L'implantation du programme Triple P sur le territoire du CLSC Orléans

Une histoire de cas

Cécile Delawarde

Marie-Hélène Gagné

Sylvie Drapeau

Liesette Brunson

Octobre 2017

UNIVERSITÉ LAVAL

L’implantation du programme Triple P sur le territoire du CLSC Orléans

Une histoire de cas

Ce document a été élaboré par :

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

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

Sylvie Drapeau, Ph.D.
Professeure titulaire, École de psychologie, Université Laval

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

Pour citer ce document :

Delawarde, C., Gagné, M.-H., Drapeau, S., & Brunson, L. (2017). *L'implantation du programme Triple P sur le territoire du CLSC Orléans : 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 978-2-89497-122-2
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2017

SOMMAIRE

Afin de favoriser les effets positifs des programmes à données probantes (PDP), de plus en plus d'importance est accordée à la qualité du processus d'implantation. Cette étude décrit l'implantation d'une stratégie préventive en gradins visant à réduire la maltraitance des enfants au sein d'une communauté (le territoire de CLCS Orléans), mettant à profit le programme Triple P – *Positive Parenting Programme*. Au moyen d'une étude de cas, l'objectif est de retracer les différentes étapes d'implantation de Triple P dans cette communauté, de décrire l'expérience de divers acteurs de terrain impliqués dans le processus et de vérifier jusqu'à quel point la réalité du terrain s'écarte du modèle théorique d'implantation utilisé : le *Quality Implementation Framework.* Des entretiens qualitatifs menés auprès de gestionnaires et d'intervenants, couplés d'analyses documentaires, ont été exploités.

À l'étape de mobilisation des acteurs-clés de la communauté, l'efficacité éprouvée de Triple P et la nature partenariale de la démarche semblent avoir contribué à motiver les partenaires à s'engager. À ce stade cependant, les répondants rapportent un certain nombre d'inquiétudes en ce qui concerne l'arrimage de Triple P avec les pratiques en place et la réalisation du projet dans un contexte où leurs ressources financières sont limitées. Certains gestionnaires craignent que les intervenants soient réticents aux changements qu'implique le projet et certaines organisations sont sceptiques vis-à-vis du référentiel comportementaliste de Triple P.

À l'étape de la planification de la mise en oeuvre du programme, la mise en place d'un comité d'implantation a permis de rassurer les partenaires. Le leadership stable, la coordination efficace et les processus décisionnels collaboratifs sont notés comme des points forts.

Les formations offertes par *Triple P International* sont perçues comme un point tournant lors duquel la structure et le contenu du programme deviennent plus clairs. C'est aussi une occasion pour les intervenants et les gestionnaires des diverses organisations de se rencontrer et de renforcer leutrs liens de collaboration. Les formations semblent avoir généré des attitudes favorables à l'égard du programme chez les intervenants, y compris ceux qui étaient sceptiques au départ. Il faut cependant noter que ces formations et les examens d'accréditation qui ont suivi ont impliqué une grande charge de travail pour les intervenants et un défi logistique pour les organisations.

Le début de la mise en œuvre a été un défi pour les intervenant en ce qui concerne la charge de travail qu'impliquait l'appropriation du programme. Les intervenants étaient aussi tiraillés entre le besoin de fidélité et de fexibilité.

Au fil de la mise en œuvre, les intervenants rapportent avoir été soutenus au plan logistique et motivationnel par leurs gestionnaires. La mise en place de rencontres de supervision par les pairs a été appréciée par les intervenants. Les organisations ont développé des mécanismes de référencement centralisés et des procédures internes pour soutenir le projet. Les acteurs rapportent avoir apprécié le soutien de l'équipe de recherche. La perception d'un effet positif du programme chez les familles est aussi identifié comme un élément contribuant à la motivation.

Le passage à l'étape de pérennisation du programme comporte certaines incertitudes, notamment en lien avec le financement. Globalement les partenaires semblent satifaits de l'implantation.

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 11
Phase 2 du QIF : Structurer et planifier l'implantation 11
La mobilisation 11
La planification 13
Phase 3 du QIF : mise en œuvre et soutien continu 14
La formation 14
Le début de la mise en œuvre 15
La mise en œuvre effective 15
Quelques mots sur la pérennisation 17

IV. Discussion : tirer des leçons de l'expérience 18

Références 21

Annexe A – Offre d'emploi pour la coordination de l'implantation 24

Annexe B – Rapport d'implantation aux partenaires - Québec 27

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 18 rencontres régulières du comité d'implantation 9
Figure 4 : Représentation (%) de chaque secteur d'activité aux 18 rencontres régulières du comité d'implantation 10

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 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 (Aarons, Sommerfeld, & Walrath-Greene, 2009; Aarons, Wells, Zagursky, Fettes, & Palinkas, 2009; Fixsen et al., 2009; Fixsen 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 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.

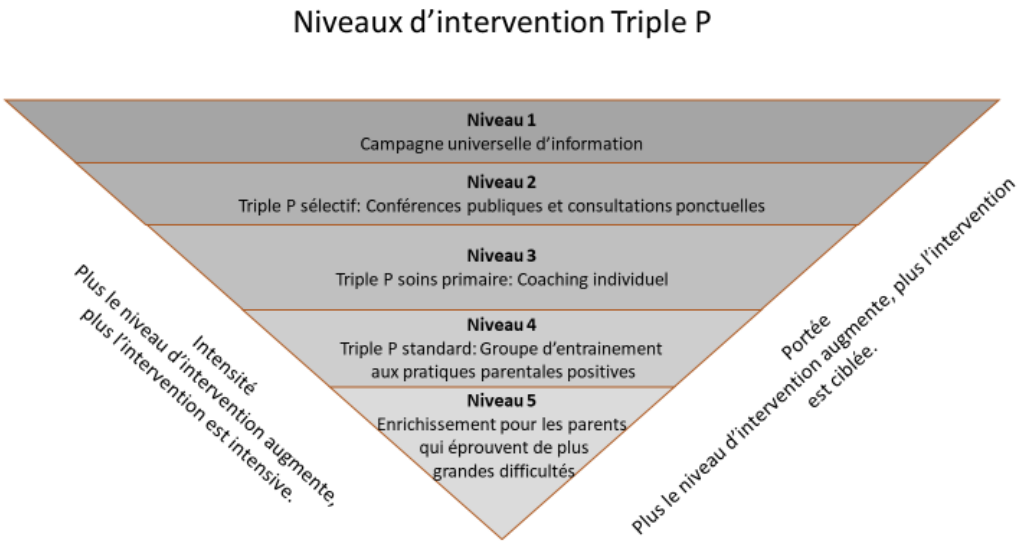


Figure 1 : Gradin d'intervention de Triple P

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 communautaire 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; Abraham 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 étapes 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).

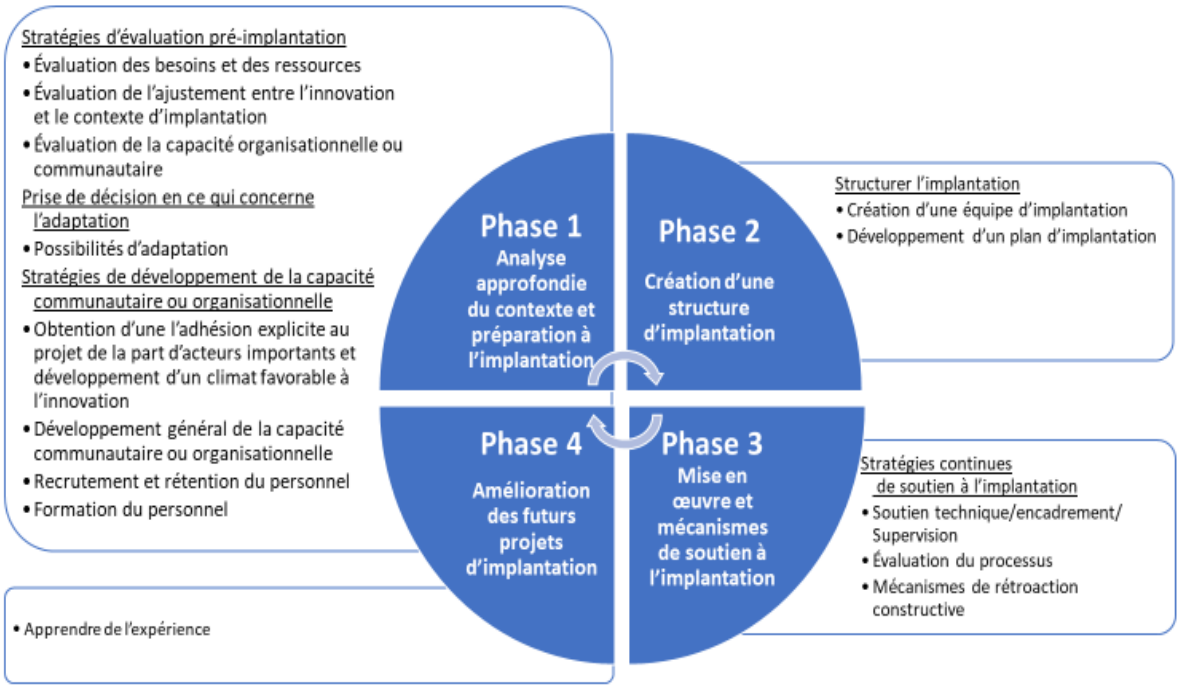


Figure 2 : Phases du QIF (traduit de Meyers, Durlak, et al., 2012)

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

Mise en contexte. 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, dont 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 territoire (Gagné, Drapeau, Lanoue, & Rodrigue, 2013).

