

# Déploiement du programme-cadre montréalais en négligence *Alliance* : évaluation de quatre expériences territoriales

## *Deployment of the Montreal Alliance framework program on neglect: Evaluation of four territorial experiences*

Sarah Dufour, Marie-Ève Clément, Tristan Milot and Sophie Léveillé

Volume 48, Number 1, 2019

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1060005ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1060005ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue de Psychoéducation

ISSN

1713-1782 (print)

2371-6053 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Dufour, S., Clément, M.-È., Milot, T. & Léveillé, S. (2019). Déploiement du programme-cadre montréalais en négligence *Alliance* : évaluation de quatre expériences territoriales. *Revue de psychoéducation*, 48(1), 23–44.  
<https://doi.org/10.7202/1060005ar>

Article abstract

*Ten years ago, the ministère de la Santé et des Services sociaux [Ministry of Health and Social Services] specified, in its orientations, that each region of Québec should be covered by an intervention program targeting parents who are neglectful or at-risk of being neglectful, as well as their children, through collaborations between partners from public institutions (CSSS and youth centres) and community organizations networks. This article presents an analysis of the first phase of deployment of the framework program on neglect, called "Alliance," which was implemented in the Montréal region. More specifically, it aims to present the experience of implementing Alliance in four territories contrasted in terms of geography ethnocultural diversity, and their previous history of partnerships in family services offerings. Analyses were conducted by territory on data from three sources: a group interview, a post-mortem of the implementation activities, and a local actualization plan. An intra- and inter-case analysis based on a data triangulation strategy was used to define the dynamics at play in each of the territories under study. Two sensitive issues at the core of the territorial experiences of implementing Alliance were thus explained: the appropriation of the framework program by the actors and their mobilization with the view of its implementation. A comparison of the territorial narratives also made it possible to grade the territories in terms of these two issues and to propose recommendations for optimizing the deployment of Alliance.*

# Déploiement du programme-cadre montréalais en négligence *Alliance* : évaluation de quatre expériences territoriales.

## *Deployment of the Montreal Alliance framework program on neglect: Evaluation of four territorial experiences.*

S. Dufour<sup>1</sup>  
M.-È. Clément<sup>2</sup>  
T. Milot<sup>3</sup>  
S. Léveillé<sup>1</sup>

- <sup>1</sup> École de psychoéducation  
Université de Montréal  
<sup>2</sup> Département de  
psychoéducation et de  
psychologie, Université du  
Québec en Outaouais, Campus  
de Saint-Jérôme  
<sup>3</sup> École de psychoéducation  
Université du Québec à Trois-  
Rivières

### Correspondance :

Marie-Ève Clément  
Département de  
psychoéducation et de  
psychologie  
Université du Québec en  
Outaouais,  
Campus de Saint-Jérôme  
5 rue Saint-Joseph,  
Saint-Jérôme (QC), J7Z 0B7  
Tél. (450) 530-7616, poste 2339  
Télec. (450) 530-2916  
Marie-eve.clement@uqo.ca

### Résumé

*Il y a dix ans, le ministère de la Santé et des Services sociaux précisait dans ses orientations que chaque région du Québec devait être couverte par un programme d'intervention destiné aux parents négligents, ou à risque de l'être, et de leurs enfants, par le biais de collaborations entre partenaires des réseaux formels (CSSS et centres jeunesse) et informels (organismes de la communauté). Cet article présente une analyse de la première phase de déploiement du programme-cadre en négligence, intitulé Alliance, implanté dans la région de Montréal. Plus particulièrement, il vise à présenter l'expérience de mise en œuvre d'Alliance dans quatre territoires contrastés sur le plan géographique, de leur diversité ethnoculturelle et de leur histoire antérieure de partenariat dans l'offre de services aux familles. Trois sources de données par territoire ont été analysées : une entrevue de groupe, une fiche bilan des activités de mise en œuvre et un plan de réalisation local. Une analyse intra et inter-cas reposant sur une stratégie de triangulation des données a permis de cerner les dynamiques à l'œuvre dans chacun des territoires à l'étude. Deux enjeux névralgiques au cœur des expériences territoriales de mise en œuvre d'Alliance ont ainsi été mis en lumière : l'appropriation du programme-cadre par les acteurs et leur mobilisation en vue de l'implanter. La comparaison des récits territoriaux a également permis de dégager la gradation des territoires selon ces deux enjeux et de proposer des recommandations en vue d'optimiser le déploiement.*

**Mots-clés :** programme, négligence, évaluation, implantation, partenariat

### Abstract

*Ten years ago, the ministère de la Santé et des Services sociaux [Ministry of Health and Social Services] specified, in its orientations, that each region of Québec should be covered by an intervention program targeting parents who are neglectful or at-risk of being neglectful, as well as their children, through collaborations between partners from*

*public institutions (CSSS and youth centres) and community organizations networks. This article presents an analysis of the first phase of deployment of the framework program on neglect, called "Alliance," which was implemented in the Montréal region. More specifically, it aims to present the experience of implementing Alliance in four territories contrasted in terms of geography ethnocultural diversity, and their previous history of partnerships in family services offerings. Analyses were conducted by territory on data from three sources: a group interview, a post-mortem of the implementation activities, and a local actualization plan. An intra- and inter-case analysis based on a data triangulation strategy was used to define the dynamics at play in each of the territories under study. Two sensitive issues at the core of the territorial experiences of implementing Alliance were thus explained: the appropriation of the framework program by the actors and their mobilization with the view of its implementation. A comparison of the territorial narratives also made it possible to grade the territories in terms of these two issues and to propose recommendations for optimizing the deployment of Alliance.*

**Keywords:** program, neglect, evaluation, implementation, partnership

Définie comme l'absence de réponse à un besoin fondamental de l'enfant et susceptible d'entraver son développement physique, moteur, émotif et cognitif ainsi que sa sécurité et son bien-être, la négligence est la forme de maltraitance la plus répandue dans les services de protection de la jeunesse québécois. En 2014, 4 enfants québécois sur 1 000 étaient négligés au sens de la Loi de la protection de la jeunesse, c'est-à-dire que leurs besoins fondamentaux n'étaient pas répondus (Hélie, Collin-Vézina, Turcotte, Trocmé et Girouard, 2017). Dans la population générale, ces taux sont plus élevés : on estime qu'environ un enfant sur cinq vivra au cours de sa vie au moins une forme ou l'autre de négligence parentale (Clément, Bérubé et Chamberland, 2016; Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg et van Ijzendoorn, 2013). De nombreuses études ont montré les impacts de la négligence sur le développement des enfants tels que la dépression, les idées suicidaires, des difficultés relationnelles avec leurs pairs et des troubles d'apprentissage (Maguire et al., 2015). À long terme, une méta-analyse montre que la négligence entraîne aussi des problèmes de santé mentale dont l'anxiété, des problèmes de consommation abusive de drogues et des comportements sexuels à risque. Les impacts seront d'autant plus grands si la négligence est chronique et accompagnée d'autres formes de violence à l'endroit de l'enfant (Norman, Byambaa, Butchart, Scott et Vos, 2012).

La victimisation des enfants n'est souvent pas le seul problème auquel font face ces familles. Une proportion importante de familles suivies par la protection de la jeunesse sont confrontées à plusieurs types de difficultés personnelles, familiales, sociales et économiques (Chamberland, Léveillé et Trocmé, 2007; Clément et Chamberland, 2007; Ward, Brown, Westlake et Munro, 2010). La cooccurrence de problèmes de protection avec d'autres types de problèmes est non seulement courante, mais elle ajoute à la complexité des défis que doivent relever les intervenants sociaux. En outre, l'approche de protection québécoise, qui sélectionne les situations les plus compromettantes pour l'enfant, présente des limites préoccupantes, notamment les besoins importants des enfants dont le signalement est non corroboré et qui ne reçoivent pas de services de protection, ainsi que les hauts taux de récurrence des signalements (Chamberland et al., 2012).

Conséquemment, la réponse sociale à la négligence à l'égard des enfants est de plus en plus envisagée globalement. La planification des services d'aide aux familles ne doit plus se faire de manière hiérarchique et linéaire, mais plutôt de manière intégrée (Wulczyn et al., 2010). Il est nécessaire d'organiser les services de soutien aux enfants et aux familles de manière plus collaborative et interreliée, en intégrant davantage les actions en promotion des compétences, prévention des difficultés et protection des enfants. La pertinence d'actualiser une approche concertée et écosystémique, qui repose sur les ressources de la communauté et qui se centre davantage sur les besoins des enfants et des familles, est désormais clairement présente dans les débats qui animent les discussions dans le domaine de la protection des enfants depuis près de vingt ans (English, Wingard, Marshall, Orme et Orme, 2000; Harden et Whittaker, 2011; Hardiker et al., 2002; Jonson-Reid et Barth, 2000; Lacharité, 2009; Lacharité, Éthier et Nolin, 2006; Sandau-Beckler, Salcido, Beckler, Mannes et Beck, 2002; Tunnard, 2002; Ward et Peel, 2002).

