	Semestre (n=1)		Cumulatif (n=38)	
	n	%	n	%
- de 2 ans	0	0	3	7,9
2-3 ans	1	100,0	14	36,8
4-5 ans	0	0	11	28,9
6-12 ans	0	0	10	26,3

Principaux motifs de demande d'aide aux niveaux 2 et 3

Pratiques parentales, rôle parental en général

1. Être parent (n = 5)

Jeunes enfants (2-3 ans)

1. Les crises de colère (n = 9)
2. Les problèmes à l'heure du coucher (n = 6)
3. La désobéissance (n = 5)

Enfants d'âge préscolaire (4-5 ans)

1. La désobéissance (n = 8)