Frontières territoriales et temporelles du cas. La présente étude porte sur l'histoire d'implantation sur le territoire du CLSC Orléans. Au départ, ce territoire semi-urbain est composé de 114 808 habitants, dont 20 833 âgés de moins de 18 ans. Sa population est globalement jeune avec un taux de natalité élevé. Parmi les familles avec enfants mineurs vivant sur le territoire, 7,2% vivent sous le seuil de faible revenu, et le taux annuel se signalements aux services de protection de la jeunesse est de 45 enfants sur 1000[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 santé et de services sociaux de première ligne qui dessert le territoire

[1]Ces statistiques proviennent de sources diverses (estimations et projections démographiques du ministère de la Santé et des Services sociaux, données du recensement 2006 compilées par Statistiques Canada, statistiques de signalement des services de protection de la jeunesse)

ciblé. À l'époque, il s'agissait du CSSS Québec-Nord, qui a été absorbé à l'intérieur du CIUSSS de la Capitale-Nationale lors de la fusion des établissements publics et des agences de santé et de services sociaux (avril 2015). Elle 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.

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 et (2) d'entretiens avec la coordonnatrice d'implantation. Les points de vue des acteurs impliqués ont été documentés via : (3) des groupes de discussion avec les intervenants qui offrent le programme Triple P aux parents, et (4) des entretiens individuels avec des membres du personnel d'encadrement impliqués.

***Informations historiques et prospectives*.** Dix-huit ordres du jour et comptes rendus de réunions de partenaires rédigés par la coordonnatrice d'implantation 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, trois entretiens semi-dirigés ont été effectués auprès de la coordonnatrice d'implantation de Triple P à plus ou moins un an d'intervalle. Ces entretiens constituent la mémoire historique du projet du point de vue de la personne responsable de la démarche sur le terrain. Les deux 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. 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. La coordonnatrice a ainsi rapporté le déroulement des phases de mobilisation des parties prenantes et de planification de l'implantation du programme (2014), d'implantation proprement dite (2015) et de pérennisation (2016).

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 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. Ces données ont été transférées électroniquement 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 un an après leur formation, sur une base volontaire. Le premier groupe était composé des quatre 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 ou d'organismes communautaires. Le deuxième groupe était composé de sept intervenants sélectionnés aléatoirement 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 neuf intervenants sélectionnés aléatoirement 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. Dans le cadre de la présente analyse, les segments de discussion portant spécifiquement sur leur expérience avec le programme et le soutien reçu dans sa mise en œuvre ont été utilisés.

Ensuite, neuf entretiens semi-dirigés ont été menés environ 18 mois après le début de la mise en œuvre du programme avec des membres du personnel d'encadrement ayant collaboré à l'initiative. Les participants sont des chefs de programme ou d'équipe, des spécialistes en activités cliniques, des coordonnateurs cliniques ou des membres de la direction des organisations partenaires. 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, selon la durée et la profondeur de leur engagement. Les entretiens ont été réalisées 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 comité d'éthique des universités des chercheurs impliqués.

Analyses

Tout d'abord, le contenu des différents documents a été classifié en thèmes et en ordre chronologique. Couplé 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.

Enfin, 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). Un travail de réduction des données suivant une démarche de thématisation continue a été effectué. 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 encore davantage les thèmes ayant émergé de l'analyse et à fournir un portrait d'ensemble.

III. RÉSULTATS

La première partie des résultats rapporte 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. Les résultats suivants (partie 2) sont découpés selon les phases 2 et 3 du QIF. Ils enrichissent 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 du CSSS 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 du CSSS 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.

Pendant cette période, un comité d'implantation Triple P a été mis sur pied d'un commun accord entre l'équipe de recherche et ses partenaires du moment (CSSS de Québec-Nord, Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, direction de la santé publique de l'Agence de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale [2]). Ce comité, composé des représentants des différentes organisations impliquées dans le projet (du personnel d'encadrement pour la majorité), visait à élaborer conjointement l'offre de service dans la communauté. Il était animé par la coordonnatrice d'implantation et la chercheuse responsable du projet, qui préparaient en amont l'ordre du jour des rencontres et le contenu des dossiers concernant les grandes orientations de l'implantation. Ce travail préliminaire était par la suite présenté aux membres du comité dans l'optique de prendre des décisions communes tout au long de la démarche.

Entre le 19 septembre 2013 et le 17 novembre 2016, le comité a tenu 18 rencontres régulières. Au départ, les réunions se tenaient aux six semaines. À partir du moment où Triple P a été offert aux parents (janvier 2015), elles se sont espacées aux huit semaines environ. Au total, 16 organisations différentes représentant quatre grands secteurs d'activité (services sociaux et santé publique, éducation et garde à l'enfance, milieu communautaire et recherche) ont participé aux rencontres du comité. Neuf partenaires ont offert au moins un niveau du programme Triple P aux parents du territoire, que ce soit sur une base régulière ou ponctuelle. Les autres partenaires ont joué un rôle de soutien à l'initiative, de liaison avec leur réseau ou de recherche évaluative.

[2] Désormais fusionnés au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

L'évolution de la composition du comité est illustrée aux Figures 3 et 4. La ligne pointillée rouge représente la démarcation entre les phases de planification et de mise en œuvre du programme Triple P. Lors de sa première rencontre formelle, le comité réunissait uniquement des membres de l'équipe de recherche, de l'établissement de première ligne et des services de protection de la jeunesse. Dès la rencontre suivante, sa composition se diversifiait par l'ajout de deux membres provenant de services de garde à l'enfance. Des représentants des milieux scolaire et communautaire se sont greffés à la troisième rencontre et, lors de la quatrième rencontre tenue le 29 janvier 2014, le comité incluait déjà le « noyau dur » des partenaires qui sont restés engagés tout au long du projet. Sa composition n'a que légèrement fluctué par la suite. Ainsi, la démarche de mobilisation des acteurs de la communauté autour de Triple P s'est déroulée sur plus ou moins quatre 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.

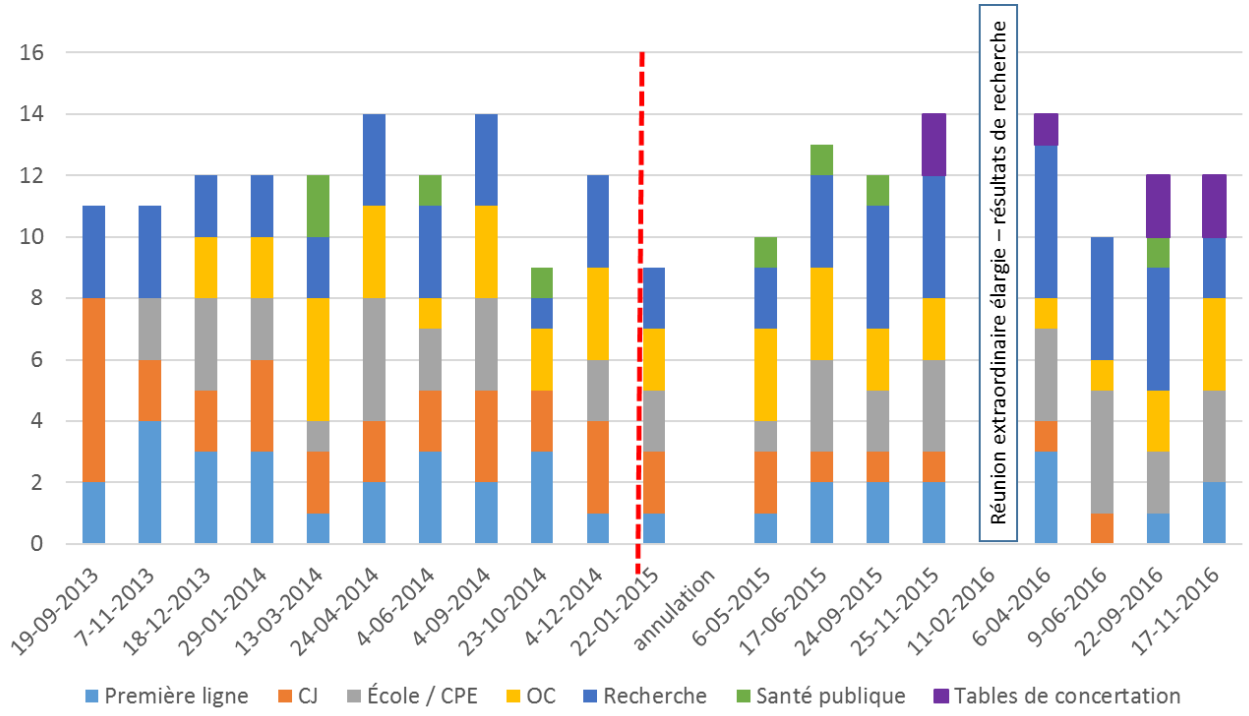


Figure 3 : Nombre de participant-e-s de chaque secteur d'activité aux 18 rencontres régulières du comité d'implantation