Face à ces constats et dans l'objectif de pallier les difficultés d'accessibilité, de continuité et de coordination des services, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec proposait, il y a dix ans, diverses orientations en vue d'améliorer l'offre quinquennale de services d'aide aux familles et aux jeunes en difficultés (MSSS, 2007). Ces orientations précisaient notamment que chaque région du Québec doit être couverte par un programme d'intervention destiné aux parents négligents, ou à risque de l'être, et à leurs enfants âgés de 0 à 12 ans. Sous la responsabilité des centres de santé et de services sociaux (CSSS), en collaboration avec les centres jeunesse (CJ), ces programmes doivent favoriser la mise en place de services intégrés auprès des familles ciblées par le biais d'ententes de collaboration avec les autres établissements du réseau, dont les organismes communautaires. Réitérées en 2010, ces orientations ont été concrétisées grâce au soutien financier du MSSS, menant au déploiement provincial des programmes en négligence (MSSS, 2010). C'est dans ce contexte que la région de Montréal s'est dotée du programme-cadre *Alliance*, né des travaux amorcés en 2009 par la Table régionale des directeurs du programme-services Jeunes en difficulté, qui regroupe 12 CSSS, deux centres jeunesse ainsi que l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (établissements désormais fusionnés en cinq centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux; CIUSSS<sup>1</sup>) (CJM-IU, 2013). Les deux premières années de mise en œuvre, 2013 à 2015, ont été l'objet d'une évaluation présentée dans le présent article.

### **Description du programme-cadre montréalais *Alliance***

Le programme-cadre *Alliance* (Young, 2011) fournit les grandes orientations et les balises cliniques qui permettent aux établissements d'avoir une vision du phénomène de la négligence, une philosophie d'intervention et un processus d'intervention qui soient communs. Il propose des changements de pratiques fondés sur un modèle conceptuel, le cadre d'évaluation britannique des besoins de l'enfant (Department of Health, 2000) et des outils d'analyse et d'intervention de plus en

---

1. L'organisation et l'appellation des organisations ayant cours au moment de la recherche est privilégiée dans le présent texte.

plus reconnus efficaces. Ce modèle et ces outils sont implantés depuis quelques années au Québec dans le domaine de la protection de l'enfance (Chamberland, Dufour et al., 2015), notamment dans le cadre de l'initiative Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité (AIDES; Chamberland, Lacharité et al., 2015).

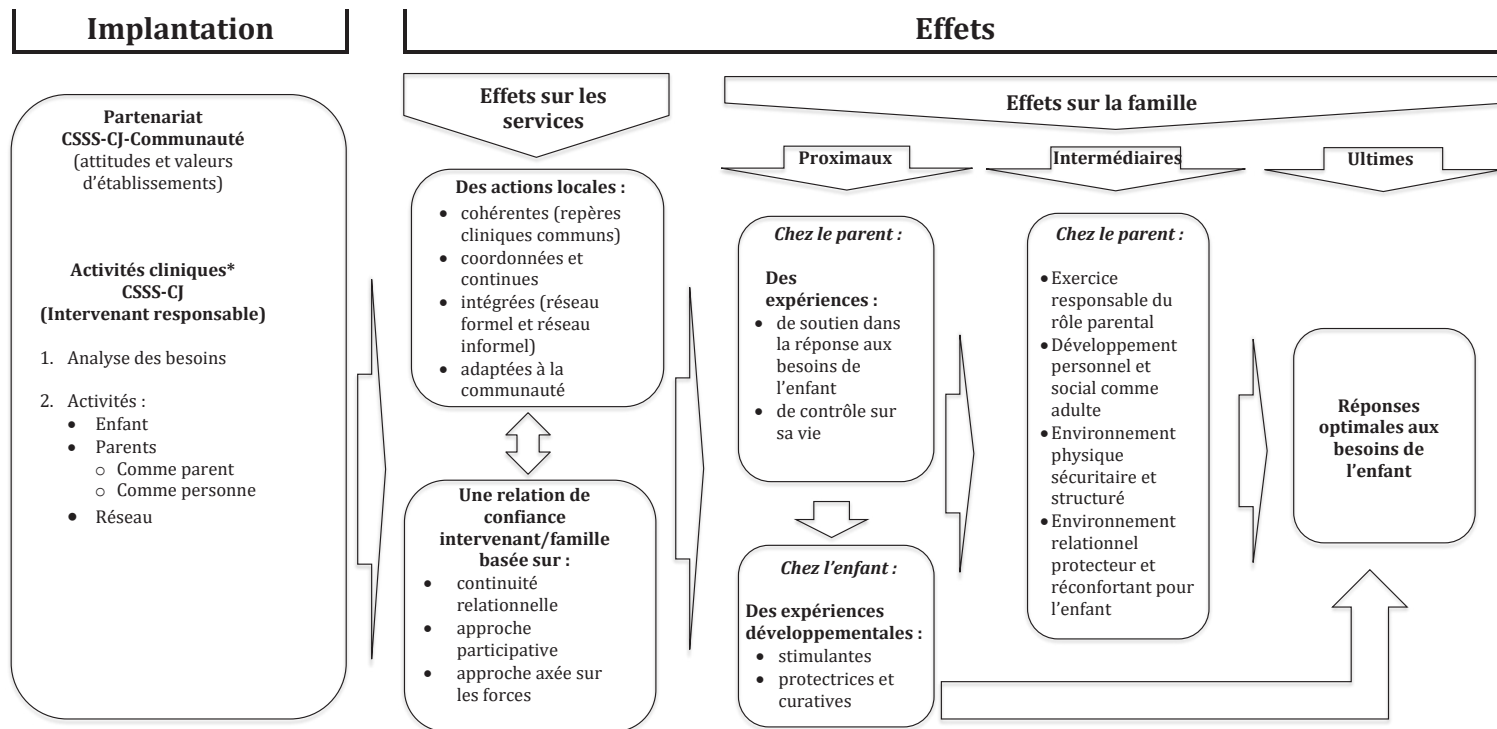
Le programme-cadre *Alliance* offre une lecture de la négligence plus large, voire holistique, que celle traditionnellement utilisée dans les services d'aide aux familles. Sur le plan clinique, plutôt que de centrer l'évaluation et l'intervention sur les lacunes parentales, *Alliance* adopte une vision globale et écosystémique dans l'analyse des situations et la planification des interventions, en y plaçant au centre l'intérêt et le développement de l'enfant. Dans *Alliance*, l'étape habituellement désignée comme l'évaluation est approfondie et réalisée en collaboration active avec le parent et, éventuellement, les partenaires concernés; elle s'appelle plutôt « analyse des besoins de l'enfant ». Soutenue par un outil structuré exhaustif promu par AIDES et décrit dans Chamberland, Dufour et al. (2015), elle vise documenter les forces et les besoins de l'enfant lui-même, des parents dans leur réponse aux besoins de l'enfant, mais aussi à identifier des facteurs familiaux et environnementaux qui protègent ou nuisent au développement de l'enfant. Elle considère ainsi l'interrelation entre trois composantes : 1) les besoins développementaux des enfants (santé, éducation, comportement socioaffectif, identité, relations familiales et sociales, présentation de soi, autonomie), 2) les capacités parentales à les satisfaire (prodiguer les soins de base, stimuler, donner de l'amour et de l'affection, encadrer/guider, protéger, offrir de la stabilité) et 3) les facteurs familiaux et environnementaux susceptibles d'influencer les réponses à ces besoins (histoire et fonctionnement de la famille, famille élargie, logement, emploi, revenu, ressources communautaires, intégration sociale). L'analyse des besoins de l'enfant, une fois terminée, doit être utilisée dans la planification des interventions prioritaires à mettre en place pour améliorer la situation, incluant le repérage de ressources ou de services en dehors de l'organisme de l'intervenant ayant mené l'analyse en vue de répondre le mieux possible aux besoins identifiés. Selon les situations, les interventions des différents partenaires exigent le respect des mandats de chacun, tout en assouplissant les frontières entre les établissements, les organismes, les programmes et les intervenants. Selon le modèle conceptuel adopté, l'accumulation de difficultés dans les situations de négligence demande plusieurs solutions qui doivent être dosées, complémentaires, négociées avec la famille, positives, stimulantes, encourageantes et bien coordonnées.