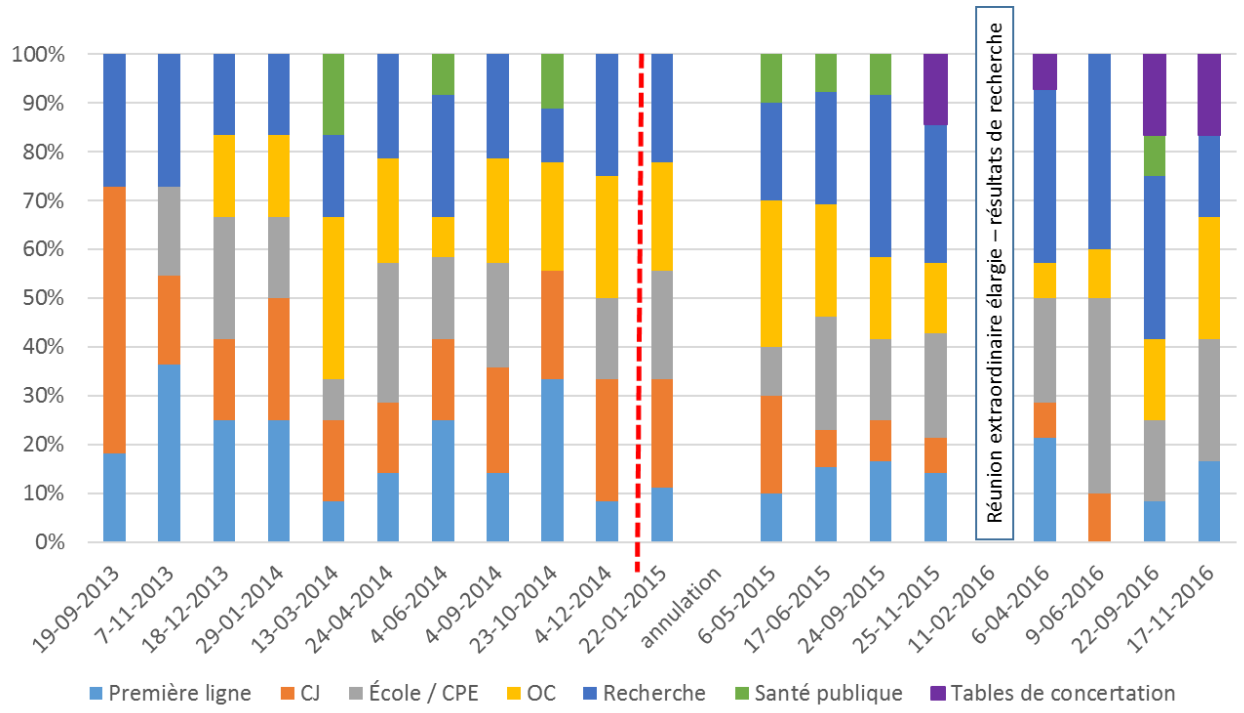


Figure 4 : Représentation (%) de chaque secteur d'activité aux 18 rencontres régulières du comité d'implantation

Pendant cette période, le projet a été présenté à l'ensemble des organisations locales pouvant être concernées par la prévention de la maltraitance (garderies, écoles primaires, organismes communautaires), notamment par le biais des tables de concertation existantes. 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, avec l'appui de l'organisatrice communautaire de l'établissement de première ligne (CSSS) qui s'est d'ailleurs jointe au comité dès sa deuxième rencontre et qui y est demeurée jusqu'à la fin, assurant une liaison continue avec la communauté. La chercheure principale a accompagné la coordonnatrice pour présenter le projet lorsque nécessaire.

Au fil du temps, trois partenaires se sont retirés à différentes étapes du projet : un organisme communautaire (juin 2014), la commission scolaire (septembre 2014) et une garderie privée (avril 2016). Parmi les raisons invoquées, le manque de ressources humaines et financières et un contexte de restrictions budgétaires ressortent comme prédominantes. En dépit du retrait de leur commission scolaire cependant, plusieurs écoles ont collaboré à l'initiative dès le début de la phase d'implantation (prêt de locaux et promotion du programme auprès de parents). À l'automne 2015, certaines écoles ont pris l'initiative de faire former des membres de leur direction ou de leur personnel et d'offrir des activités Triple P aux parents. Une direction d'école a même intégré le comité d'implantation. Suivant le mouvement, la commission scolaire réintégrait le comité d'implantation en février 2016.

Le nombre de personnes présentes aux rencontres du comité varie entre 9 et 14, 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 du comité. 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, au fil du temps, varie entre un et douze.

PARTIE 2 : Points de vue des acteurs impliqués dans la démarche de planification et de mise en œuvre

Dans cette partie du texte, les points de vue des divers acteurs impliqués viennent enrichir l'analyse des phases 2 (planification) et 3 (implantation) du QIF, en mettant en lumière les points forts et les enjeux propres à chaque phase.

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

Les données correspondant à cette phase se structurent en deux grandes étapes : la mobilisation des organisations et la planification proprement dite. Durant l'étape de mobilisation, les entretiens révèlent une expérience globalement positive des acteurs de terrain, mais également des inquiétudes anticipatoires à la mise en œuvre effective. L'étape de planification, matérialisée par la création du comité local et par l'instauration d'un mode de fonctionnement, s'est avérée rassurante pour les acteurs et semble avoir contribué à diminuer les inquiétudes présentes à l'étape de mobilisation.

***La mobilisation*.** En matière de stratégies de mobilisation, la notion de travail en réseau est ressortie comme particulièrement efficace. Selon la coordonnatrice d'implantation, le fait de s'associer à l'organisatrice communautaire de l'établissement de première ligne pour présenter le projet aux organismes communautaires a facilité leur engagement dans le projet. De la même manière, la présentation du projet devant une table de concertation réunissant les services de première ligne et les services de garde à l'enfance a suscité la mobilisation de plusieurs services de garde. La coordonnatrice note aussi qu'elle considère pertinent de rencontrer les partenaires en personne et d'apprendre à les connaître afin de soutenir leur engagement. Selon les gestionnaires interrogés, le caractère volontaire et non imposé de la participation au projet a facilité l'engagement des organisations : « *ça n'a pas été imposé, c'était comme un choix d'embarquer* […] J*e pense que ça a fait en sorte que les gens se sont investis* ». Le fait de privilégier des approches volontaires et participatives dans la mise en œuvre d'une stratégie préventive se retrouve d'ailleurs dans la littérature sur le partenariat (e.g. Bilodeau, Allard, Francoeur, & Chabot, 2004; Bilodeau, Chamberland, & White, 2002; Wandersman et al., 1996).

En revanche, l'analyse des besoins, des ressources et de la disposition à agir réalisée au préalable par l'équipe de recherche n'a pas été perçue comme un élément facilitant pour la mobilisation. N'ayant pas permis de répertorier l'ensemble des ressources et des pratiques locales existantes, cette analyse a, selon la coordonnatrice, suscité chez certains acteurs le sentiment que l'équipe de recherche négligeait certaines de leurs activités ou programmes de soutien à la parentalité, ce qui aurait engendré des résistances au départ. En dépit de cela, l'analyse des entretiens révèle qu'une majorité des acteurs de terrain ont réussi à percevoir une valeur ajoutée du projet proposé, notamment en raison de sa nature partenariale. Le partage de responsabilités autour de l'objectif préventif et la transition de pratiques « en silo » vers des pratiques partenariales a motivé plusieurs organisations

à collaborer **: «** *C'était partager en fait la responsabilité entre les différents partenaires du milieu de soutenir les parents...».*

Le caractère « en gradins » de l'intervention a également été mentionné comme un levier à la mobilisation afin de pouvoir répondre de manière adaptée et rapide aux besoins des familles : « *Il y avait beaucoup de délais d'attente (…), beaucoup de demandes, beaucoup de besoins, on évaluait le besoin mais on les laissait attendre pendant des mois… et Triple P avait différents niveaux qui permettaient de répondre de façon plus adaptée aux besoins… Le pari que je faisais (…), c'était qu'on allait avec Triple P être en mesure de répondre rapidement aux demandes des familles, pour éviter que les situations se détériorent… ».*

Le fait que le programme soit à données probantes a aussi constitué un gage de crédibilité, notamment pour les établissements publics. Finalement, le fait qu'il soit « clé en main » et manualisé était un atout cité par ces mêmes acteurs ainsi que par le milieu scolaire, cet aspect cadrant avec les pratiques typiquement institutionnelles. La correspondance des objectifs et de la philosophie d'intervention du programme à la mission et aux valeurs des organisations et des pratiques courantes a en effet déjà été démontré dans la littérature comme un élément favorisant la mise en œuvre d'un programme (Small, 2007).