Issue des travaux britanniques en protection de la jeunesse (Balfé et Horne, 1997), cette approche est de plus en plus promue dans les services d'aide aux familles au Québec, au Canada et ailleurs dans le monde (Bérubé et al., 2015; Chamberland, Lacharité et al., 2015; Poirier, Léveillé et Clément, 2015). Une méta-analyse des écrits internationaux (Léveillé et Chamberland, 2010) met en évidence le caractère prometteur de l'utilisation de ce cadre d'analyse et de ses outils dérivés auprès des enfants vulnérables vivant dans leur milieu familial. En outre, conformément à sa vision holistique des situations de négligence, l'approche préconisée dans *Alliance* propose aussi une solution qui sollicite la responsabilité partagée de tous ceux concernés par le mieux-être des enfants. À cette fin, *Alliance* vise à mobiliser l'ensemble des partenaires à devenir les maîtres d'œuvre de son

application et à coordonner leurs actions, puisque le programme-cadre présente un canevas de réponse au problème plutôt qu'un format prêt à utilisation de type « programme clé en main » (CJM-IU, 2013).

La figure 1 présente le modèle d'action d'*Alliance*. La première colonne énumère les activités au cœur du programme-cadre, soit le partenariat CSSS-CJ-communauté et les activités cliniques. L'analyse des besoins, soutenue par des outils et les principes de l'initiative AIDES, vise à conduire à la négociation avec la famille et les autres partenaires, à la priorisation, au dosage de l'intervention et à l'élaboration du plan d'intervention (PI) ou du plan de services individualisés (PSI). L'intervention s'articule autour de trois axes : 1) l'axe enfant, qui se traduit en cibles d'intervention personnelle, éducative, sociale et clinique visant à améliorer la relation entre l'enfant et ses parents et à lui offrir des occasions de développement; 2) l'axe parents, qui vise le parent dans l'exercice de son rôle parental et comme personne (développement personnel); et 3) l'axe réseaux, qui a trait aux réseaux informels (selon le programme-cadre : organismes communautaires, réseau d'entraide et de soutien, associations et regroupements etc.) et formels (établissements du réseau de la santé et des services sociaux) (CJM-IU, 2013). Tel que défini dans *Alliance*, le réseau informel veille à offrir des activités collectives et récréatives à la famille et à ce qu'elle soit accompagnée par une personne significative comme un parent visiteur, un bénévole ou un aidant naturel. Pour sa part, le réseau formel s'assure que les services offerts soient complémentaires et continus de façon à favoriser les conditions de vie, l'intégration sociale de la famille ainsi que l'accès aux services (Young, 2011). Une mise en œuvre réussie des activités attendues, c'est-à-dire des partenariats et des activités cliniques de qualité, pleinement déployés, mènera à des services de meilleure qualité, c'est-à-dire des actions locales cohérentes, coordonnées, continues, intégrées et adaptées à la communauté locale. La logique d'action suppose qu'une fois les effets sur les services atteints, des effets proximaux (p. ex. : parent soutenu dans son rôle, enfant stimulé) et intermédiaires (p. ex. : exercice responsable du rôle parental) sont envisagés sur l'enfant et sa famille, menant ultimement à une réponse optimale aux besoins de l'enfant.

En somme, le programme-cadre vise à faire alliance pour et avec les familles à risque ou présentant des difficultés liées à la négligence, que celle-ci soit situationnelle, périodique, récurrente ou installée. Il vise à intervenir simultanément ou successivement sur plusieurs fronts, ce qui suppose une analyse approfondie de la situation, suivi d'une intervention multisectorielle coordonnée. Ces familles doivent avoir accès à des activités de promotion, de prévention, de réadaptation ou de protection en fonction priorités identifiées suite à l'analyse des besoins de l'enfant. La diversité des modalités d'intervention (individuelle, familiale et de groupe) est préconisée et concourt au développement des forces, des compétences et du mieux-être des enfants et des parents.



\*Les activités cliniques s'effectuent tout au long du processus d'intervention : promotion – prévention – intervention – protection.

Figure 1. Modèle d'action du programme-cadre montréalais en négligence *Alliance*.

## Contexte et objectif de l'évaluation

Bien que le programme-cadre accorde une certaine flexibilité afin que les comités de suivi locaux s'assurent d'un déploiement qui tienne compte des particularités des territoires, certaines activités locales et régionales étaient attendues de tous à des moments précis. La première phase de mise en œuvre d'*Alliance* (2013-2015) visait notamment à permettre à chacun des 12 territoires de CSSS de Montréal de sensibiliser et de former les intervenants des réseaux formels et informels à l'approche et aux outils AIDES, de réaliser l'inventaire des ressources susceptibles d'aider les familles, de mobiliser les partenaires, de mettre sur pied un comité de suivi local et de définir l'application clinique du programme-cadre (p. ex. : identification des familles, arrimage avec les services existants).

Une démarche d'évaluation participative (Ridde et Dagenais, 2012) a été réalisée en étroite collaboration avec la coordonnatrice et l'agente régionale du programme-cadre. Considérant qu'il était alors encore trop tôt pour évaluer les effets d'*Alliance* sur les enfants et les familles, il a été convenu de centrer les activités d'évaluation sur la mise en œuvre de la première phase et, très partiellement, ses effets sur les services (colonnes 1 et 2, figure 1). La présente recherche fait partie de ces travaux, plus larges, qui visaient à répondre à deux questions : 1) a-t-on fait ce qui était prévu et pourquoi? et 2) comment s'est déroulée localement la mise en œuvre du programme-cadre dans les territoires? (Dufour, Clément, Milot et Léveillé, 2015). Plus particulièrement, cet article présente les dynamiques de mise en œuvre d'*Alliance* dans quatre territoires contrastés de la région de Montréal. Il permet de répondre, en partie du moins, à plusieurs constats en regard de l'absence d'évaluations sur des programmes d'intervention en négligence, leurs caractéristiques, leurs particularités et leur adaptation selon les couleurs locales des territoires d'implantation (Bérubé, Coutu, Dubeau, Lafantaisie et Devault, 2013; Landsverk, Brown, Reutz, Palinkas et Horwitz, 2011).

## Méthode

### Territoires à l'étude

Cette évaluation repose sur une étude de cas multiples, chacun des quatre « cas » étant un secteur de mise en œuvre d'*Alliance*, c'est-à-dire un territoire de CSSS (Gerring, 2017). Les critères de sélection ont été établis en collaboration avec les promotrices; ils devaient être contrastés quant à leur situation géographique, leur diversité ethnoculturelle et leur histoire de partenariat. Ainsi, deux territoires sont situés dans le centre urbain de Montréal, alors que les deux autres sont périphériques. Parmi les deux territoires centraux, l'un affiche une forte diversité ethnoculturelle et l'autre présente une histoire de participation active du milieu communautaire. Enfin, les territoires ne devaient pas faire l'objet d'une évaluation de programmes desservant la même clientèle au moment de l'étude. L'étude a fait l'objet d'une certification éthique.



## Sources de données et procédure

Chaque cas a été documenté par trois sources de données : 1) une entrevue de groupe, 2) une fiche-bilan des activités de mise en œuvre et 3) le plan de réalisation local déjà produit par le territoire.

D'abord, les entrevues de groupe ont été réalisées avec les membres des comités locaux de suivi de la mise en œuvre *Alliance* dans le cadre d'une de leurs réunions régulières (n total = 31 personnes). D'une durée moyenne de 90 minutes, elles ont été enregistrées puis retranscrites. Les entrevues visaient à documenter l'expérience de mise en œuvre locale, telle que vécue par les principaux acteurs. Trois thèmes permettant d'établir l'histoire chronologique de mise en œuvre étaient abordés : 1) le contexte de démarrage et les partenariats existants au sein du territoire, 2) l'expérience de mise en œuvre d'*Alliance* et son appréciation et 3) le bilan au terme de la première phase de mise en œuvre (p. ex. : effets perçus, suites envisagées, recommandations).

Ensuite, des fiches bilan visant à obtenir un portrait de l'état d'avancement de la mise en œuvre locale ont été complétées pour chacun des quatre territoires. Ces fiches bilan ont permis de documenter les activités réalisées pendant les deux années de mise en œuvre, dont la mise en place d'un comité local de suivi (p. ex. : nombre et dates des rencontres, composition), les activités de sensibilisation au programme offertes aux intervenants (p. ex. : nombre, présences, fonction occupée et organisations représentées par les participants), les réalisations locales (p. ex. : accessibilité des services en négligence, mobilisation et engagement des partenaires) et les portraits des multiplicateurs formés au programme et à ses outils (p. ex. : nombre de formations, organisations représentées). Un multiplicateur est une personne qui, une fois formée, devient elle-même formatrice et personne-ressource dans son milieu.