Par ailleurs, certaines préoccupations ont caractérisé cette phase de mobilisation. Si l'analyse de différenciation de Triple P a révélé que le programme se distinguait des autres interventions en usage au Québec par son caractère en gradins (Gagné et al., 2015), l'arrimage niveau par niveau avec les pratiques locales a constitué une source d'inquiétude pour certains : « *Une approche en gradins c'est intéressant, oui, mais encore… notre grande préoccupation c'était comment on va l'intégrer à notre offre de service déjà existante* […] *comment on va inscrire nos programmes qu'on a déjà dans ce continuum?* […] *sachant qu'on a des programmes qui ressemblent à certains gradins de Tripe P ?* ». Plusieurs gestionnaires étaient aussi inquiets que les restrictions budgétaires auxquelles les services de garde éducatifs et les organismes communautaires étaient soumis ne viennent compromettre leur engagement dans le projet.

Aussi, si la logique en gradins du projet a été un élément vendeur, sa mise en œuvre concrète a été difficile à saisir et à anticiper. Des inquiétudes ont été rapportées quant à la volonté des autres acteurs de la communauté à s'investir dans ce partenariat : « *Au début, ma crainte c'était beaucoup que les partenaires du communautaire ou les services de garde à l'enfance embarquent pas dans le projet ou le scolaire même… Ma crainte c'était qu'ils disent écoutez c'est des services de santé, c'est pas à nous d'offrir ça, on s'implique pas là-dedans, on n'a pas le temps, on n'a pas les moyens…* ». Les différences de perspectives, de croyances et de valeurs des organisations ou encore l'absence de liens, et une distribution trop inégale de pouvoir sont autant de facteurs déjà répertoriés dans la littérature comme étant des barrières à l'implantation d'un programme dans le cadre d'un partenariat (Braganza, 2016; Gray, 2004; Huxham & Vangen, 2000; Lewis, Isbell, & Koschmann, 2010).

De plus, certains gestionnaires ont déclaré avoir eu du mal à saisir le contenu du programme, malgré la création de fiches-synthèse par l'équipe de recherche. Plusieurs gestionnaires et intervenants issus du milieu communautaire ou des services de garde étaient préoccupés par l'apparence rigide du programme Triple P, ne semblant permettre aucune adaptation. Ainsi, le caractère « breveté » de Triple P n'a pas été perçu comme un atout par ces organisations. Pour les organismes communautaires notamment, le référentiel comportementaliste de l'intervention Triple P était éloigné des pratiques habituelles de leur milieu. Leur inquiétude relevait aussi du caractère systématique de l'intervention : **«** *Je trouvais ça assez didactique et scolaire comme approche ».* Ce

dernier point n'est cependant pas spécifique à l'implantation du programme Triple P. Plusieurs études ont montré qu'une philosophie d'intervention divergente entre le programme et la mission de l'organisation qui le met en œuvre peut constituer un réel obstacle à la mise en œuvre du programme par les intervenants (e.g. Mihalic, Fagan, & Argamaso, 2008). D'autres études ont souligné la crainte des intervenants de ne plus pouvoir bénéficier de flexibilité et d'autonomie pour adapter leurs pratiques aux besoins réels des clients au détriment de l'utilisation d'un PDP manualisé (e.g. Addis, Wade, & Hatgis, 1999; Nelson, Steele, & Mize).

La dernière inquiétude mentionnée concerne l'anticipation de la résistance au changement. L'inquiétude de certains gestionnaires portait plus particulièrement sur des enjeux professionnels et organisationnels : « *Dans ce que je voyais comme obstacle c'était la résistance des intervenants... quand ils comprendraient qu'il y aurait de la formation, un examen, une accréditation... On en a vécu beaucoup d'implantations de programme et ma crainte c'était… que les expériences négatives antérieures viennent contaminer un peu l'implantation de Triple P… »* On craignait également des difficultés liées aux frontières entre les divers ordres professionnels, *« car on arrive avec un programme où y a pas de profession particulière de ciblée pour soutenir les parents…* ». Les inquiétudes des gestionnaires quant à ces résistances ont été confirmées dans l'analyse des propos des intervenants, notamment par rapport à des expériences négatives antérieures. Triple P n'était en effet pas le premier programme à être expérimenté sur le territoire, plusieurs expériences antérieures s'étant apparemment soldées par des échecs : « *On en a tellement fait des groupes avant… pis là tu te dis « bon c'est quoi cette affaire-là, encore un autre groupe imposé en plus ?* ». Il est à noter que la résistance au changement des intervenants a été pointée de longue date comme un processus normal dans la mise en œuvre d'une innovation (Rogers, 1995).

La planification. L'analyse des entretiens révèle que les inquiétudes de l'étape de mobilisation se sont estompées à l'étape de planification. Le comité d'implantation et son mode de fonctionnement ont été perçus positivement. Si la décision de certaines organisations de se retirer du comité a pu ébranler certains partenaires durant cette période de questionnements, la relative stabilité des membres siégeant au comité a été un élément rassurant : *« C'était toujours les mêmes avec qui on avait affaire… Je pense que ça c'est peut-être un point important qui est un point fort… Oui, les mêmes figures, les mêmes personnes à contacter, c'est rassurant, c'est important… c'est insécurisant quand ça bouge tout le temps… ».* Ce comité était à la fois une occasion de s'exprimer sur la conduite du projet, mais également d'apprendre sur le fonctionnement des autres organisations impliquées, renforçant l'idée de partenariat à l'intérieur du projet : « *C'était important parce que c'était le lieu* [le comité] *où on était tous ensemble pour faire avancer les choses selon les étapes de l'implantation »*.

Le fonctionnement de ce comité a aussi été perçu comme un point fort du processus d'implantation. La prise de décision a majoritairement été perçu comme démocratique du début à la fin, respectant les positions de l'ensemble des acteurs présents : « *C'est un comité où les gens avaient tous à cœur d'améliorer les choses pour les familles, puis c'est un comité où tout le monde pouvait parler, on était tous sur un pied d'égalité, c'était très respectueux* ».

Le fait que le leadership ait été assuré depuis le commencement et jusqu'à la phase de mise en œuvre par les chercheurs à l'origine du projet a également été considéré comme un point fort de la démarche, un atout pour faire avancer le projet et éviter une diffusion de responsabilité : *« Dans le passé j'ai participé à plein de comités de concertation puis t'as l'impression qu'il y a rien qui a avancé… tandis qu'avec Triple P, je pense que le fait que ça soit soutenu par l'Université, je pense que ça a fait la différence… ça a fait en sorte qu'on a implanté rapidement* ».

Finalement, le rôle de la coordonnatrice est apparu comme un élément clé à l'implantation du programme : « *Tant au niveau de son expérience, de ses compétences, de son savoir-faire que de son savoir-être, elle est vraiment un ingrédient clé du succès de l'implantation à mon avis » ; « Le fait d'avoir la coordonnatrice qui cadre tout ça, qui s'assure du suivi et tout, fait la différence… d'avoir quelqu'un qui fait le lien de tout ça c'est essentiel* ». L'ensemble de ces éléments relatifs à la planification de la mise en œuvre d'une innovation se retrouvent par ailleurs dans la littérature sur le partenariat : « la satisfaction des membres des coalitions communautaires est favorisée par la formalisation des procédures, un leadership éclairé et efficace, leur influence sur la prise de décision et leur engagement dans l'action » (Bilodeau et al., 2002).

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

Cette troisième phase du QIF correspond à la mise en œuvre du programme. Les données d'implantation révèlent qu'entre janvier 2015 et décembre 2016, 43 praticiens sur 49 formés ont offert au moins une activité d'intervention Triple P, sans compter la coordonnatrice qui a également agi comme intervenante. Ils ont notamment offert 59 conférences publiques (niveau 2), rejoignant en moyenne 18 parents à chaque fois. À cela s'ajoutent tous les parents du territoire ciblé qui ont été exposés à la campagne médiatique de niveau 1 (site web, dépliants, affiches) 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. Les intervenants formés ont également offert 37 groupes de niveau 4 et 11 groupes de niveau 5. Ils ont aussi réalisé 161 suivis individuels (niveaux 3, 4 et 5 confondus). On estime que sur 24 mois, 648 parents (près de 500 familles) ont été rejointes par ces interventions. Plus d'information est disponible à l'annexe B.

D'après l'analyse des données, trois étapes structurent la phase de mise en œuvre : la formation, le début de la mise en œuvre, et la mise en œuvre effective avec la mise en place de mécanismes de soutien.