Enfin, les cadres désignés de chaque territoire devaient produire un document faisant état des objectifs de mise en œuvre poursuivis afin d'actualiser *Alliance* dans leur territoire et de réviser l'offre de services en matière de négligence. Ces documents, déjà disponibles, ont aussi constitué une source d'information.

## Stratégies d'analyse

Deux niveaux d'analyse ont été effectués, soit une analyse inter-cas et une analyse intra-cas. Le travail analytique repose sur l'identification des thèmes évoqués par les participants aux entrevues de groupe (Paillé et Mucchielli, 2012) et une vérification de la conformité des fiches bilan et des plans de réalisation comparativement aux attentes. À terme, le traitement permet une analyse en profondeur de chacun des cas territoriaux à l'étude. Le premier niveau d'analyse, inter-cas, vise l'identification d'un nombre restreint d'enjeux centraux, présents dans les quatre récits. Il a permis l'identification de deux dimensions centrales aux expériences de mise en œuvre : appropriation et mobilisation. Le second niveau d'analyse, intra-cas, est guidé par les principes de systématisation, vérification, centration et pertinence (Krueger, 2000). Il a conduit à la production de récits étoffés de diverses expériences locales de mise en œuvre. Ce dernier niveau d'analyse

repose sur une triangulation, c'est-à-dire sur le croisement et la convergence des informations issues des diverses sources de données afin de cerner les dynamiques à l'œuvre. À noter que, tout au long des analyses, une approche par consensus, fondée sur l'échange d'interprétations entre les chercheurs, a été privilégiée pour assurer une plus grande validité (Poupart et al., 1997).

## Résultats

### Appropriation et mobilisation : deux enjeux névralgiques

Les analyses ont permis de mettre en lumière deux enjeux névralgiques au cœur de toutes les expériences territoriales de mise en œuvre d'*Alliance* étudiées : l'*appropriation* du programme-cadre par les acteurs et leur *mobilisation* pour le mettre en œuvre. La comparaison des récits territoriaux a également permis de mettre en lumière la gradation des territoires selon ces deux enjeux.

L'enjeu de l'appropriation, polysémique, inclut la compréhension et la maîtrise des contenus nouveaux proposés par *Alliance*, mais également l'adhésion au programme-cadre. Par appropriation, on réfère donc au fait que les contenus sont plus ou moins bien compris et maîtrisés selon les territoires (compréhension et maîtrise), mais aussi que leur volonté d'adopter *Alliance* et le faire sien est plus ou moins grande (adhésion). Cet enjeu d'appropriation se manifeste par des réponses émotives (p. ex. : ambivalence, enthousiasme) et par des actions prévues ou cohérentes avec le programme-cadre.

Il ressort des analyses que trois territoires se sont moins bien approprié *Alliance* pendant sa première phase de mise en œuvre (territoires 1, 2 et 3), car ils ont eu de la difficulté, au départ, à bien saisir sa nature et sa valeur ajoutée par rapport aux services déjà en place. Dans le territoire 1, cette réaction initiale a perduré et, au moment où la présente évaluation de programme a pris fin, la révision de l'offre de services restait à faire. Par ailleurs, lorsqu'il a saisi qu'*Alliance* propose des lignes directrices plutôt qu'une série d'actions prescrites comme dans un programme « clé en main », le territoire 3 a pu y voir la complémentarité avec les pratiques existantes. Néanmoins, à ce moment, aucune activité clinique auprès des familles prévue dans *Alliance* n'y avait eu lieu. Pour sa part, le territoire 2 s'est davantage approprié *Alliance* que les deux précédents, surtout au sein du CSSS qui adhère fortement à l'approche, ce qui se traduit déjà dans la prestation auprès des familles. C'est dans le territoire 4, où le programme-cadre était attendu, voire désiré, que l'appropriation du programme est la plus avancée.

La mobilisation des acteurs constitue le second enjeu névralgique. Le plus haut degré de mobilisation se caractérise par le fait qu'une grande diversité d'acteurs du territoire se rallie au programme : le réseau formel offrant des services sociaux (CSSS et CJ : membres mandatés), le réseau formel élargi (CSSS-CJ-autres établissements tels que le milieu scolaire) et le réseau informel (organismes communautaires, associations et regroupements) travaillent de concert à implanter le programme-cadre. Dans le territoire le moins mobilisé (territoire 1), le CSSS porte *Alliance* à lui seul, alors que dans le territoire 2, le CJ se joint au CSSS pour implanter le programme-cadre, mais sans une réelle implication du réseau

informel avec qui les ponts doivent être rétablis. Dans le territoire 3, la mobilisation est plus grande, le réseau informel étant un partenaire actif du CSSS et du CJ dans la réalisation des activités. Enfin, dans le territoire 4, le réseau formel est encore plus mobilisé (CSSS, deux CJ et d'autres établissements offrant des services aux familles) et peut compter sur un réseau informel engagé. Cette gradation se traduit notamment dans la diversité des acteurs participant aux divers comités, au lancement et aux activités de sensibilisation dans les territoires.

Bien que la mobilisation des acteurs soit globalement plus avancée que l'appropriation du programme-cadre et que les deux dimensions ne semblent pas entièrement indépendantes, les quatre territoires ont vécu des expériences de mise en œuvre distinctes. La figure 2 illustre comment chacun se positionne relativement aux autres sur les deux dimensions. Une appropriation optimale est atteinte lorsque les acteurs comprennent *Alliance*, le jugent pertinent et utile et qu'ils mettent en œuvre les actions attendues (territoire 4). Une absence d'appropriation se reflète par une incompréhension, une résistance et une absence de mise en œuvre d'*Alliance* (territoire 1). La mobilisation est pleinement réussie lorsqu'une masse critique et diversifiée d'acteurs agit conjointement, de manière coordonnée, à mettre en œuvre le programme-cadre (territoire 4) alors qu'une absence de mobilisation se traduit par un établissement qui tente seul de mettre en place *Alliance*, sans réussir à rallier ses partenaires formels et informels (territoire 1). La section suivante présente les résultats de l'analyse intra-cas sous la forme d'un récit d'expérience de mise en œuvre pour chaque territoire à l'étude. Le tableau 1 présente les caractéristiques de chacun des territoires en lien avec la mobilisation des partenaires et l'appropriation du programme-cadre.

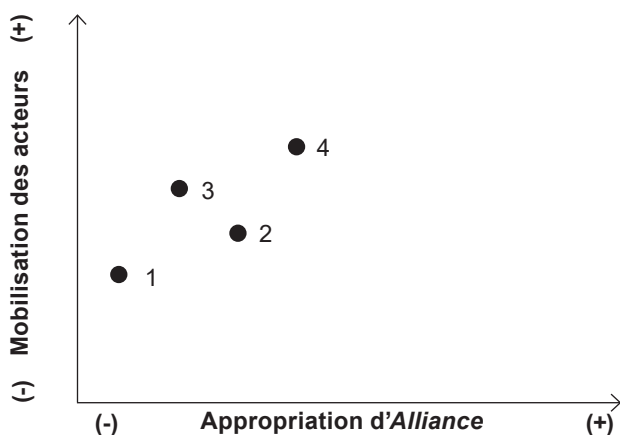


Figure 2. Degrés d'appropriation d'*Alliance* et de mobilisation des acteurs pour chacun des territoires (1, 2, 3, 4)

**Tableau 1. Éléments d'appropriation de *Alliance* et de mobilisation des partenaires par territoires**

Appropriation	Territoires			
	1	2	3	4
Compréhension et maîtrise des contenus				
Partenaires mandatés du réseau formel (CSSS-CJ)	-	+	+/-	++
Partenaires du réseau informel	-	+	+/-	++
Adhésion, pertinence et utilité perçues				
Partenaires mandatés du réseau formel (CSSS-CJ)	-	+	+/-	++
Partenaires du réseau informel	-	-	+/-	++
Nouvelles actions cohérentes avec <i>Alliance</i>				
Partenaires mandatés du réseau formel (CSSS-CJ)	-	+	-	++
Partenaires du réseau informel	-	-	-	++
<b>Mobilisation</b>				
Partenaires mandatés du réseau formel				
CSSS	+	+	+	++
CJ	-	+	+	++
Partenaires du réseau formel élargi famille-enfance	-	-	-	++
Partenaires du réseau informel	-	-	+	++

## Description des expériences territoriales

**Territoire 1.** Au terme de la période observée, la mise en œuvre d'*Alliance* est peu avancée dans ce territoire, tant sur le plan de la mobilisation des acteurs que sur celui de l'appropriation de ses principes directeurs et de son contenu : « Tout est à faire. On n'est que dans les balbutiements d'*Alliance*<sup>2</sup> ». Le CSSS fait cavalier seul et peine à saisir le sens du programme-cadre en vue de le promouvoir auprès des partenaires et l'appliquer auprès des familles. La précarité de la mobilisation des acteurs se manifeste à plusieurs égards. Tout d'abord, le comité de suivi local est essentiellement composé de représentants du CSSS. L'absence des représentants des centres jeunesse, quasi absents des réunions, s'est fait durement sentir :

Quand on veut travailler, puis on dit qu'on est coresponsables, les centres jeunesse et les CSSS, puis ton partenaire primaire n'est pas à la table, n'est jamais là, [...] tu n'es pas légitimé de prendre [des actions] [...]. Alors, tu avances, mais tu n'avances pas de la façon que tu devrais avancer.