La formation. La période de formation et d'accréditation des intervenants ciblés pour mettre en œuvre le programme constitue en quelque sorte l'interface entre les phases de planification et d'implantation, soient les phases 2 et 3 du QIF. Durant cette étape, plusieurs gestionnaires ont souligné quelques difficultés logistiques rencontrées afin de libérer des ressources humaines pour la formation, surtout dans les plus petites organisations. Du côté des intervenants, la densité des journées de formation et la charge de travail associée à la préparation de l'accréditation ont été soulignées comme des défis. Mais ce qui ressort principalement du discours de l'ensemble des acteurs, c'est que la formation a constitué un point tournant dans la trajectoire d'implantation du programme. Les intervenants sceptiques au départ ont alors pu se familiariser avec le contenu du programme, généralement perçu comme étant simple et structuré : *« C'est un programme qui est très bien encadré, bien défini. Pour moi c'est rassurant… »*. Une majorité d'intervenants, notamment ceux qui étaient sceptiques dans la période pré-implantation devant le caractère « rigide » de ce PDP, déclare avoir été rassurée par rapport aux valeurs véhiculées par le programme (principe d'empowerment). Ils ont notamment été séduits par la place faite à la flexibilité dans leur travail et à l'autoréflexion. Si le programme et sa mise en œuvre paraissaient auparavant abstraits aux gestionnaires et aux intervenants, la formation leur a permis de comprendre le programme : *« J'ai compris là comment ça fonctionnait… Donc la formation ça été un révélateur du programme…. C'était plus concret, c'était plus intense aussi… ».*

La formation s'étalant sur plusieurs jours et regroupant les membres des divers secteurs aurait également permis de créer des liens entre les intervenants, générant un effet de partage et de

renforcement du partenariat : « *Le fait d'avoir été en formation avec des gens d'autres organisations en même temps, ça a permis de créer des liens, puis de faire des ponts finalement, des passerelles entre notre organisation puis d'autres organisations. On a des noms, on a des gens, un visage…* ». La présence de gestionnaires à la formation a également été 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 : « *J'ai suivi les formations à titre de gestionnaire qui allait superviser des gens, ça je pense que si ça n'avait pas été fait ça aurait été une erreur. Je pense qu'il faut le faire, parce que tu ne peux pas superviser du monde sans trop comprendre de quoi il s'agit…. Quand je parle à mes employés je comprends de quoi ils parlent…* ».

Le début de la mise en œuvre. Dès l'amorce de l'offre du programme en janvier 2015, les intervenants disent avoir éprouvé des difficultés liées à son application. Par exemple, l'animation des groupes de parents a été complexe pour les intervenants, tiraillés entre le besoin de flexibilité et l'exigence de fidélité au programme. Globalement, le contenu du programme a été perçu comme dense et difficile à intégrer et les intervenants auraient souhaité être davantage préparés à la pratique après la formation théorique. Selon certains, les horaires de travail correspondant à la charge liée à Triple P ont été sous-estimés, et l'intégration du programme dans la pratique a été perçue comme un long processus exigeant davantage de préparation qu'initialement prévu : « *Ça a été extrêmement long. Il a fallu se rencontrer entre intervenants, se parler pour savoir comment l'autre s'approprie le programme, prendre quasiment presque une journée, aller se chercher des documents un peu partout, se bâtir un cahier puis se l'approprier comme il faut…* ». Dans la littérature scientifique, le manque de temps pour mettre en œuvre un nouveau programme, souvent vu comme une addition aux tâches régulières, est très souvent évoqué comme un obstacle à l'implantation (Gray, Joy, Plath, & Webb, 2012; Mihalic, Irwin, Fagan, Ballard, & Elliott, 2004).

Plusieurs intervenants ont également souligné à cette étape la difficulté de gérer les demandes entrantes des parents avant que des mécanismes de coordination et de centralisation des demandes n'aient été mis en place. Cela aurait eu comme effet de risquer de perdre des parents et d'augmenter leur charge de travail.

La mise en œuvre effective. Cette étape correspond au moment où des mécanismes de soutien ont pu être mis en place et où les gestionnaires et les intervenants ont pu trouver un équilibre dans l'application du programme. À ce stade, le discours des intervenants suggère que le soutien logistique et motivationnel des gestionnaires a été un facilitateur de la mise en œuvre effective du programme : *« Il a été là-bas, donner un coup de main pour être sûr que le PowerPoint fonctionne…» ; « Il a été à l'écoute de ça… d'accepter qu'on en prenne moins… de nous décharger de certaines tâches » ; « Il a suivi la formation et quand on parle de Triple P il sait de quoi on parle » ; « Il est même venu nous observer… Il voulait voir de quoi ça l'avait l'air et il a de l'intérêt… ça c'est très stimulant* ». Au sein des plus grandes organisations, les gestionnaires se sont progressivement créé des outils et des procédures internes (dossier partagé entre le gestionnaire et les intervenants, réunions afin réorganiser le temps de travail, création de nouvelles entrées pour la tenue de dossiers informatisée, etc.).

Des rencontres de supervision entre pairs ont été mises en place et animées par la coordonnatrice d'implantation dans le but de créer une communauté de pratique permettant à la fois le renforcement des connaissances, le partage des expériences et des outils et le développement d'un sentiment d'appartenance au projet. Organisées aux deux semaines, ces réunions étaient tenues dans des lieux différents d'une fois à l'autre afin de potentialiser la participation de l'ensemble des partenaires. Cette structure de soutien fut d'une grande aide selon les intervenants interrogés : « *Je vais aux rencontres*

entre pairs. J'adore entendre les gens des services de première ligne et de la protection de la jeunesse parler de leur pratique à l'intérieur des groupes... Ça m'enrichit énormément sur les approches… d'entendre comment ils vont naviguer là-dedans, moi j'ai trouvé ça fabuleux. ». Selon les acteurs interrogés, la décision du comité d'implantation d'encourager les co-animations intersectorielles pour les groupes de niveau 4 et les conférences publiques du niveau 2 a contribué à développer cette communauté de pratique : « *Le fait qu'on co-anime ça amène une certaine complicité aussi dans l'équipe qui est intéressante… Ça créait des liens intéressants, c'est le fun de co-animer avec d'autres ressources* ». D'autres activités de soutien, tel qu'un bulletin d'information sur l'initiative et la création d'une vidéo, ont permis de renforcer le sentiment d'appartenance au projet, selon la coordonnatrice d'implantation. Ces éléments sont soulignés par d'autres auteurs qui montrent comment la dimension collaborative entre les acteurs de différentes organisations dans la mise en œuvre d'une innovation contribuerait à développer les compétences des acteurs, leur sentiment d'appartenance et leur motivation (Bilodeau et al., 2002; Nowell & Foster-Fishman, 2011). Finalement, la mise en place de mécanismes de référencement et de centralisation des demandes par la coordonnatrice a été perçue comme un gain de temps pour les intervenants et un important soutien.

Le soutien de l'équipe de recherche a également été souligné. En dehors du soutien matériel et financier rendu possible par la subvention de recherche (qui payait pour une partie du salaire de la coordination, les formations du personnel et le matériel d'intervention) et du soutien apporté aux intervenants dans le monitoring continu de leurs activités Triple P, l'organisation d'un forum annuel destiné aux décideurs, aux gestionnaires et aux intervenants est décrite par les acteurs interrogés comme une source de soutien. Ces occasions permettaient à l'ensemble des partenaires de rendre compte de l'avancée du projet et de contribuer au développement d'une communauté de pratique : « *Un élément significatif qui donne du booste ou du carburant là pour dire « oui ça vaut la peine, il faut continuer » c'est le congrès sur la maltraitance… c'était excellent …. Il y avait… un atelier sur Triple P, c'est venu confirmer qu'on était sur la bonne voie… On a été capable de visionner une vidéo faite par des parents qui ont reçu les services de Triple P qui montre comment ça a été déterminant pour améliorer leurs relations avec leurs enfants… Il y avait des intervenants, des gestionnaires qui venaient témoigner de leur expérience Triple P... Donc c'était encourageant* ».

Finalement, selon les gestionnaires interrogés, la perception de l'effet de l'intervention Triple P sur les parents a contribué pour beaucoup à la mobilisation des intervenants. Par ricochet, la mobilisation des gestionnaires est allée grandissante, ces derniers constatant l'investissement et la satisfaction de leurs intervenants. Il demeure que certains intervenants ont l'impression que le programme fonctionne moins bien avec certaines clientèles : « *Il y a certaines clientèles pour lesquelles c'est un petit peu plus difficile… je pense à des parents qui présentaient des troubles de personnalité important, c'est sûr que ça comporte des limites puis on a cette clientèle-là bien souvent en protection de la jeunesse* ».

Pour les gestionnaires, la baisse du nombre de parents inscrits sur la liste d'attente pour des services de première ligne fut un indicateur décisif de la fonctionnalité du programme en gradins. Certains infèrent même un lien de cause à effet : « *En établissement de première ligne, ils sont déjà en mesure d'évaluer que ça a permis de diminuer significativement la liste d'attente. On peut déjà faire un lien de*

cause à effet que les parents à qui ont offre Triple P et qui participent, bien pendant un certain temps on ne les revoit pas à court terme et ça diminue les listes d'attente »[3].