2. Les citations textuelles sont extraites des entrevues de groupe.

De plus, le changement de gestionnaire local responsable au CSSS a ralenti le processus. Conséquemment, le lancement d'*Alliance* dans la communauté a été reporté de deux saisons. Par la suite, les activités de sensibilisation ont eu lieu auprès de personnes issues du réseau formel, dont près des trois quarts provenant du CSSS et du quart issu des CJ, tandis qu'une proportion négligeable provenait d'autres organisations. En dépit d'un partenariat bien établi dans le territoire entre le CSSS, les réseaux scolaire et communautaire, l'absence de partenaires incontournables au comité de suivi local témoigne de la difficulté à les rallier. Le plus grand défi pour ce territoire consiste à ce que les partenaires voient leurs bénéficiaires à participer à *Alliance*. Enfin, seuls deux membres du personnel du CSSS ont reçu la formation destinée aux multiplicateurs AIDES visant à comprendre l'initiative, ses principes et outils cliniques utilisés dans le cadre d'*Alliance*.

Au regard de l'appropriation du programme-cadre, au début, « il y avait énormément de questions auxquelles on n'avait pas de réponses. [...] La compréhension de la négligence demeurerait quand même assez floue ». À l'interne, au CSSS, le consensus autour des principes d'*Alliance*, qui organisent l'action autour de l'analyse et de la réponse aux besoins de l'enfant, n'est pas atteint. Le CSSS tente aussi de travailler à la révision de l'offre de services, mais se bute à des obstacles importants : « Au début on ne savait pas, qu'est-ce qu'on va présenter [aux familles]. C'est une philosophie? C'est un programme? C'est un quoi? ». Cette ambiguïté a engendré un malaise chez les intervenants quant à la reconnaissance du phénomène de la négligence et de la manière de l'aborder avec les parents :

On marche sur des œufs. Oui, *Alliance*, ce sont des besoins non répondus, on le comprend très bien, mais [...] quand on met le [code comme motif de services], c'est le mot négligence qui apparaît. On ne peut pas nier ça. On a le mot négligence. Comment on va présenter? Dans les notes, est-ce qu'on le met? On ne le met pas? C'est une étape [...] à comprendre d'abord, puis à franchir.

Du point de vue des répondants, il existe aussi une apparente contradiction entre la participation d'une famille à *Alliance* ou au programme SIPPE (Services intégrés en périnatalité et petite enfance) du CSSS. Pour ces diverses raisons, la révision de l'offre de services n'est pas encore commencée : « On se tient au-dessus de l'eau, puis il faut vraiment commencer à nager petit à petit ».

**Territoire 2.** *Alliance*, sur le territoire 2, « demeure un défi [...] à plusieurs niveaux ». Lors de la discussion de groupe, seules des professionnelles travaillant au CSSS ont partagé leur point de vue sur leur expérience qu'elles qualifient de « polarisée » ou « à deux vitesses », en raison du décalage entre une rapide appropriation interne au CSSS, des liens partenariaux fonctionnels avec leur partenaire CJ couplés aux difficultés à rallier le milieu communautaire. En bref, *Alliance* repose sur un partenariat CSSS-CJ dont la direction est assurée par le CSSS.

Les activités témoignent d'efforts soutenus d'appropriation interne au CSSS et, dans une certaine mesure, avec les CJ, mais d'une absence d'activités de sensibilisation des partenaires communautaires. Selon les répondantes, même

si le milieu communautaire « partage la vision, les valeurs autour d'*Alliance* » et qu'il souhaite « développer les corridors de services », il juge tout de même qu'il s'agit « d'un programme qui vient du Ministère puis que là on [leur] impose ». Le programme-cadre est donc reçu, selon les personnes rencontrées au CSSS, avec « incompréhension » et « résistances » par le milieu communautaire; le personnel du CSSS réfléchit d'ailleurs à une stratégie pour que ces acteurs se sentent davantage parties prenantes. En revanche, au CSSS, non seulement « c'est un projet auquel tout le monde croit, des valeurs que tout le monde croit », mais il a permis l'émergence d'une culture commune, qui commence à se traduire par « une sensibilité plus grande des intervenants [à la négligence] » dans la lecture des situations cliniques. L'opérationnalisation du programme-cadre a cependant constitué un défi et il a fallu du temps pour identifier des tâches précises et un échancier. Le lancement local a eu lieu plus tard que prévu et, par rapport à l'identification et la révision de l'offre de services, l'identification des usagers et l'arrimage avec les services courants restent à faire.

La mobilisation d'une diversité de partenaires locaux incontournables constitue un enjeu de taille dans ce territoire, la priorité ayant été accordée à la mise en œuvre intra-établissement au CSSS. Les activités de sensibilisation ont rejoint surtout des personnes du CSSS, mais aussi des CJ, dans une moindre mesure. Trois intervenants du CSSS ont participé aux formations relatives à AIDES et, bien qu'exigé par les formateurs, aucun participant du milieu communautaire n'était présent. À cet effet, on note que les relations entre le CSSS et les organismes communautaires du territoire ont été rompues pendant la première phase de mise en œuvre d'*Alliance* lorsque les postes d'organiseurs communautaires du CSSS ont été abolis. « C'est quelque chose qui a été long à rebâtir » et les liens sont encore rompus dans certains secteurs du territoire, ce qui nuit considérablement aux efforts de mobilisation autour d'*Alliance*. Les répondantes du CSSS reconnaissent que, malgré leurs efforts, ces joueurs-clés ne sont pas encore mobilisés. Cependant, la mise en œuvre d'*Alliance* a créé une conjoncture favorable : « le principal point qu'on a maintenant, c'est de juste être capable de se parler ».

**Territoire 3.** Au terme de la période observée, l'expérience d'*Alliance* dans le territoire 3 se caractérise par une mobilisation relativement élevée des partenaires des réseaux formel et informel autour du programme-cadre, des efforts dans une compréhension commune de la négligence selon le cadre conceptuel proposé, mais une faible mise en œuvre effective des activités prévues : « On a l'esprit de retarder [la mise en œuvre] parce que pour nous c'était important que les partenaires soient là ».

Dans ce territoire, des collaborations entre les organisations œuvrant auprès des familles étaient déjà présentes avant l'arrivée d'*Alliance*, ce qui a grandement facilité leur mobilisation. D'abord, le comité de suivi local est composé de représentants issus à la fois du CSSS, d'un centre jeunesse et d'organismes communautaires. La plupart siègent d'ailleurs à l'une ou l'autre des trois tables de concertation du territoire, ce qui a facilité les échanges et la circulation de l'information. En plus de la composition équilibrée du comité de suivi local, les partenaires de chaque réseau sont assidus aux rencontres. L'identification de nouveaux partenaires comme les écoles constitue un objectif à poursuivre. À la

suite du lancement du programme, plusieurs activités de sensibilisation ont eu lieu permettant de rejoindre une proportion importante d'acteurs des CSSS, des CJ et du réseau informel. Enfin, deux formations AIDES ont été offertes aux intervenants des organismes communautaires et des gestionnaires CSSS, témoignage de l'implication des deux réseaux dans la mise en œuvre d'*Alliance* sur ce territoire et sans doute garant d'une compréhension commune de la négligence.