Quelques mots sur la pérennisation. Au moment de rédiger ce rapport, les partenaires entrent dans une phase de pérennisation de leur initiative. À ce stade, les partenaires et les intervenants ont intégrées les activités liées à Triple P dans leur routine et sont devenus à l'aise avec les tâches associées. En contrepartie, l'accès incertain à un financement durable pour soutenir l'ensemble des partenaires impliqués dans la poursuite du projet entraîne certaines craintes et appréhensions. Malgré ce risque, les partenaires restent mobilisés et des comités ont été mis en place pour soutenir la recherche de financement de même que la promotion du programme. L'accès aux résultats de recherche pourrait alimenter leur motivation à demeurer impliqués dans le projet.

[3] Il importe de souligner que l'équipe de recherche, avec le devis employé, n'est pas en mesure de confirmer ce lien de causalité.

IV. DISCUSSION : TIRER DES LEÇONS DE L'EXPÉRIENCE

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 décrivant les phases de planification et de mise en œuvre du PDP et en rapportant le vécu des acteurs de terrain ayant participé à la démarche, cette étude visait à vérifier jusqu'à quel point la réalité du terrain correspondait ou s'écartait du modèle théorique d'implantation utilisé, le Quality Implementation Framework (Meyers, Durlak, et al., 2012).

Les résultats de l'étude permettent de tirer plusieurs leçons de cette expérience. Au final, la satisfaction des acteurs ayant mis le programme en œuvre semble élevée. Dans l'ensemble, ces acteurs font part de leur sentiment d'une implantation « réussie » et d'un programme « efficace ». Cependant, le processus pour arriver à ces résultats a été plus complexe que le modèle théorique d'implantation ne le suggérait. Les acteurs ont alterné entre des moments d'incertitude et d'inquiétude et des moments de réassurance et d'ajustements. Le programme Triple P a donc suivi une trajectoire d'implantation non linéaire, marquée par l'importance de phases de transition, non illustrées dans le QIF.

Ainsi, durant la phase de planification du projet, l'étape de mobilisation des partenaires locaux s'est caractérisée par une période d'inquiétudes anticipatoires à la mise en œuvre effective du programme. Durant l'étape correspondant à la planification de l'offre de service concertée, la mise en place d'un comité d'implantation relativement stable a favorisé la création de liens inter-organisations et solidifié le partenariat, contribuant à diminuer ces premières inquiétudes. Ainsi, le caractère cyclique du processus d'implantation, alternant entre des périodes d'inquiétude et de réassurance, a été observé à l'intérieur même de chacune des phases du QIF.

L'étape de formation du personnel qui a suivi a été considérée par les acteurs de terrain comme un moment charnière dans la trajectoire d'implantation de Triple P. Ne semblant pas s'inscrire dans la linéarité du modèle théorique, cette étape s'est située, dans la présente implantation, à l'intersection de la planification (abstraite) et de la mise en œuvre (réelle). La participation à la formation a contribué à rassurer les acteurs de terrain qui ont ainsi pu se familiariser avec le contenu du programme et créer des liens avec des intervenants et des gestionnaires d'autres organisations, solidifiant le partenariat préalablement établi.

Le début de la mise en œuvre sur le terrain s'est caractérisé à nouveau par une période d'incertitude. Le passage de la formation (mise en œuvre théorique) à l'application (mise en œuvre réelle) a généré une fragilité devant des éléments qui n'avaient pas pu être correctement anticipés par le comité d'implantation dans la mesure où ce programme n'avait encore jamais été implanté au Québec (temps nécessaire pour la mise en œuvre de Triple P, complexité de la centralisation des demandes, etc.). Des réajustements structurels ont par la suite été réalisés pour compenser les défis générés par la mise en œuvre en milieu naturel. La mise en place de mécanismes de soutien pour aboutir à une implantation effective du programme a constitué l'activité centrale de cette étape.

Si la présente étude de cas se clôt sur des éléments de satisfaction pour les acteurs de terrain, la phase suivante est désormais celle de la pérennisation de l'offre de Triple P à l'échelle de la communauté. Et le passage à cette phase semble susciter de nouveaux questionnements et incertitudes (financement du programme hors contexte expérimental, arrimages sur le long terme par rapport aux services communautaires, leadership…). Cette nouvelle phase « de désagrément », parce qu'à

nouveau située dans le champ de l'abstrait, suscite de nouveaux questionnements faisant écho aux incertitudes du début du projet : « par quels moyens assurer la transition abstraction-théorie-pratique ? ».

A travers une documentation fondée sur le discours des acteurs de terrain, cette étude de cas a mis en évidence que (a) les processus d'implantation ne sont pas linéaires, (b) la dynamique de ces processus est cyclique, (c) ces processus sont au final constitués de plusieurs dynamiques cycliques imbriquées. La mise en œuvre d'un système en gradins dans le cadre d'un partenariat intersectoriel semble donc être plus complexe que la manière dont elle est représentée dans le modèle théorique d'implantation du QIF. D'après les résultats de notre étude, ce modèle semble davantage correspondre à des implantations expérimentales, ou plus contrôlées qu'elles ne peuvent l'être dans un programme communautaire en gradins. Pour augmenter la validité écologique de ce modèle, il faut prendre en considération les phases de transition fragiles qui caractérisent une démarche d'implantation. D'une part, les périodes de fragilité du programme, difficiles à anticiper lors des premières étapes car très dépendantes du contexte (personnalités, démarche, histoire de la communauté, liens entre les organisations au préalable etc.), constituent en elles-mêmes des « phases » du projet. On doit pouvoir leur adjoindre des « phases » correctives, permettant de reprendre le processus dans la dynamique initialement souhaitée.

D'autre part, si les phases du QIF apparaissent importantes à suivre dans toute démarche d'implantation, il convient d'alerter les futurs chercheurs et les acteurs de terrain sur l'attention particulière devant être portée aux périodes de transitions entre les phases théoriques de ce modèle. A titre d'exemple, si dans le modèle du QIF, la formation est présentée comme une sous-étape de la phase 1 d'exploration de l'environnement, elle semble en réalité constituer pour les acteurs interrogés une phase à part entière. Ce résultat appuie l'importance de la formation dans un processus d'implantation de PDP. Les programmes qui n'ont pas de formation obligatoire, ou encore des formations moins exigeantes ou moins formelles, risquent de ne pas permettre aux participants d'opérer ce passage de l'abstrait au concret, un moment crucial du processus. La formation devrait ainsi être traitée en amont avec les mêmes précautions que les autres phases. Il en va de même pour toutes les « phases » de transition entre abstraction et théorie et entre théorie et pratique. Si un consensus se dégage dans la revue de littérature sur le fait que la mise en œuvre de programmes n'est pas un événement unique et linéaire mais plutôt un processus dynamique et itératif à l'intérieur duquel se chevauchent plusieurs étapes qui sont interconnectées et qui s'influencent mutuellement, la majorité des modèles théoriques ne présentent pas la formation comme une phase à part entière et ne prennent majoritairement pas en compte les phases de transition entre les différentes étapes d'implantation (Savignac & Dunbar, 2014). La question se pose donc de savoir si l'importance de ces phases de transitions est spécifique à notre cas, spécifique aux PDP ou à la mise en œuvre d'un programme en gradins dans le cadre d'un partenariat intersectoriel ou si elle se généralise à toute implantation de programme. Quoi qu'il en soit, une approche écologique basée sur une analyse de système (e.g. Hawe, Shiell, & Riley, 2009; Kelly, 2007) pourrait aider à mieux capter l'aspect itératif de processus d'implantation moins pris en compte par le modèle du QIF.

La présente étude comporte certaines forces et certaines limites. La collecte et l'analyse des données a été réalisée par une évaluatrice externe au projet 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 perspective de participantes au processus permettait de vérifier la justesse de 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 impliqués ou ayant quitté le partenariat n'est ainsi pas représenté.

Concernant l'ensemble des entrevues, l'exigence déontologique d'informer les participants que les entrevues enregistrées et retranscrites seraient exploitées à des fins de recherche par des chercheurs partenaires (à l'initiative de l'implantation du programme) a pu entrainer un biais. Cette information a pu influencer la conduite des entretiens et la nature des réponses fournies dans la mesure où les participants ont pu se limiter dans l'aspect critique de leurs réponses.

Ces limites relatives à la collecte des données ont pu cependant être en partie atténuées par la grande quantité de données analysées qui ont été récoltées auprès de divers acteurs et à différents moments de l'implantation. La triangulation de l'ensemble de ces données a permis de s'assurer de la validité interne du cas.

Finalement, reste à souligner les limites liées à la méthode d'étude de cas. Si la validité interne des données est forte, elle ne s'applique qu'au processus d'implantation d'un PDP, Triple P, dans cette communauté spécifique. Cette méthode ne permet donc pas de généraliser les résultats à l'ensemble des processus d'implantation. Elle permet cependant de décrire et d'expliquer en profondeur les processus d'implantation sur ce territoire, contribuant ainsi 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 cyclique et itératif (abstraction-théorie-pratique) 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 existe un réel intérêt à 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., 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.

Addis, M. E., Wade, W. A., & Hatgis, C. (1999). Barriers to dissemination of evidence-based practices: Addressing practitioners' concerns about manual-based psychotherapies. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*(4), 430–441.

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), 50-56.

Bilodeau, A., Chamberland, C., & White, D. (2002). L'innovation sociale, une condition pour accroître la qualité de l'action en partenariat dans le champ de la santé publique. *Revue Canadienne d'Évaluation de Programme, 17*(2), 59-88.

Braganza, M. E. (2016). Its a Relationship: A Qualitative Exploration of the Challenges to Interorganizational Collaborative Relationships. *Canadian Journal of Community Mental Health, 35*(1), 15-28.

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., 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. E., 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.

Gray, B. (2004). Strong opposition: Frame-based resistance to collaboration. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 14*, 166–176.

Gray, M., Joy, E., Plath, D., & Webb, S. A. (2012). Implementing evidence-based Practice: A review if the empirical research literature. *Research on Social Work Practice, 23*, 157-166.

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.

Hawe, P., Shiell, A., & Riley, T. (2009). Theorizing interventions as events in systems. *American Journal of Community Psychology, 43*(3), 267–276.

Huxham, C., & Vangen, S. (2000). Ambiguity, complexity and dynamics in the membership of collaboration. *Human Relations, 53*(6), 771–806.

Kelly, J. G. (2007). The system concept and systemic change: Implications for community psychology. *American Journal of Community Psychology, 39*(3-4), 415-418.

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.

Lewis, L., Isbell, M. G., & Koschmann, M. (2010). Collaborative tensions: Practitioners' experiences of interorganizational relationships. *Communication Monographs, 77*(4), 460-479.

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

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., Fagan, A., & Argamaso, S. (2008). Implementing the LifeSkills training drug prevention program: Factors related to implementation fidelity. *Implementation science, 3*(5).

Mihalic, S., Irwin, K., Fagan, A., Ballard, D., & Elliott, D. (2004). *Successful Program Implementation: Lessons From Blueprints*. United States of America: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, US Dept of Justice.

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.

Nelson, T. D., Steele, R. G., & Mize, J. A. 2006. *Practitioner Attitudes Toward Evidence-based Practice: Themes and Challenges, 33*(3), 398–409.

Nowell, B., & Foster-Fishman, P. (2011). Examining MultiSector Community Collaboratives as Vehicles for Building Organizational Capacity. *American Journal of Community Psychology, 48*(3-4), 193-207.

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. (1995). *Diffusion of innovations*. New Yokr: The Free press.

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.

Savignac, J., & Dunbar, L. (2014). *Guide sur la mise en oeuvre des programmes fondés sur des données probantes : Qu'en savons-nous jusqu'à maintenant?* Ottawa, Ontario.

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.

Small, S. A. (2007). Guidelines for selecting an evidence-based program: Balancing community needs, program quality, and organizational resources. *What Works, Wisconsin Research to Practice Series, 3*.

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.

Wandersman, A., Valois, R., Ochs, L., De la Cruz, D. S., Adkins, E., & Goodman, R. M. (1996). Toward a social ecology of community coalitions. *American Journal of Health Promotion, 10*(4), 299–307.

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 Québec
Institut universitaire

Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord

UNIVERSITÉ LAVAL

AVIS DE RECHERCHE

AGENT DE PLANIFICATION, DE PROGRAMMATION ET DE RECHERCHE
DIRECTION SCIENTIFIQUE, CENTRE JEUNESSE DE QUÉBEC-INSTITUT UNIVERSITAIRE
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 scientifique, CJQ-IU
Service :	Équipe scientifique
Lieu de travail (à titre indicatif):	2915, avenue Bourg-Royal, Québec
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 ou à certaines activités spécifiques d'un établissement désigné institut universitaire.

DESCRIPTION SOMMAIRE

Personne qui planifie, prépare et soutient l'implantation d'une stratégie préventive en gradin 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) et l'organisation chargée de la dissémination de *Triple P*. De plus, elle participe aussi aux formations des divers niveaux de *Triple P*.

Dans le cadre de ses tâches, elle peut participer aux différentes activités d'enseignement et de formation ou à certaines activités spécifiques d'un établissement désigné institut universitaire.

COMPÉTENCES GÉNÉRALES RECHERCHÉES

- **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 orales et écrites** : 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

- **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.**

COMPÉTENCES À DÉVELOPPER

- 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 EXPÉRIENCES PROFESSIONNELLES

- 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 de pratiques ou de 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, veuillez consulter la description d'emploi qui est disponible sur les réseaux Internet et intranet de chacune des organisations participantes (CJQ-IU, CSSS Québec Nord et Chaire sur la prévention de la maltraitance).

Prière de signifier votre intérêt en faisant parvenir votre curriculum vitae accompagné d'une lettre (une page maximum), **avant 16 h le 16 août 2013 :**
Par courrier : Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, a/s Direction des ressources humaines, 2915, avenue du Bourg-Royal, 3e étage, Québec (Québec) G1C 3S2; **Par courriel** : nathalielabbe.cj03@ssss.gouv.qc.ca

Les candidats intéressés à poser leur candidature sur l'assignation devront préalablement obtenir l'autorisation de leur chef de service.

Seuls les candidats retenus pour une entrevue seront contactés.

ANNEXE B – RAPPORT D'IMPLANTATION AUX PARTENAIRES - QUÉBEC

RAPPORT D'IMPLANTATION AUX PARTENAIRES – Québec

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 Orléans. 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 :

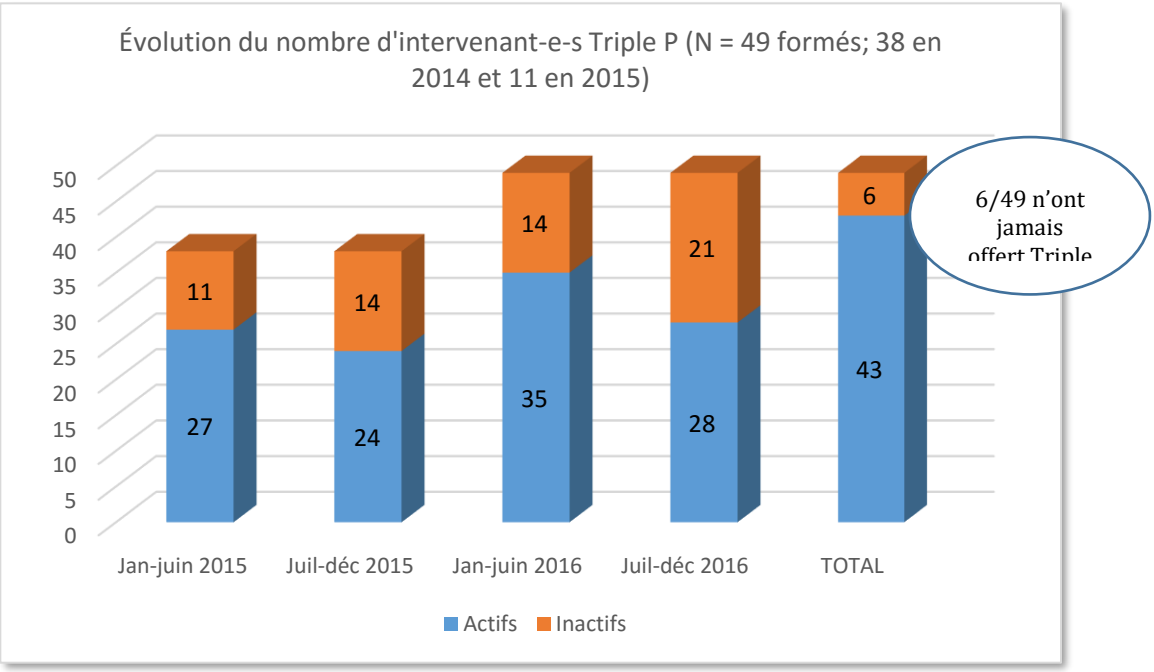
I. Bassin d'intervenant-e-s Triple P

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, seulement six intervenant-e-s n'ont offert aucune composante de Triple P, ce qui représente 12,2% 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 **24,5 %**. Cela signifie que le quart du personnel formé a quitté son poste pendant la période d'expérimentation. Plus précisément, on a comptabilisé :

- 5 départs pendant le premier semestre
- 2 départ pendant le second semestre
- 4 départs pendant le troisième semestre
- 1 départ pendant le 4ème semestre

Les données suggèrent que dans une communauté, le taux d'attrition du personnel formé pourrait bien diminue dans le temps. Pendant la première année, il était de 18,4 % (7 départs sur un bassin de 38 intervenant-e-s) et pendant la 2ème année, il est descendu à 11,9 % (5 départs sur un bassin de 42 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	3	3	6	8	12	20
SÉMINAIRE #2	3	2	5	8	11	19
SÉMINAIRE #3	3	3	6	8	12	20

[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)					
	CSSS[1]	PJ[2]	COM[3]	SCOL[4]	CPE[5]	TOT	CSSS[1]	PJ[2]	COM[3]	SCOL[4]	CPE[5]	TOT
CONSULTATION PONCTUELLE	3	0	2	5	22	32	11	0	3	9	55	78
SUIVI NIVEAU 3	18	0	0	0	0	18	138	2	0	3	2	145
SUIVI NIVEAU 4 IND. (ADAPTATION)	0	1	0	0	0	1	4	6	1	0	0	11
SUIVI NIVEAU 5	0	0	0	0	0	0	3	2	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

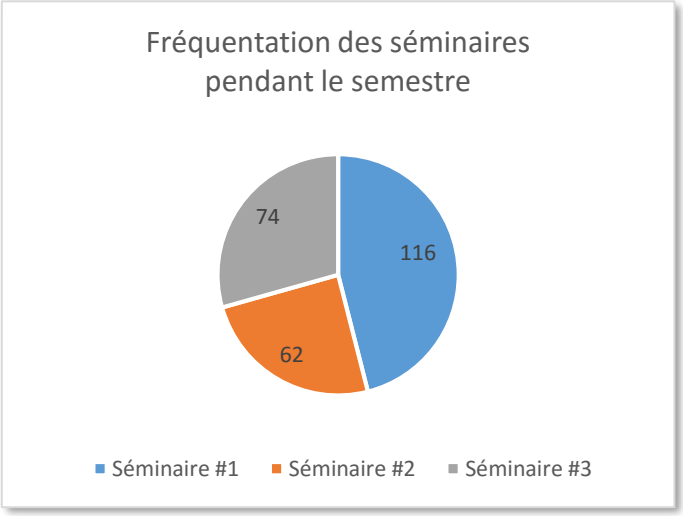
	NOMBRE DE GROUPES RÉALISÉS PENDANT LE DERNIER SEMESTRE					CUMULATIF DEPUIS JANVIER 2015 (SUR 2 ANS)				
	CSSS[1]	PJ[2]	COM[3]	PART[4]	TOTAL	CSSS[1]	PJ[2]	COM[3]	PART[4]	TOTAL
NIVEAU 4	3	2	0	2	7	17	12	1	7	37
NIVEAU 5	2	1	0	0	3	7	4	0	0	11

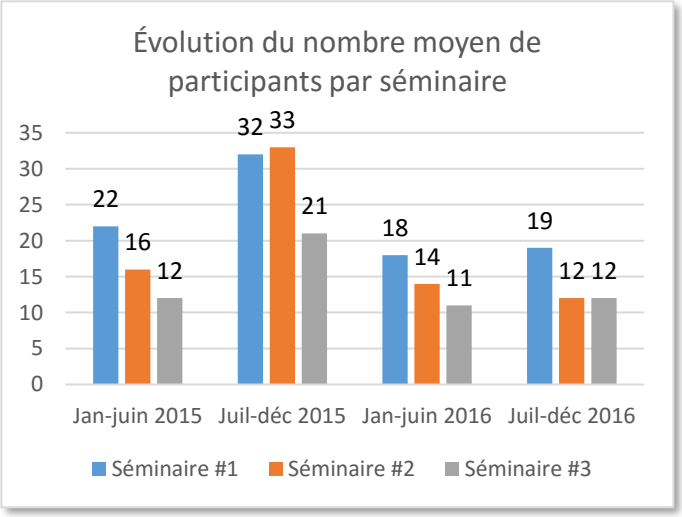
[1] Activité offerte par un-e ou des intervenant-e-s du CIUSSS (mission CLSC)
[2] Activité offerte par un-e ou des intervenant-e-s de la protection de la jeunesse
[3] Activité offerte par un-e ou des intervenant-e-s communautaire-s
[4] Activité offerte en partenariat

SOMMAIRE : 78 activités Triple P réalisées/finalisées pendant le dernier semestre
346 activités Triple P réalisées/finalisées depuis janvier 2015

CLIENTÈLE TRIPLE P

CLIENTÈLE DES SÉMINAIRES





Ces figures suggèrent que la première conférence de la série est légèrement plus populaire que les deux suivantes. Elle attire en moyenne une vingtaine de participant-e-s. La participation aux deux conférences suivantes tend à se stabiliser autour d'une douzaine de participant-e-s, en moyenne.

Il est intéressant de noter que c'est au 2ème semestre que la popularité des conférences a été la plus grande. Il peut s'agir d'un effet de nouveauté de l'activité sur le territoire, couplé à l'impact de la promotion de ces activités.

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

	NOMBRE DE PARENTS REJOINTS PENDANT LA PÉRIODE			CUMULATIF DEPUIS JANVIER 2015		
	MÈRES	PÈRES	TOTAL	MÈRES	PÈRES	TOTAL
CONSULTATIONS PONCTUELLES NIVEAU 2	3	4	7	70	29	100*
SUIVI NIVEAU 3	9	6	15	142	86	228
SUIVI NIVEAU 4 IND. (ADAPTATION)	0	1	1	8	5	13
SUIVI NIVEAU 5	0	0	0	5	0	5

***** *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 LA PÉRIODE			CUMULATIF DEPUIS JANVIER 2015		
	MÈRES	PÈRES	TOTAL	MÈRES	PÈRES	TOTAL
NIVEAU 4	48	29	77	264	135	399
NIVEAU 5	13	9	22	45	26	76*

** Pour 5 parents, le sexe est manquant.*

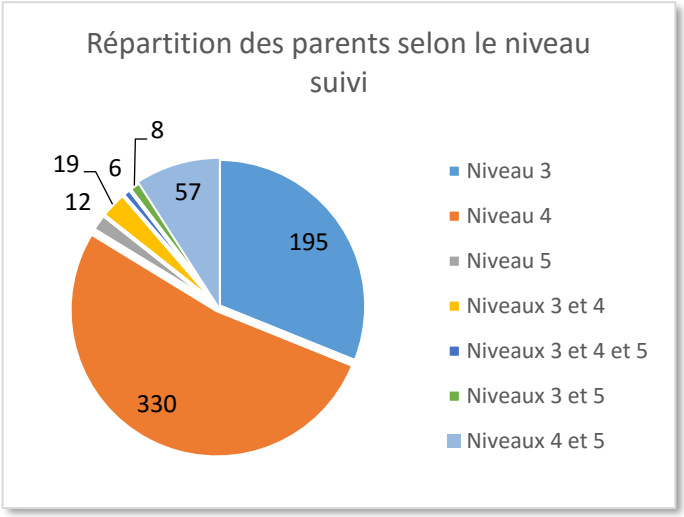
NOTE : *Ces chiffres indiquent uniquement le nombre de parents ayant été rejoints par l'intervention, mais ne précisent pas le degré de participation des parents à l'ensemble des rencontres prévues, ni la quantité d'intervention reçue (dosage).*

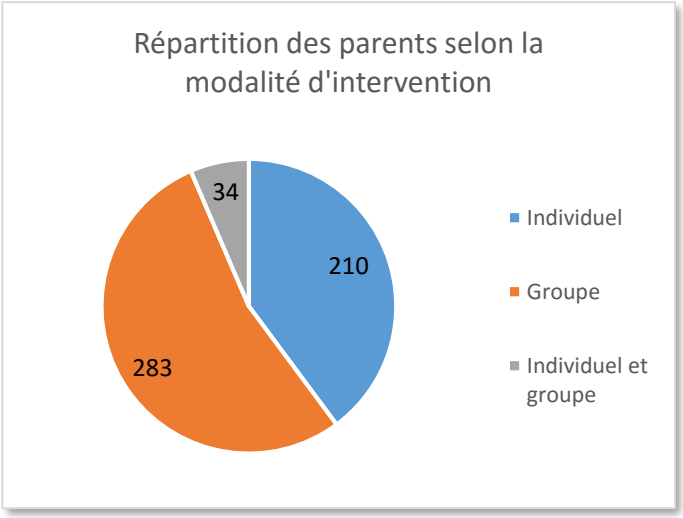
EN SOMME :

281 parents ont reçu des services liés au niveaux 3, 4 ou 5 de Triple P pendant le dernier semestre;
648 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 majorité des parents desservis grâce aux niveaux 3 à 5 du programme ont bénéficié du niveau 4, seul ou en combinaison avec d'autres niveaux. Vu autrement, la majorité des parents ont été desservis en groupe, parfois en combinaison avec de l'intervention individuelle.

Âge des enfants ciblés par le niveau 3

	Semestre (n=10)		Cumulatif (n=187)	
	n	%	n	%
- de 2 ans	0	0	4	2,1
2-3 ans	6	60,0	55	29,4
4-5 ans	4	40,0	52	27,8
6-12 ans	0	0	76	40,6

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

Pratiques parentales, rôle parental en général

1. Être parent (n = 18)
2. Gérer le stress (n = 17)

Jeunes enfants (2-3 ans)

1. La désobéissance (n = 38)
2. Les crises de colère (n = 31)
3. Les problèmes à l'heure du coucher (n = 23)

Enfants d'âge préscolaire (4-5 ans)

1. La désobéissance (n = 40)

Enfants d'âge scolaire (6-12 ans)

1. L'hyperactivité avec déficit de l'attention (TDAH) (n = 22)