En revanche, sur le plan de l'appropriation, les acteurs tentent encore de définir l'application clinique d'*Alliance* et son arrimage avec les autres programmes existants. Son arrivée a engendré une certaine incompréhension chez les partenaires quant à son application et à sa valeur ajoutée. Certains y voyaient des redondances avec d'autres pratiques déjà en cours, comme les SIPPE au CSSS ou le programme en négligence *Des racines et des ailes* au centre jeunesse : « On n'avait pas l'impression qu'il y avait grand-chose de nouveau. Puis ce qu'on a retenu c'est que c'est important de travailler encore plus en partenariat ». L'avantage de cette impression de familiarité est la cohérence entre *Alliance* et leurs pratiques (p. ex. : « on se reconnaît dans l'approche »; « une philosophie qui nous colle ») et est perçue comme la suite logique d'un travail en partenariat déjà amorcé dans le territoire. Néanmoins, comprendre qu'il ne s'agit pas d'un programme « clé en main », mais plutôt de principes directeurs, n'a pas été simple : « Juste comprendre que c'était juste une philosophie d'intervention, ça pris du temps ». Au terme de l'évaluation, il n'y avait pas encore d'activités cliniques concrètes désignées *Alliance* auprès des familles dans ce territoire. Le CSSS est confronté à des difficultés dans l'identification des familles concernées et une surcharge de travail importante pour les intervenants impliqués dans le programme-cadre. *Alliance* a cependant favorisé un questionnement collectif sur la problématique de la négligence, menant à la mise en place d'une pratique de soutien clinique destiné aux intervenants qui œuvrent auprès des familles négligentes : « ça a allumé si on veut des lumières (...). C'est une préoccupation qui s'est retrouvée dans la communauté ».

**Territoire 4.** Le territoire 4 se caractérise par une grande mobilisation des partenaires ainsi que par une démarche active d'appropriation du programme-cadre *Alliance* en vue de l'implanter le plus largement possible. Des quatre territoires, c'est celui présentant les plus hauts degrés de mobilisation et d'appropriation.

Au regard de la mobilisation, *Alliance* avait été annoncée bien avant son démarrage, notamment par le biais de tables de concertation locales réunissant plusieurs partenaires des réseaux formel et informel, un membre du comité de suivi local avait également fait partie du comité de travail ayant élaboré *Alliance*. Bref, le programme-cadre était attendu dans plusieurs établissements prêts à s'engager. Des efforts particuliers ont également été consentis pour informer les partenaires quant à la pertinence et à l'importance de leur participation à *Alliance*. La qualité de la mobilisation des partenaires s'observe de différentes façons. D'abord, le comité de suivi local est composé de personnes représentant six organisations diversifiées, toutes engagées tôt dans la démarche et assidues (CSSS, deux CJ, CRDI, CPE, organisme communautaire). On s'est également assuré de la présence des partenaires aux événements rassembleurs, ce qui s'est traduit par une forte représentation du réseau informel à ces événements. Malgré tout, ce territoire souligne la nécessité de s'adjoindre d'autres partenaires jugés essentiels,

notamment le milieu scolaire. Les multiplicateurs *Alliance* et *AIDES* ne sont issus que du réseau formel.

Au regard de l'appropriation, ce territoire est le plus actif. « Les gestionnaires, là, à différents niveaux, tout le monde, dans le fond, valorisait le programme, y adhéraient, y croyait. [...] Il y a beaucoup plus de chances, à ce moment-là, que ça ait un impact [...] sur l'mise en œuvre ». Depuis le lancement d'*Alliance* dans ce territoire, diverses stratégies ont favorisé son appropriation par les partenaires. Par exemple, une vignette clinique a été proposée aux membres du comité de suivi local afin qu'ils développent une compréhension commune de la négligence selon le modèle conceptuel retenu. La présence de divers partenaires au comité de suivi local a également clarifié le mandat de chacun dans des situations *Alliance* : « Juste de dire deux organismes communautaires assis avec des institutions, pour moi, c'est une force, ce n'est pas courant, c'est ce qu'on souhaite toujours ». Malgré tout, des intervenants affirment ne pas voir la nouveauté, soulignant qu'ils travaillaient déjà avec les partenaires avant *Alliance*. Au moment de l'évaluation, l'arrimage entre *Alliance* et les services déjà existants étaient en cours et l'opérationnalisation d'*Alliance* reste à préciser, notamment à l'égard des outils de repérage de la clientèle cible et une définition claire du processus clinique.

En somme, il semble que dans ce territoire les conditions aient été plutôt favorables à l'arrivée d'*Alliance* et que son mise en œuvre est en bonne voie. Dans cette entreprise, la capacité d'une diversité de partenaires à se mobiliser autour d'un projet commun auquel tous adhèrent est palpable :

Je résumerais tout ça en disant le travail de partenariat, de concertation interétablissements, c'est tout le monde (...). Il n'y a pas juste les gestionnaires, mais, moi, je pense que tous les partenaires aussi ont fait en sorte que ça roule. Quand on a fait les sensibilisations, on les a faites conjointement. Ça a permis du réseautage aussi. Puis moi, c'est sûr, je reviens à la vision commune, qui fait qu'on parle tous le même langage, quand on parle d'*Alliance* maintenant aussi.

## Discussion

Les résultats de cette étude indiquent que différentes réalités de mise en œuvre d'un même programme-cadre peuvent exister au sein d'une même région. De fait, bien que le programme-cadre *Alliance* pose les assises de nouvelles pratiques fondées sur des outils et des approches de collaboration reconnues efficaces (CCJM-IU, 2013), sa mise en œuvre se heurte à deux enjeux importants qui modulent les changements souhaités dans les territoires. D'une part, les histoires territoriales montrent divers niveaux d'appropriation d'*Alliance*, une faible appropriation se traduisant par des difficultés à comprendre les principes directeurs, à saisir sa valeur ajoutée par rapport aux programmes déjà existants et à concevoir son application locale (en ordre croissant : territoires 1, 3 et 2), la plus forte appropriation étant caractérisée par une compréhension et une adhésion aux principes directeurs (p. ex. : définition de la maltraitance, philosophie sous-jacente) qui se traduit déjà par des actions (territoire 4). D'autre part, les expériences de



mise en œuvre montrent également une variabilité au niveau de la mobilisation des partenaires, allant de l'absence d'acteurs essentiels aux comités de suivi (territoires 1 et 2), passant par la présence de partenaires diversifié et l'identification de nouveaux partenaires à recruter (territoire 3), à la présence effective d'une diversité de partenaires jouant le rôle d'une courroie de transmission, favorables aux actions concertées, siégeant à la fois sur le comité de suivi et sur les tables de concertation enfance-famille du territoire (territoire 4).

L'ensemble de ces résultats suggère que le programme-cadre *Alliance* n'a pas encore atteint sa pleine maturité dans la région montréalaise et ce malgré les orientations gouvernementales mises de l'avant il y a dix ans pour soutenir l'offre de services en négligence dans la province (MSSS, 2007; MSSS, 2010). Certains territoires semblent au tout premier stade de déploiement d'une innovation sociale, appelé « exploration et adoption », étant encore à vérifier les besoins locaux auxquels *Alliance* pourraient répondre et à préparer son réel démarrage (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman et Wallace, 2005). Les territoires les plus avancés amorcent l'étape suivante, l'« installation du programme », qui désigne les activités préparatoires à l'arrivée des premiers clients qui bénéficieront de la nouvelle approche, comme la création des mécanismes de repérage et de référence des clients et la formation et mobilisation du personnel. Bref, de nombreuses étapes-clés restent à franchir avant d'affirmer qu'*Alliance* est pérenne et efficace.

Malgré les lacunes soulevées dans la littérature scientifique concernant le manque d'études évaluatives en négligence (Bérubé et al., 2013), force est donc de constater que les effets d'un tel programme dans la région montréalaise ne pourront être analysés tant que les deux enjeux de mise en œuvre relevés dans cette étude ne seront pas pris en considération. L'appropriation d'*Alliance* nécessite que les acteurs partagent une compréhension commune de ses contenus, de ses processus et de sa valeur ajoutée pour l'offre de services. La philosophie collaborative sous-jacente à *Alliance* et la flexibilité de sa mise en œuvre, par le biais de comités de suivi locaux responsables de l'implanter selon les couleurs propres aux territoires, constituent certainement des forces du programme-cadre. Or, de par son caractère novateur qui réclame la participation collective de plusieurs partenaires institutionnels et communautaires afin d'améliorer le mieux-être des familles, *Alliance* constitue davantage une forme d'innovation sociale (Réseau québécois en innovation sociale, 2011) ou de « philosophie d'intervention » qu'un programme structuré de type « clé en main » tel qu'attendu de certains territoires. Selon Ridde et Dagenais (2012), un programme est un ensemble cohérent, organisé et structuré d'objectifs, de moyens et de personnes qui l'animent sous le contrôle de personnes responsables de la qualité de sa formulation et de son fonctionnement en vue de transformer des situations. Dans le cas d'*Alliance*, des activités territoriales étaient attendues à des moments précis (p. ex. : réaliser un inventaire des ressources locales pour telle date), mais l'absence d'interventions cliniques prescrites et structurées a créé pour certains partenaires une incompréhension de la nature de la proposition et de son application clinique, d'autant que le terme « programme » est accolé à la proposition (programme-cadre), ce qui peut avoir contribué à une certaine confusion. Bien qu'*Alliance* ait permis une compréhension commune de la négligence et de l'importance de la collaboration dans certains territoires, une réelle appropriation par les communautés locales ne pourra s'actualiser que si les

conditions s'y prêtent, notamment l'identification d'une personne responsable du dossier, la nécessité pour les organisations de porter les valeurs mises de l'avant dans *Alliance* et d'en faire la promotion, la mise en place d'actions concrètes permettant d'atteindre les cibles du programme, une offre de formations régulière et un soutien constant (Dufour et al., 2015; Durlak et al., 2008; Klein, Laville et Moulaert, 2004).

Une innovation sociale de qualité est forcément bien confectionnée, mais elle trouve aussi de véritables preneurs, c'est-à-dire qu'elle intéresse des acteurs qui voient son potentiel et estiment qu'elle est utile et adéquate (Bilodeau, Chamberland et White, 2002). Ainsi, la manière dont elle s'installe peut se comprendre en examinant comment une communauté se mobilise face au projet innovant (Bilodeau et al., 2002; Callon et Latour, 1986). Le succès de la mise en œuvre de l'innovation, dans ce cas-ci *Alliance*, repose, en partie, sur sa capacité à mobiliser une masse critique d'acteurs issus de divers réseaux qui n'ont pas nécessairement l'habitude de se côtoyer et qui, pourtant, doivent donner un sens commun au projet et rendre crédible son action (Akrich, Callon et Latour, 2006). Cette mobilisation permet notamment la circulation des connaissances, ce qui a pour effet d'augmenter la capacité d'agir de la communauté (Réseau québécois en innovation sociale, 2011). Dans la présente étude, la mobilisation des acteurs a été rendue possible par la présence de différents partenaires des réseaux formels et informels aux comités de suivi ainsi que par la planification d'évènements rassembleurs. Alors que certains territoires ont vu un seul partenaire réellement impliqué, d'autres ont su mobiliser un plus grand nombre de partenaires et même identifier de nouveaux acteurs potentiels. Ces degrés de mobilisation variables peuvent avoir été influencés par divers facteurs dans les territoires, dont l'histoire de collaboration antérieure entre les réseaux public et communautaire, le roulement des gestionnaires au sein des établissements publics et le niveau de connaissance des lignes directrices du programme-cadre avant son arrivée dans le territoire.

Au regard des formations offertes par l'initiative AIDES, on note que dans les territoires où la mobilisation et l'appropriation sont les plus faibles, il y a moins de multiplicateurs formés aux outils et aux principes de AIDES que dans les territoires où ces dimensions sont plus élevées. À ce titre, on pourrait penser que les formations agissent non seulement sur la mobilisation des partenaires, mais également comme catalyseur de la relation entre la mobilisation et l'appropriation. De fait, dans la présente étude, il semble y avoir une certaine symétrie entre le degré de mobilisation et d'appropriation dans une communauté, suggérant que les deux dimensions s'alimentent mutuellement (p. ex. : il n'existe de territoire avec un niveau très élevé de mobilisation et un niveau très faible d'appropriation). Ce constat rejoint divers concepts proposés par d'autres chercheurs, dont la disposition à agir des communautés (Oetting, Donnermeyer, Plested, Edwards, Kelly et Beauvais 1995) ainsi que les notions de capacité communautaire (Wandersman et al., 2006) et de compétence communautaire (Eng et Parker, 1994), qui postulent toutes de l'interdépendance à des degrés divers de l'appropriation et de la mobilisation dans la disposition à agir d'une communauté pour un changement social.

En somme, non seulement le réseau d'acteurs est nécessaire au processus de changement, mais l'appropriation constitue une condition essentielle (Rollin et

Vincent, 2007). La nouveauté proposée doit susciter une motivation, un intérêt et une volonté d'utilisation de la part des acteurs, soit par son intégration dans leurs pratiques courantes ou son utilisation directe par les familles. De plus, une appropriation nécessite que les acteurs du changement jouent un rôle dynamique qui les amène à participer activement au processus innovant en cours. Ainsi, le degré d'appropriation des acteurs face au programme s'apparente à la propension d'une communauté à poser des actions dans le but de résoudre un problème auquel elle est confrontée (Oetting et al., 1995). Inspiré du modèle des stades de changement d'un individu dans le succès d'un traitement psychothérapeutique (Prochaska, DiClemente et Norcross, 1992), la disposition à agir d'une communauté éclaire sur sa motivation à devenir preneuse d'une proposition innovante et permet d'identifier les résistances au changement dans sa mise en œuvre. Dans la présente étude, la mise en œuvre d'*Alliance* a montré qu'il existe certes des difficultés sur le plan de la mobilisation et de l'appropriation, mais également que le projet peut être porteur de changements si les conditions s'y prêtent.

### Conclusion

La présente étude s'inscrit dans une évaluation plus large s'intéressant à la première phase de déploiement du programme-cadre *Alliance* dans quatre territoires de CSSS contrastés au regard de leurs caractéristiques. Une étude de cas qualitative, multisources, a d'abord permis de dégager deux enjeux névralgiques au cœur des expériences territoriales : l'appropriation du programme-cadre par les acteurs et leur mobilisation en vue de le mettre en œuvre. La comparaison des récits territoriaux a également permis de rendre explicite la gradation des territoires selon ces enjeux. La méthode a permis une compréhension approfondie des expériences à l'étude; l'utilisation de plusieurs sources et la résolution par consensus des divergences d'interprétation entre analystes contribuent à la validité des conclusions. Par contre, la participation aux entrevues de groupe a été inégale entre les territoires et le point de vue des partenaires absents n'a pas pu être pris en compte dans les analyses, ou seulement indirectement par le biais des perceptions des autres personnes présentes à leur sujet. Les entrevues étant réalisées en groupe, il est aussi possible que des opinions divergentes n'aient pas été émises, ou des sujets sensibles pas abordés.

Diverses recommandations ont été émises aux promotrices du programme-cadre à la suite de l'analyse des résultats de sa mise en œuvre (Dufour et al., 2015). Celles-ci ont été considérées dans la révision du programme-cadre établie en concertation avec les acteurs impliqués dans son déploiement sur le territoire. Entre autres recommandations, les évaluateurs préconisent la prévision d'allocation de temps nécessaire à l'intégration des principes et des outils d'*Alliance* dans les services actuels, ainsi que la considération du contexte particulier de mise en œuvre, notamment au regard des caractéristiques du réseau local d'acteurs (composition et dynamique des partenariats) de manière à ajuster le soutien régional en fonction des besoins locaux. Les recommandations mettent aussi l'accent sur l'importance de favoriser le soutien organisationnel en sensibilisant les directions d'organisations concernées et en les mettant à profit dans la planification de la mise en œuvre. Enfin, elles encouragent la participation de certains types

d'acteurs incontournables au partenariat (p. ex. : les écoles) et surtout, de rendre le processus clinique d'intervention accessible et concret le plus rapidement possible en offrant les activités de sensibilisation et les formations tôt dans la démarche et en présentant dès le début les outils cliniques.

## Références

- Akrich, M., Callon, M. et Latour, B. (2006) *Sociologie de la traduction : textes fondateurs*. Paris, France : Presses des Mines.
- Balfe, R. et Horne, D. (1997). *Responding to families in need: Inspection of assessment, planning and decision-making in family support services*. London, Angleterre: Department of Health, Social Services Inspectorate.
- Bérubé, A., Coutu, S., Dubeau, D., Lafantaisie, V. et Devault, A. (2013). Propositions théoriques et pratiques pour l'évaluation de programmes en négligence. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 27(1), 93-115
- Bérubé, A., Lafantaisie, V., Coutu, S., Dubeau, D., Caron, J., Couvillon, L. et Giroux, M. (2015). Élaboration d'un outil écosystémique et participatif pour l'analyse des besoins des enfants en contexte de négligence : L'outil Place aux parents. *Revue de psychoéducation*, 44(1), 105-120.
- Bilodeau, A., Chamberland, C. et 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.
- Callon, M. et Latour, B. (1986). Les paradoxes de la modernité. Comment concevoir les innovations? *Perspective et Santé*, 36, 13-25.
- Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire [CJM-IU]. (2013). *Programme-cadre montréalais en négligence : programme Alliance – un réseau pour le mieux-être de l'enfant et sa famille*. Document adopté à la Table régionale des directeurs du programme-services Jeune en difficulté le 19 novembre 2012. Montréal, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire.
- Chamberland, C., Dufour, S., Lemay, L., Clément, M-È., Lessard, D. et Poirier, M.-A. (2015). L'analyse écosystémique et participative des besoins des enfants vulnérables au Québec : 15 ans de recherche et d'intervention. *Revue de psychoéducation*, 44(2), 459-470.
- Chamberland, C., Lacharité, C., Lessard, D., Dufour, S., Lemay, L. et Clément, M-È. (2015). L'initiative AIDES: Une approche centrée sur les besoins des enfants vulnérables. Dans S. Léveillé, M.-A. Poirier et M.-È. Clément (dir.), *Jeunesse en tête : au-delà du risque, les besoins de développement des enfants* (p. 103-126). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Chamberland, C., Léveillé, S. et Trocmé, N. (2007). *Enfants à protéger, parents à aider : des univers à rapprocher*. Sainte-Foy, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Chamberland, C., Lessard, D., Lacharité, C., Dufour, S., Lemay, L., Clément, M-E. . . Paré, C. (2012). *Recherche évaluative de l'initiative AIDES: Rapport final*. Présenté à la Stratégie nationale de prévention du crime du gouvernement du Canada (SNCP), en collaboration avec le ministère de la Sécurité publique du Québec. Montréal, QC: Université de Montréal.
- Clément, M.-È., Bérubé, A. et Chamberland, C. (2016). Prevalence and risk factors of child neglect in the general population. *Public Health*, 138, 86-92.
- Clément, M.-È. et Chamberland, C. (2007). Physical violence and psychological aggression towards children: Five-year trends in practices and attitudes from two population surveys. *Child Abuse and Neglect*, 31(9), 1001-1011.

- Department of Health (2000). *Framework for the assessment of children in need and their Families*. London, United Kingdom: The Stationery Office
- Dufour, S., Clément, M.-È., Milot, T. et Léveillé, S. (2015). *Évaluation de la mise en œuvre et des processus du programme-cadre montréalais en négligence Alliance. Rapport de recherche final*. Montréal : Université de Montréal, École de psychoéducation.
- Éthier, L. S., Couture, G., Lacharité, C. et Gagnier, J.-P. (2000). Impact of a multidimensional intervention program applied to families at risk for child neglect. *Child Abuse Review*, 9, 19–36.
- Eng, E. et Parker, E. (1994). Measuring community competence in the Mississippi Delta: The interface between program evaluation and empowerment. *Health Education & Behavior*, 21(2), 199-220.
- English, D. J., Wingard, T., Marshall, D., Orme, M. et Orme, A. (2000). Alternative responses to child protective services: Emerging issues and concerns. *Child Abuse and Neglect*, 24(3), 375-388.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. et Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231).
- Gerring, J. (2017). *Case study research*. 2e Edition. New-York, NY: Cambridge University Press.
- Harden, B. J. et Whittaker, J. V. (2011). The early home environment and developmental outcomes for young children in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 33(8), 1392-1403.
- Hardiker, P., Atkins, B., Barker, M., Brunton-Reed, S., Exton, K., Perry, M. et Pinnock, M. (2002). A framework for conceptualising need and its application to planning and providing services. Dans H. Ward et W. Rose (dir.), *Approaches to needs assessment in children's services* (p. 49-70). London, OH: Jessica Kingsley.
- Hélie, S., Collin-Vézina, D., Turcotte, D., Trocmé, N. et Girouard, N. (2017). Étude d'incidence québécoise sur les signalements évalués en protection de la jeunesse en 2014 (ÉIQ-2014). Rapport final déposé à la Direction des jeunes et des familles du MSSS. Montréal, Centre intégré universitaire de santé et services sociaux-Centre sud de l'Île-de-Montréal, 119 p.
- Jonson-Reid, M. et Barth, R. P. (2000). From maltreatment report to juvenile incarceration: The role of child welfare services. *Child Abuse and Neglect*, 24(4), 505-520
- Klein, J.-L., Laville, J. L. et Moulaert, F. (2004). L'innovation sociale : repères introductifs. Dans J.-L. Klein, A. Camus, C. Jetté, C. Champagne et M. Roy (dir), *La transformation sociale par l'innovation sociale* L'innovation sociale (p. 7-44). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Krueger, R. A. (2000). *Focus groups: a practical guide for applied research* (3e ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lacharité, C. (2009). L'approche participative auprès des familles Dans C. Lacharité et J.-P. Gagnier (dir.), *Comprendre les familles pour mieux intervenir : repères conceptuels et stratégies d'action* (p. 157-182). Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- Lacharité, C. (2013). *La négligence envers les enfants : besoins des enfants, responsabilités parentales et actions sociales*. Source : [http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Coup\\_d'oeil\\_sur\\_la\\_n%3%a9gligence.aspx/](http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Coup_d'oeil_sur_la_n%3%a9gligence.aspx/)
- Lacharité, C., Éthier, L. S. et Nolin, P. (2006). Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie*, 59(4), 381-394.
- Landsverk, J., Brown, H. C., Reutz, J. R., Palinkas, L. et Horwitz, S. M. (2011). Design elements in implementation research: A structured review of child

- welfare and child mental health studies. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38, 54–63.
- Léveillé, S. et Chamberland, C. (2010). Toward a general model for child support and protection services : A meta-evaluation of international experiences regarding the adoption of the Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families (FACNF). *Children and Youth Services Review*, 32(7), 929-944.
- Maguire, S. A., Williams, B., Naughton, A.M., Cowley, L. E., Mann, M. K., Teague, M. et Kemp, A.M. (2015). A systematic review of the emotional, behavioural and cognitive features exhibited by school-aged children experiencing neglect or emotional abuse. *Child: Care, Health and Development*, 41(6), 641-653.
- Miles, M. et Huberman, M. A. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2e ed.). Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2007). *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience - Programme-services Jeunes en difficulté : offre de services 2007-2012* (Publication no 09-838-04). Québec, QC: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2010). *Plan stratégique 2010-2015* (Publication no 10-717-02F). Québec, QC : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. et Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-Analysis. *Plos Medicine*, 9(11), 1-31.
- Oetting, E. R., Donnermeyer, J. F., Plested, B. A., Edwards, R. W., Kelly, K. et Beauvais, F. (1995). Assessing community readiness for prevention. *International Journal of the Addictions*, 30, 659–683.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, France : Armand Colin.
- Poirier, M.-A., Léveillé, S. et Clément, M.-È. (2015). *Jeunesse en tête : au-delà du risque, les besoins de développement des enfants*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.H., Laperrière, A., Mayer, R. et Pires, A. P. (1997). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal, Qc : Gaëtan Morin Éditeur.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. et Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Réseau québécois en innovation sociale. (2011). *Favoriser l'émergence et la pérennisation des innovations sociales au Québec. Synthèse des travaux de la communauté d'intérêt en innovation sociale*. Québec, Qc : Les Presses de l'Université du Québec.
- Ridde, V. et Dagenais, C. (2012). *Approches et pratiques en évaluation de programmes : Nouvelle édition revue et augmentée* (2e éd.). Montréal, QC: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Rollin, J. et Vincent, V. (2007). *Acteurs et processus d'innovation sociale au Québec*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Sandau-Beckler, P., Salcido, R., Beckler, M. J., Mannes, M. et Beck, M. (2002). Infusing family-centered values into child protection practice. *Children and Youth Services Review*, 24(9-10), 719-741.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J. et van Ijzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 345-355.

- Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Sinha, V., Black, T., Fast, E. ... Holroyd, J. (2010). *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect – 2008: Major Findings*. Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada.
- Tunnard, T. (2002). Matching needs and services: emerging themes from its application in different social care settings. Dans H. Ward et W. Rose (dir.), *Approaches to needs assessment in children's services* (p. 99-126). London, OH: Jessica Kingsley.
- Wandersman, A., Clary, E. G., Forbush, J., Weinberger, S. G., Coyne, S. M. et Duffy, J. L. (2006). Community organizing and advocacy: Increasing the quality and quantity of mentoring programs. *Journal of Community Psychology*, 34(6), 781-799.
- Ward, H., Brown, R., Westlake, D. et Munro, E. R. (2010). *Infants suffering, or likely to suffer, significant harm: a prospective longitudinal study*. Repéré à <https://www.education.gov.uk/publications/RSG/AllPublications/Page1/DFE-RB053>
- Ward, H. et Peel, M. (2002). An inter-agency approach to needs assessment in children's services. Dans H. Ward et W. Rose (dir.), *Approaches to needs assessment in children's services* (p. 217-234). London, OH: Jessica Kingsley.
- Wulczyn, F., Daro, D., Fluke, J., Feldman, S., Glodek, C. et Lifanda, K. (2010). *Adapting a systems approach to child protection key concepts and considerations*. Repéré à <http://resourcecentre.savethechildren.se/node/2778>
- Young, S. (2011). *Programme-cadre montréalais en négligence : modèles, applications, programmes en négligence*. Document adopté à la Table régionale des directeurs du programme-services Jeunes en difficulté le 21 novembre 2011. Montréal, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire.