Titre du projet : Recherche évaluative de l'initiative AIDES

Numéro du projet: 6150-U1

Rapport final d'évaluation présenté à :

La Stratégie nationale de prévention du crime du gouvernement du Canada, en collaboration avec le ministère de la Sécurité publique du Québec

Juillet 2012

Ce rapport final a été produit par :

Chercheurs
Claire Chamberland
Chercheuse principale
Université de Montréal

Carl Lacharité
Co-chercheur
Université du Québec à Trois-Rivières

Marie-Ève Clément
Chercheuse
Université du Québec en Outaouais

Sarah Dufour
Chercheuse
Université de Montréal

Louise Lemay
Chercheuse
Université de Sherbrooke

Personnel de recherche
Danielle Lessard
Coordonnatrice de recherche
Université de Montréal

Véronique Bouchard
Agente de recherche
Université de Montréal

Stéphanie Plourde
Agente de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières

Guylaine Fafard
Agente de liaison
Université du Québec à Trois-Rivières

Marc Ludvik
Chargé de projets technologiques et informatiques
Université du Québec à Trois-Rivières

Sophie Léveillée
Agente de recherche
Université de Montréal

Roxane Larocque
Agente de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières

Assistantes de recherche
Université de Montréal
Patricia Martins
Véronique Menand
Valérie Mercier
Alexandra Breton

Université du Québec à Trois-Rivières
Vanessa Comtois
Caroline Paré

Les opinions exprimées dans le présent rapport sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles du Centre national de prévention du crime ni du ministère de la Sécurité publique et de la Protection.

Table des matières

1. LA PROBLÉMATIQUE DES MAUVAIS TRAITEMENTS 11

1.1 AMPLEUR, NATURE ET CONSÉQUENCES DE LA MALTRAITANCE 11
1.2 LA VICTIMISATION DES ENFANTS : UN FACTEUR DE RISQUE ÉTROITEMENT ASSOCIÉ À LA CRIMINALITÉ .. 12
1.3 LES PROBLÉMATIQUES ASSOCIÉES : DES MENACES QUI SE CUMULENT, DES DÉFIS QUI S'ADDITIONNENT 15

2. LES RÉPONSES 18

2.1 LES CONSTATS DES RECHERCHES ÉVALUATIVES DES PROGRAMMES IMPLANTÉS AUPRÈS DES FAMILLES SUIVIES EN PROTECTION DE LA JEUNESSE 18
2.2 LES APPROCHES DE PROTECTION ET D'INTERVENTION EN CONTEXTE DE PROTECTION DE LA JEUNESSE... 22
2.3 L'EXPÉRIENCE BRITANNIQUE 32
2.4 EN CONCLUSION 40

3. DESCRIPTION DE L'INITIATIVE AIDES 41

3.1 MISSION ET OBJECTIFS 41
3.2 BASES THÉORIQUES 42
3.2.1 Théorie du problème 42
3.2.2 Théorie de l'action 42
3.3 LES FAMILLES VISÉES 46
3.4 LES TERRITOIRES CIBLÉS 47
3.5 CONTEXTE DE PRATIQUE DANS LEQUEL S'EXPÉRIMENTE L'INITIATIVE AIDES 49
3.5.1 Description des milieux de pratique 49
3.5.2 Intervenants interpellés par l'implantation 50
3.5.3 Programmes dans lesquels s'inscrit l'initiative AIDES 50
3.6 LA DÉMARCHE D'INTERVENTION PROPOSÉE DANS LE CADRE DE L'IMPLANTATION 55
3.7 ACTIVITÉS PRÉVUES POUR SOUTENIR L'IMPLANTATION DE L'INITIATIVE AIDES 65
3.7.1 Rencontres d'intéressement 67
3.7.2 Formations 67
3.7.3 Rencontres de co-développement 67
3.7.4 Rencontres individuelles 68
3.7.5 Documents de soutien 69
3.7.6 Modes de communication avec les milieux 69
3.8 STRUCTURES DE SOUTIEN ET MODE DE FONCTIONNEMENT 69
3.8.1 Équipe de recherche 69
3.8.2 Comité consultatif 70
3.8.3 Comités locaux de coordination 70
3.8.4 Comité d'évaluation 71
3.9 PLUS-VALUE DE L'INITIATIVE AIDES 71
3.10 RETOMBÉES ESPÉRÉES ET CONCLUSION 72

4. RECHERCHE ÉVALUATIVE DE L'INITIATIVE AIDES 73

4.1 BUT ET OBJECTIFS GÉNÉRAUX 73
4.2 QUESTIONS ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE 73
4.3 DESCRIPTION DES PARTICIPANTS, RECRUTEMENT ET CONSTITUTION DE L'ÉCHANTILLON 75

4.4 Recrutement et constitution de l'échantillon 79
4.5 Collecte, traitement et analyses des données – volets évaluation de l'implantation et des effets 80
4.6 Volet évaluation de l'implantation 80
4.6.1 Est-ce que la clientèle rejointe correspond à la clientèle ciblée? (question 1) 81
4.6.2 Dans quelle mesure l'implantation de l'initiative correspond-elle à ce qui était prévu? (question 2) 83
4.6.3 Quelles conditions de pratique ont influencé la mise en œuvre de l'initiative? 86
4.6.4 Comment les participants perçoivent-ils les moyens expérimentés? 88
4.6.5 Quels changements additionnels sont nécessaires afin d'adapter le modèle britannique au système québécois de services sociaux? 90
4.7 Évaluation des effets 90
4.8 Considérations éthiques 95

5. RÉSULTATS DU VOLET ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION 100

5.1 Est-ce que la clientèle rejointe correspond à la clientèle ciblée? (question 1) 100
5.1.1 Avons-nous recruté les participants prévus dans l'étude? 100
5.1.2 Le groupe AIDES est-il comparable au groupe témoin? 103
5.2 L'initiative AIDES a-t-elle favorisé le développement de pratiques professionnelles axées sur la participation/collaboration des parents? 106
5.2.1 L'expérience des participants à l'initiative AIDES. 106
5.2.2 L'expérience comparée avec les pratiques courantes 114
5.3 Quelles conditions de pratique ont influencé l'implantation de AIDES? (question 3) 117
5.3.1 Description des conditions de pratique dans l'ensemble des sites 117
5.3.2 La situation particulière d'un site d'implantation 124
5.4 Comment les participants perçoivent-ils les moyens proposés dans le cadre de l'implantation? (question 4) 127
5.4.1 Défis reliés aux moyens promus par AIDES 127
5.4.2 Facilitants 128
5.4.3 Obstacles contribuant au maintien des défis 129
5.4.4 Avantages 130
5.4.5 Inconvénients 133

6. RÉSULTATS DU VOLET D'ÉVALUATION DES EFFETS 137

7. DISCUSSION GÉNÉRALE ET CONCLUSION 147

7.1 Portrait des familles rejointes et évolution des enfants et des familles exposés à AIDES 147
7.2 Implantation d'AIDES : qu'avons-nous réussi, que reste-t-il à faire? 148
7.3 Des analyses à venir 151
7.4 Et l'avenir? 151

8. LEÇONS ET RECOMMANDATIONS 153

9. EXPOSÉ SOMMAIRE DES FAITS 158

10. ESTIMATION DU COÛT D'UNE INTERVENTION RÉALISÉE AUPRÈS D'UNE FAMILLE 162

10.1 Méthode de collecte de l'information 163
10.2 Résultat 164
10.3 Conclusion 166

RÉFÉRENCES 167

Liste des figures

FIGURE 1 : CADRE DE RÉFÉRENCE BRITANNIQUE 36
FIGURE 2 : MODÈLE LOGIQUE DE L'ÉVALUATION DE L'INITIATIVE AIDES 46
FIGURE 3 : CADRE D'ANALYSE 56
FIGURE 4.1 : CADRE ILLUSTRÉ/RECTO 58
FIGURE 4.2 : CADRE ILLUSTRÉ/VERSO 59
FIGURE 5 : APPROCHE PARTICIPATIVE AUPRÈS DES MEMBRES DE LA FAMILLE 63
FIGURE 6 : SITUATION GÉOGRAPHIQUE DES RÉGIONS ET TERRITOIRES IMPLIQUÉS DANS LA RECHERCHE ÉVALUATIVE DE L'INITIATIVE AIDES 77
FIGURE 7 : RÉPARTITION PRÉVUE DES ENFANTS À RECRUTER DANS LE GROUPE AIDES ET LE GROUPE TÉMOIN 78
FIGURE 8 : RÉPARTITION RÉELLE DES ENFANTS RECRUTÉS DANS LE GROUPE AIDES ET LE GROUPE TÉMOIN 79
FIGURE 9 : PRISES DE MESURE AUPRÈS DES FAMILLES PARTICIPANT À LA RECHERCHE ÉVALUATIVE DE L'INITIATIVE AIDES 96
FIGURE 10 : PRISES DE MESURE AUPRES DES INTERVENANTS PARTICIPANT A LA RECHERCHE EVALUATIVE DE L'INITIATIVE AIDES 97

Liste des tableaux

TABLEAU 1 : RÔLE DE L'ÉTAT PAR RAPPORT À L'ENFANT ET À LA FAMILLE DANS TROIS FORMES DE RÉPONSE AUX SITUATIONS DE MALTRAITANCE (TIRÉ DE GILBERT, PARTON ET SKIVENES, 2011) 28
TABLEAU 2 : AMPLEUR DES MAUVAIS TRAITEMENTS 48
TABLEAU 3 : FACTEURS DE RISQUES ASSOCIÉS AUX MAUVAIS TRAITEMENTS 48
TABLEAU 4 : SYNTHÈSE DE L'ARRIMAGE DES COMPOSANTES DE L'INITIATIVE AIDES AVEC LES PROGRAMMES EN COURS DANS LES MILIEUX DE PRATIQUE OÙ S'EXPÉRIMENTE AIDES 53
TABLEAU 4 SUITE : SYNTHÈSE DE L'ARRIMAGE DES COMPOSANTES DE L'INITIATIVE AIDES AVEC LES PROGRAMMES EN COURS DANS LES MILIEUX DE PRATIQUE OÙ S'EXPÉRIMENTE AIDES 54
TABLEAU 5 : SYNTHÈSE DES ACTIVITÉS PRÉVUES POUR SOUTENIR L'IMPLANTATION DE L'INITIATIVE AIDES 66
TABLEAU 6 : DESCRIPTION DES TYPES DE PARTICIPANTS ET DES CRITÈRES DE SÉLECTION 75
TABLEAU 7 : EST-CE QUE LA CLIENTÈLE REJOINTE CORRESPOND À LA CLIENTÈLE CIBLÉE? 82
TABLEAU 8 : L'INITIATIVE AIDES A-T-ELLE FAVORISÉ LE DÉVELOPPEMENT DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES AXÉES SUR LA PARTICIPATION/COLLABORATION DES PARENTS? 84
TABLEAU 9 : QUELLES CONDITIONS DE PRATIQUE ONT INFLUENCÉ L'IMPLANTATION DE L'INITIATIVE? 87
TABLEAU 11 : SCORE OBTENU AUX DIMENSIONS QUANTITATIVE ET QUALITATIVE DU CABE 92
TABLEAU 12 : ÉVALUATION DES EFFETS 94
TABLEAU 13 : DESCRIPTION DES MESURES STANDARDISÉES UTILISÉES DANS LE CADRE DE LA RECHERCHE ÉVALUATIVE DE L'INITIATIVE AIDES 98
TABLEAU 14 : FACTEURS DE RISQUES ASSOCIÉS AUX MAUVAIS TRAITEMENTS 101
TABLEAU 15 : ENFANT, RÉPONDANTS PRINCIPAUX ET FAMILLES RECEVANT DES SERVICES DE PLUS DE 3 ORGANISATIONS/SECTEURS DE SERVICES 101
TABLEAU 17 : VICTIMISATION DE L'ENFANT 103
TABLEAU 18 : ADAPTATION DES FIGURES PARENTALES À LEUR RÔLE ET EXERCICE DE LEURS RESPONSABILITÉS ENVERS L'ENFANT. 103
TABLEAU 19 : DIFFÉRENCES SIGNIFICATIVES ENTRE LE GROUPE AIDES ET TÉMOIN SELON LES DIMENSIONS ANALYSÉES. 105

TABLEAU 20 : LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES QUI INFLUENCENT LA PARTICIPATION/COLLABORATION DES PARENTS. 116
TABLEAU 21 : CONDITIONS DE PRATIQUE AYANT FACILITÉ OU ENTRAVÉ L'IMPLANTATION DE AIDES DU POINT DE VUE DES PARTICIPANTS 126
TABLEAU 22 : DÉFIS, FACILITANTS ET OBSTACLES RENCONTRÉS PAR LES INTERVENANTS..... 135
TABLEAU 22 SUITE : AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS RAPPORTÉS PAR LES INTERVENANTS 136
TABLEAU 23 : ÉVOLUTION DES MOYENNES DANS LE TEMPS AUX MESURES DES EFFETS PROXIMAUX..... 138
TABLEAU 24 : ÉVOLUTION DES MOYENNES DANS LE TEMPS AUX MESURES DES EFFETS INTERMÉDIAIRES..... 139
TABLEAU 25 : ÉVOLUTION DES MOYENNES DANS LE TEMPS AUX MESURES DES EFFETS ULTIMES..... 141
TABLEAU 26 : SALAIRE MOYEN DES PROFESSIONS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AU QUÉBEC, 2011 164
TABLEAU 27 : TEMPS D'INTERVENANT SELON LES CATÉGORIES DE RESSOURCES 165
TABLEAU 28: MATÉRIEL SELON LES CATÉGORIES DE RESSOURCES 166

Liste des annexes

ANNEXE 1 : DESCRIPTION DES DIMENSIONS DU CADRE D'ANALYSE..... 184
ANNEXE 2 : COLLECTE DE DONNÉES : ÉTAPES DU RECRUTEMENT ET DÉROULEMENT DE LA COLLECTE 188
ANNEXE A : DOCUMENTS UTILISÉS À L'IDENTIFICATION ET À LA RÉFÉRENCE DES ENFANTS DANS LE PROJET..... 198
ANNEXE 3 : DESCRIPTION DES OUTILS STANDARDISÉS..... 208
ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRES MAISON..... 218
ANNEXE 5 : RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION - EST-CE QUE LA CLIENTÈLE REJOINTE CORRESPOND À LA CLIENTÈLE CIBLÉE?(QUESTION 1).....262
ANNEXE 6 : COLLECTE D'INFORMATION AU DOSSIER USAGER.....280
ANNEXE 7 : SYNTHÈSE DES DIFFÉRENCES SIGNIFICATIVES ENTRE LE GROUPE AIDES ET TÉMOIN, AU PRÉ-TEST .ET AU POST-TEST.....284
ANNEXE 8 : COMMUNICATION DONNÉE DANS LE CADRE DU COLLOQUE ANNUEL SUR LA MALTRAITANCE 286
ANNEXE 9 : GRILLE DE COLLECTE DU TEMPS CONSACRÉ PAR SEMAINE À L'UTILISATION DES MOYENS PROMUS PAR L'INITIATIVE AIDES AUPRÈS D'UNE FAMILLE RÉFÉRÉE À LA RECHERCHE ÉVALUATIVE.....306

Index des abréviations

ACJQ	Association des centres jeunesse du Québec
AIDES	Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité
AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
ARSSS	Agences régionales de santé et des services sociaux
CABE	Cahier d'analyse des besoins des enfants
CAF	Common Assessment Framework
CDE	Convention relative aux droits de l'enfant
CÉR	Comités d'éthique de la recherche
CHSLD	Centres d'hébergement et de soins de longue durée
CH	Centre Hospitalier
CIDU-CJ	Collecte d'informations au dossier usager du Centre jeunesse
CIDU-CSSS	Collecte d'informations au dossier usager du Centre de santé et de service sociaux
CJ	Centre jeunesse
CJMCQ	Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
CNPC	Centre national de prévention du crime
CJM-IU/BN	Bureau Nord du Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire
CLSC	Centre local de services communautaires
CLSC AH	Centre local de services communautaires d'Ahuntsic
CLSC MN	Centre local de services communautaires de Montréal-Nord
CLSC CM	Centre local de services communautaires du Centre-de-la-Mauricie
CLSC D	Centre local de services communautaires de Drummond
CLSC SC	Centre local de services communautaires Suzor-Côté
CLSC É	Centre local de services communautaires de l'Érable
CPE	Centres de la petite enfance
CRDI/TED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement.
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSSA-MN	Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord
CSSSAÉ	Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable
CSSSBNY	Centre de santé et de services sociaux de Bécancour-Nicolet-Yamaska
CSSSD	Centre de santé et de services sociaux de Drummond
CSSSÉ	Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie
CSSSM	Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé
CSSSSO-V	Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun
CSSSTR	Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières
DPJ	Directeur de la protection de la jeunesse
EIQ	Étude d'incidence québécoise
EIC3	Troisième enquête d'incidence canadienne
ÉIJ	Équipes d'intervention jeunesse
GA	Groupe AIDES
GT	Groupe Témoin
LAC	Looking After Children

LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MT	Mauvais traitements
ND	Non disponible
NÉGS	Naître égaux - Grandir en santé
PAPFC2	Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire de seconde génération
PI	Plan d'intervention
PSI	Plan de services individualisé
PSII	Plan de services individualisé et intersectoriel
PSJP	Programme de soutien aux jeunes parents
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

L'initiative AIDES (Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité) est une innovation sociale qui a pour mission de favoriser et de soutenir les démarches de collaboration entre l'ensemble des réseaux qui œuvrent auprès d'enfants âgés de 9 ans et moins exposés à de multiples facteurs de risque qu'ils soient signalés ou non à la Direction de la protection de la Jeunesse.

La recherche qui en découle vise à évaluer sa mise en œuvre et son efficacité. Plus spécifiquement, deux objectifs sont poursuivis: 1) évaluer l'implantation de l'initiative AIDES et 2) évaluer ses effets sur les enfants et leurs figures parentales. Un échantillon de 184 enfants comprenant un groupe expérimental (n=99) et un groupe témoin (n=85) est constitué. Le recrutement des participants s'effectue dans huit territoires de CSSS et 2 centres jeunesse de la région de Montréal et de la Mauricie et du Centre du Québec.

Ce projet de recherche a débuté le 1 août 2007 et s'est terminé le 30 juin 2011. La période de recrutement des participants s'est déroulée entre le 1er juin 2008 et la fin janvier 2010. La collecte de données auprès de tous les participants de l'étude (enfant, figures parentales, intervenants et autres acteurs) a débuté le 1er juin 2008 et s'est poursuivie jusqu'en mars 2011.

Trois rapports ont été produits dans le cadre du projet.

Le premier rapport préliminaire d'évaluation, déposé en février 2009, a fourni des résultats préliminaires d'évaluation de l'implantation de l'initiative AIDES pour la période d'activités comprise entre le 1er août 2007 et le 31 décembre 2008. Au cours de cette période, deux principaux types d'activités ont été réalisés. Le premier, en lien avec l'intervention, a permis de soutenir les milieux impliqués dans l'implantation de l'initiative AIDES. Le deuxième, en lien avec la recherche, a consisté à l'identification des territoires de CSSS du groupe témoin, à l'obtention des certificats éthiques pour les territoires expérimentaux et témoins, à la formation du personnel étudiant choisi pour réaliser la collecte des données auprès des enfants recrutés, à l'organisation dans les milieux des activités de recrutement des participants des groupes AIDES et témoin et à la réalisation des pré-tests auprès des enfants et leurs parents. Ce rapport a aussi dressé le portrait des caractéristiques des enfants et des familles rencontrés entre juillet et décembre 2008 et a décrit les conditions de pratique dans lesquelles s'expérimente l'initiative AIDES.

Le deuxième rapport préliminaire d'évaluation a été produit en mai 2010. Il a permis de mettre à jour le devis de recherche afin de tenir compte des ajustements apportés tout au long de son évolution. Puis, il a produit un bilan de la collecte de données réalisée depuis le début du recrutement des participants. Finalement, il a présenté les résultats de la visite pré-test soit les caractéristiques des enfants et de leur famille, le développement cognitif/langagier, émotionnel de l'enfant ainsi que le degré de victimisation de l'enfant; l'adaptation au rôle parental et l'exercice des responsabilités parentales et la qualité de l'environnement familial et du questionnaire téléphonique sur le point de vue des parents sur leur expérience parentale d'être soutenus dans la

réponse aux besoins de leur enfant et à l'expérience parentale de contrôle et sur les services reçus. Plus spécifiquement, le rapport s'est intéressé aux deux questions suivantes: 1-Est-ce que la clientèle rejointe correspond à la clientèle ciblée? Et 2-est groupe AIDES est-il comparable au groupe témoin?

Le rapport final d'évaluation fait d'abord une mise à jour exhaustive de la problématique des mauvais traitements et des formes d'aide pouvant soutenir adéquatement les enfants et les familles et ainsi neutraliser de manière efficace la trajectoire de déviance ou d'exclusion des enfants victimes de maltraitance. Puis, l'innovation sociale initiative AIDES est décrite de manière détaillée. Dans la partie du rapport qui suit, le but et les objectifs, la construction de l'échantillon, la description de la méthode de collecte des données du volet de l'évaluation de l'implantation comprenant cinq questions de recherche et des effets de la recherche testant six hypothèses sont exposés. Par la suite, les résultats obtenus sont présentés pour les deux volets. Suivent une discussion générale et une conclusion qui favorisent une compréhension approfondie des résultats. Finalement, la dernière partie fait état des leçons apprises et des recommandations formulées pour une deuxième phase de l'initiative AIDES et une analyse du coût d'une intervention est présentée.

Remerciements

Cette recherche est le fruit de la collaboration de plusieurs personnes et organismes que nous remercions sincèrement.

- Les enfants, parents, intervenants et gestionnaires qui ont bien voulu nous accorder leur précieux temps pour répondre à de nombreux questionnaires et participer à des entrevues.

- La Centre national de prévention du crime qui a rendu possible ce projet de recherche grâce à son soutien financier.

- Les membres du comité de suivi qui ont assidument, dès le début du projet, apporté leur collaboration.

- Toutes les personnes et organisations qui ont cru à l'implantation de cette pratique novatrice.

L'équipe de recherche de l'initiative AIDES remercient les évaluatrices externes, Harriet Ward et Diane Dubeau, dont les commentaires instructifs ont permis d'améliorer le rapport de recherche.

1. La problématique des mauvais traitements

La trajectoire des enfants maltraités est bien souvent problématique; ainsi, la probabilité que ces enfants victimes s'inscrivent dans des parcours de délinquance et de criminalité est bien réelle. Cette première partie du rapport vise à décrire l'ampleur et les conséquences de ce problème social, en particulier au Canada et au Québec et à mettre en évidence la complexité des situations des familles suivies par les systèmes de protection.

1.1 Ampleur, nature et conséquences de la maltraitance

La violence et la négligence à l'égard des enfants constituent un problème social majeur. Chaque année, entre 4 et 16 % des enfants sont physiquement abusés et un enfant sur dix enfants est négligé ou psychologiquement abusé (Gilbert, Widom*, et al.*, 2009). En 1998, près de 22 enfants canadiens sur 1000 ont fait l'objet d'un signalement (Trocmé *et al.*, 2001) Entre 1998 et 2008, selon la troisième Enquête d'incidence canadienne (*EIC3*), cette proportion a augmenté de 82 %, passant d'un taux de 21,47 à 39,16 pour 1000 enfants (Trocmé *et al.*, 2010). Plus inquiétant encore, le taux de signalements corroborés double durant cette même période (9,21/1000 à 16,19/1000). Les problématiques identifiées sont la négligence (34 %), l'exposition à la violence conjugale (34 %), la violence physique (20 %), la violence psychologique (9 %) et l'abus sexuel (3 %)[1]. Qui plus est, les enfants exposés à une forme de mauvais traitements (MT) sont souvent exposés également à d'autres formes de MT, phénomène souvent sous-estimé dans les statistiques administratives (Gilbert, Widom*, et al.*, 2009).

Les enfants victimes de MT sont plus susceptibles de présenter des problèmes physiques, psychologiques, cognitifs et comportementaux (English *et al.*, 2005; Gilbert, Widom*, et al.*, 2009; Kendall-Tackett et Giacomoni, 2005; Peirson, Laurendeau et Chamberland, 2001; Ward, Brown, Westlake et Munro, 2010). Plus spécifiquement, l'EIC3 révèle qu'un enfant sur deux, pour qui le signalement est fondé, présente un problème de fonctionnement. Quarante-six pour cent de ces enfants présentent des problèmes de comportement, notamment de l'hyperactivité et un déficit d'attention (11 %), de l'agressivité (15 %) et des problèmes d'attachement (14 %). Des problèmes intériorisés sont aussi observés, comme la dépression, l'anxiété et l'isolement (19 %). Enfin, plusieurs problèmes reliés à l'adaptation scolaire laissent entrevoir pour l'avenir de ces enfants d'éventuelles difficultés d'insertion socioprofessionnelle, voire d'exclusion sociale et économique : difficultés scolaires (23%), déficience intellectuelle et trouble du développement (11 %). Le risque que ces enfants connaissent des trajectoires de re-victimisation est également accru. Finkelhor, Ormrod, Turner et Hamby (2005) ont constaté que des jeunes victimes d'abus physiques sont plus susceptibles d'être exposés à la violence publique alors que des enfants victimes d'abus

[1] Ces pourcentages réfèrent aux cas fondés.

émotionnels sont non seulement plus souvent victimes de négligence parentale, mais aussi plus victimes d'agressions par leurs pairs, d'agressions sexuelles et d'agressions sur leur propriété.
En somme, des expériences de victimisation génèrent des problèmes d'adaptation sérieux, de rejet et le risque d'être victime d'agressions dans les sphères privées et publiques. De plus, la capacité d'insertion sociale et économique future des enfants maltraités, en particulier ceux qui ont été négligés, est compromise, ce qui se traduit par une probabilité accrue d'être sous scolarisés, avoir de faibles revenus ou être sur le chômage (Currie et Widom, 2010).

1.2 La victimisation des enfants : Un facteur de risque étroitement associé à la criminalité

Un nombre croissant de recherches mettent également en évidence des liens entre d'une part, l'expérience de la maltraitance durant l'enfance et l'adolescence et, d'autre part, la délinquance, la criminalité à l'âge adulte, ainsi que le recours à des comportements criminels violents (Gilbert, Kemp*, et al.*, 2009). Selon un ensemble de recherches tant prospectives que rétrospectives, les problèmes de comportement, les symptômes de stress post-traumatiques et les comportements criminels sont les conséquences les plus fortement associées à la victimisation des enfants en contexte familial (Gilbert, Widom*, et al.*, 2009) Dans l'EIC3, 1 789 jeunes en contact avec le Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) ont eu des démêlés avec la justice; cette probabilité est deux fois et demie plus élevée lorsque le jeune est négligé, problématique la plus prévalente dans les systèmes de protection de la jeunesse (Trocmé *et al.*, 2005).

Des données probantes

Six études prospectives réalisées auprès d'échantillons importants dans différentes régions des États-Unis confirment l'important lien entre la maltraitance et les trajectoires délinquantes et criminelles.

La *première étude* réalisée dans une région métropolitaine du Midwest permet de documenter la trajectoire de 908 enfants victimes d'abus et de négligence avant l'âge de 11 ans selon les dossiers de la protection de la jeunesse. Deux autres collectes d'information dans les cours juvéniles et criminelles ont été effectuées alors que les participants avaient en moyenne 25 ans en 1988 et plus de 32 ans en 1994. Ce groupe a été comparé à un échantillon de 667 enfants non victimes de maltraitance (Widom et Maxfield, 2001) Ainsi, être victime de maltraitance augmente la probabilité d'être arrêté à l'adolescence de 59 %, à l'âge adulte de 28 % et pour crime violent de 30 %. Les enfants maltraités ont tendance à être arrêtés plus jeunes (16,5 ans c. 17,3 ans) et plus fréquemment (5 arrestations et + : 17 % c. 9 %) et ils commettent près de deux fois plus de délits (2,4 c. 1,4). L'abus physique et la négligence sont les problématiques les plus associées à la déviance juvénile et criminelle comparativement à l'abus sexuel. Même si le taux de comportements criminels est plus élevé chez les hommes, la victimisation des femmes est également associée à la délinquance et la criminalité. En effet, elles ont

72 % plus de risque que le groupe témoin de s'engager dans des délits non violents et 8,2 % d'entre elles commettent des délits violents, comparativement à 3,6 % chez le groupe de comparaison.

La *seconde étude*, qui a été réalisée dans la région de New York, met également en évidence le fait que les mauvais traitements sont un facteur de risque de délinquance et de la violence auto-rapportée par le jeune, même lorsque la classe sociale, la structure familiale, le genre, la race ou l'origine ethnique sont contrôlés. La sévérité et la fréquence de la victimisation sont aussi associées à la récurrence des offenses (Kelley, Thornberry et Smith, 1997; Smith et Thornberry, 1995).

Une *troisième étude* menée en Caroline du Nord établit également qu'une expérience de victimisation accroît les risques de délinquance et de violence (Zingraff, Leiter, Myers et Johnsen, 1993).

La *quatrième étude* a été réalisée auprès de 160 000 enfants âgés de plus de 7 ans dont le signalement est retenu et évalué par les agences de protection dans 10 comtés en Californie. Plus de 1 200 enfants ont été incarcérés dans une institution à haute sécurité, les jeunes ciblés dans cette étude ont donc commis des délits sérieux (Jonson-Reid et Barth, 2000). Un groupe de comparaison a été constitué à partir de plus de 5 000 jeunes qui ont commis des délits comparables, mais sans histoire de maltraitance connue. D'abord, le risque de délinquance sévère est deux fois plus élevé lorsque le jeune a été maltraité. Ce risque augmente selon la nature des services reçus (signalement ou prise en charge, placement) pour les femmes, mais très peu pour les hommes. Cependant, on constate un risque plus élevé d'incarcération chez les Afro-Américains et les hispaniques dont le signalement fut évalué, mais pour lesquels aucun service n'a été offert (services à la famille ou placement). Également, les jeunes victimes de négligence sont plus à risque. Le jeune âge de la mère et la récurrence des signalements sont aussi des facteurs de risque. Dans les 10 comtés étudiés, près de 20 % des jeunes contrevenants incarcérés dans des environnements sécuritaires ont été signalés à la protection de la jeunesse. Il est important de noter que cette étude sous-estime possiblement l'ampleur des relations entre la victimisation et la délinquance sévère puisque l'échantillon ne comprend que des enfants de 7 ans et plus et ceux dont le signalement est retenu pour évaluation (ce qui représente 70 % des signalements d'enfants d'âge scolaire en Californie).

La *cinquième étude,* réalisée en Illinois, explore les relations entre les dossiers de mauvais traitements entre 1979 et 1985 et les dossiers de délinquance pour la période 1995-2000 (Ryan et Testa, 2005). Avoir été victime de MT augmente de 47 % la probabilité d'être identifié comme délinquant (âgé entre 10 et 16 ans). La récurrence de la maltraitance (3 ou plus incidents) augmente le risque de délinquance tant pour les garçons (1,78) que pour les filles (1,98) comparativement à des jeunes qui ont été victimes d'un seul incident. À l'instar des travaux de English, Widom et Brandford (2002), les jeunes placés sont encore plus à risque de délinquance que ceux qui ne l'ont

pas été (1,89 pour les garçons et 2,11 pour les filles). Cependant, c'est plutôt le nombre de placements (3 et +) qui augmente le risque de délinquance, particulièrement chez les garçons.

La *dernière étude* prospective a été réalisée auprès de 772 jeunes victimes de MT âgés de moins de 12 ans qui ont été repérés à la cour juvénile ou adulte entre 1967 et 1971 et qui ont maintenant en moyenne 31,8 ans. Les résultats montrent que la trajectoire de criminalité de jeunes victimes de mauvais traitement est influencée par l'expérience de placement et de délinquance (DeGue et Widom, 2009). Ainsi, ce n'est pas le placement, mais plutôt la trajectoire de placement (l'instabilité des milieux de vie) et la présence de comportements délinquants qui expliquent le lien entre MT et criminalité. Dans cette étude, on constate même que des jeunes sans problèmes de comportement et de placements nombreux sont mieux protégés et moins susceptibles de s'impliquer dans des activités criminelles. Jonson-Reid et Barth (2000) avaient constaté que chez les garçons, le placement peut parfois être un facteur protecteur comparativement à des jeunes dont le dossier avait été fermé après un signalement (et possiblement n'ayant reçu aucun service) ou provenant de minorités ethniques.

Les études rétrospectives portant sur des délinquants vivant en milieu institutionnel ou participant à un projet pilote constatent également qu'un grand nombre d'entre eux ont été maltraités. C'est le cas de 75 % des jeunes hommes incarcérés dans l'étude de Lewis, Lovely, Yeager et Della Femina (1989). Cette donnée est corroborée par l'étude de suivi du même échantillon; 80% des jeunes auraient été victimes durant leur enfance (Stein et Lewis, 1992). Weeks et Widom (1998) ont observé un taux de MT de 68% chez 301 personnes ayant commis des actes criminels. La recherche d'Acoca et Dedel (1998) est quant à elle plus alarmante : 92% des jeunes femmes contrevenantes auraient été victimes d'abus physiques, sexuels ou émotionnels et 25% d'entre elles auraient été victimes d'abus très sévères (victimes de coups de feu ou de couteau). Pour leur part, Evans, Barer et Marmor (1996) ont constaté que 70% des femmes incarcérées ont rapporté des situations d'abus physiques et sexuels, 34 % auraient été blessées physiquement suite à des punitions corporelles et 56 % auraient été témoins de l'homicide d'un proche. Enfin, l'étude visant l'implantation de services intensifs auprès de délinquants vivant dans trois régions différentes des États-Unis révèle que de 29 % à 53 % des jeunes avaient une histoire d'abus ou de négligence (Wiebush, McNulty et Le, 2000).

Lorsque des conséquences deviennent des causes

Plusieurs médiateurs associés à la délinquance le sont aussi aux conséquences des mauvais traitements, notamment la colère, l'agressivité, l'antisociabilité, l'hyperactivité, les déficits d'attention, le comportement amoral, le manque d'empathie et de sentiment de culpabilité, la désobéissance, la frustration, le manque d'autocontrôle, le rejet par les pairs, les problèmes scolaires et la faible estime de soi (Chapple, Tyler et Bersani, 2005; Jaffee, Caspi, Moffitt et Taylor, 2004; Kim et Cicchetti, 2004; Koenig, Cicchetti et Rogosch, 2004; Lau et Weisz, 2003; Meltzer, Marquart et Mullings, 2005;

Stuewig et McCloskey, 2005). Que ce soit parce que l'enfant est exposé à un climat familial apathique et indifférent, sans règle, sans rituel ou sans encadrement ou, au contraire, à un climat de violence, de crises, de criminalité où les attentes sont rigides ou inappropriées, les effets de telles expériences laissent des traces qui sont parfois occultées dans les évaluations sociales et cliniques. Nolin et Ethier (2007) constatent que la négligence et l'abus physique génèrent des expériences stressantes parfois sévères et chroniques chez l'enfant dues au fait que le parent peut être simultanément et paradoxalement source de peur, d'insécurité et de réconfort. Ceci engendre chez l'enfant le développement d'un attachement insécure ou, plus grave encore, désorganisé, ainsi que des traumatismes peu souvent dépistés (Bowlby, 1984; Nolin et Ethier, 2007). L'attachement désorganisé est lui-même associé aux troubles de comportements, lesquels sont associés à la délinquance ultérieure (Éthier, Lemelin et Lacharité, 2004; Lyons-Ruth, Alpern et Repacholi, 1993; Shields et Cicchetti, 2001).

Devant de telles données de recherche, les professionnels œuvrant dans le domaine de la maltraitance doivent identifier les processus qui favorisent la résilience de ces jeunes ainsi que ceux qui neutralisent les facteurs de risque agissant dans leur environnement (Agathonos-Georgopoulou, 2004). De plus, il est particulièrement important d'intervenir auprès de jeunes qui présentent des séquelles manifestes suite à l'expérience de victimisation, spécifiquement chez les enfants qui présentent des problèmes émotionnels et comportementaux (Widom et Maxfield, 2001). Malgré le fait qu'il existe un lien indéniable entre d'une part, la maltraitance et d'autre part, la délinquance et la criminalité adulte, les enfants victimes ne deviennent pas tous délinquants et criminels. Kelley et ses collaborateurs (1997) postulent que ces jeunes résilients ont vraisemblablement bénéficié d'un environnement où il y avait aussi des facteurs de protection et des services sociaux efficaces.

En somme, la relation entre l'expérience de maltraitance et la criminalité dépend de la qualité du soutien reçu par le jeune et de son sexe. De plus, une approche coercitive et punitive est contre-indiquée dans la mesure où elle ne permet pas de traiter adéquatement des enjeux reliés à la victimisation passée du jeune (Day, Hibbert et Cadman, 2008). D'ailleurs, il existe malheureusement un écart important entre les besoins complexes de ces jeunes et les services qu'ils reçoivent (Gilbert, Kemp*, et al.*, 2009).

1.3 Les problématiques associées : Des menaces qui se cumulent, des défis qui s'additionnent

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 n'a pas que des difficultés reliées à leur réalité parentale. Elles sont confrontées à plusieurs types de difficultés personnelles, familiales, sociales et économiques (Chamberland, Léveillé et Trocmé, 2007; Clément et Chamberland, 2007; Larrivée, 2005; Ward *et al.*, 2010). En fait, la cooccurrence de problèmes de protection avec d'autres types de problématiques est non seulement courante, mais elle ajoute à la complexité

des défis que doivent relever les intervenants sociaux. Plus spécifiquement, les problèmes sociaux les plus prévalent identifiés dans les familles dont le signalement a été retenu dans l'Étude d'incidence québécoise (EIQ) sont la pauvreté, la séparation ou le divorce des parents, la toxicomanie, la violence conjugale, l'isolement social et les problèmes de santé mentale des parents (Tourigny *et al.*, 2002). Dans l'EIC3, les problèmes familiaux les plus prévalent dans les cas corroborés sont la violence conjugale (59 %), le manque de soutien social (39 %), les problèmes de santé mentale (27 %), l'alcoolisme (21 %), la toxicomanie (17 %), les problèmes de santé physique (10 %) et la déficience intellectuelle (6%) (Trocmé *et al.*, 2010). Dans 8% des situations, les parents ont déjà eux-mêmes vécu dans une famille d'accueil ou un foyer de groupe, représentant 6 713 cas (Trocmé *et al.*, 2010). En outre, 78 % des personnes s'occupant de l'enfant présentent au moins un problème de fonctionnement. Les conditions de vie de ces familles sont souvent très adverses. Ainsi, dans 49 % des ménages, les parents n'occupent pas d'emploi à temps plein et dans 62 % des cas, ils sont locataires d'un logement privé ou public, ou vivent dans un refuge. Enfin, dans 12 % des cas de négligence, les conditions de logement sont considérées dangereuses. L'instabilité résidentielle des familles est également importante : 52 % d'entre elles ont déménagé dans les douze derniers mois. En somme, les situations personnelles, familiales, sociales et économiques des familles signalées au DPJ sont en grande majorité très précaires et constituent un environnement potentiellement adverse et menaçant pour le jeune (Trocmé *et al.*, 2010).

La détresse familiale est associée à la complexité des situations de maltraitance. Ainsi, la cooccurrence des mauvais traitements vécus par un même enfant est associée aux situations familiales présentant le plus de facteurs de risque. La cooccurrence de mauvais traitements est un indicateur de contextes familiaux plus problématiques sur les plans personnel, social et économique (Larrivée, 2005). Sur plus de 2000 signalements fondés en vertu desquels la sécurité et le développement sont jugés compromis de l'EIQ, Clément et ses collègues (2009) ont identifié quatre profils familiaux qui reflètent des dynamiques de besoins et des défis pour l'intervention très différents. Le premier correspond à une situation familiale violente, tant dans les relations parentales que conjugales, qui semblent notamment attribuables aux facteurs culturels. Cependant, les facteurs de risque associés à cette configuration sont peu nombreux. Le second profil met surtout en évidence les problèmes de comportement du jeune qui est plus âgé et de la faible collaboration des parents; cela correspond surtout aux enfants placés qui ont des troubles de comportement et dont les parents semblent s'être désengagés. Le troisième profil met en lumière des situations de négligence chronique doublées de problèmes cognitifs et de santé mentale de la mère, une histoire de maltraitance chez le parent et des conditions personnelles, sociales et économiques difficiles; l'enfant semble dans ces situations présenter plusieurs séquelles, surtout cognitives. Enfin, le quatrième profil est peut-être celui qui fait souvent vivre le plus d'impuissance aux intervenants. Le niveau de désorganisation familiale y est le plus élevé. La négligence est accompagnée de violence physique et psychologique, les problèmes personnels des parents s'ajoutent aux problématiques de

maltraitance (toxicomanie, criminalité, violence conjugale) et les conditions sociales et économiques sont précaires. Étonnamment, lorsqu'on interroge les intervenants qui évaluent les signalements sur les besoins de soutien, tant pour les parents que pour les enfants, le dernier groupe est celui pour qui, globalement, le moins de services sont recommandés. Ce sont les familles du troisième groupe qui seraient les plus susceptibles de mobiliser le réseau d'aide, si l'on se fie à la perception des intervenants interrogés. Cela peut indiquer une certaine forme d'impuissance des intervenants en protection lorsque les situations familiales sont les plus complexes.

En somme, les situations personnelles, familiales, sociales et économiques des familles signalées au système de protection sont souvent très problématiques et constituent un environnement potentiellement adverse et menaçant pour l'enfant.

2. Les réponses

Devant ces faits, quelle forme d'aide peut soutenir adéquatement les jeunes et les familles et neutraliser de manière efficace la trajectoire de déviance ou d'exclusion des enfants victimes de maltraitance? Après avoir dégagé les principales conclusions des recherches évaluatives des programmes implantés auprès des familles suivies par la protection de la jeunesse et décrit les limites de l'approche dominante pratiquée dans les systèmes de protection anglo-américains, nous proposerons les paramètres qui nous semblent critiques pour aspirer à modifier de manière significative le cours du développement des jeunes victimes de maltraitance. L'approche élaborée par les Britanniques sera par la suite décrite plus en profondeur, car elle nous apparaît être à plusieurs égards une alternative prometteuse. Elle a inspiré le développement de l'initiative AIDES, objet de la présente évaluation.

2.1 Les constats des recherches évaluatives des programmes implantés auprès des familles suivies en protection de la jeunesse

Les résultats de méta-analyses

Les constats à propos de l'efficacité des programmes implantés auprès des familles suivies par les systèmes de protection, dégagés à partir de recherches évaluatives, permettent d'identifier les approches et les conditions d'intervention les plus susceptibles d'améliorer les capacités parentales et le développement des jeunes. Nous appuyons notre réflexion principalement à partir de cinq méta-analyses (Dufour et Chamberland, 2004; Flynn et Bouchard, 2005; MacLeod et Nelson, 2000; MacMillan *et al.*, 2009; O'Reilly, Wilkes, Luck et Jackson, 2010). Le bilan qui peut en être tiré est plutôt mitigé. D'abord, la problématique d'abus sexuel, alors qu'elle est la moins prévalente et en décroissance (Trocmé *et al.*, 2005; Trocmé *et al.*, 2010), est celle qui mobilise l'attention d'un plus grand nombre d'évaluateurs. Un nombre insuffisant de recherches évaluatives a porté sur l'efficacité des programmes axés sur l'intervention en abus physique et en négligence. Pourtant, ces deux problématiques sont les plus fréquemment associées à des trajectoires délinquantes et criminelles. Plusieurs interventions évaluées ne parviennent pas à réduire les séquelles et à améliorer le bien-être des enfants de manière satisfaisante, au-delà du seuil clinique. Certaines approches thérapeutiques ciblant les interactions parent-enfant (*Parent child interaction therapy*) seraient prometteuses pour prévenir la récurrence des abus physiques (mais pas la négligence). Certains programmes qui visent à diminuer les séquelles d'enfants victimes de négligence démontreraient quelques résultats positifs, notamment des approches thérapeutiques basées sur le jeu ou une thérapie multisystémique. Les programmes de promotion du bien-être de la famille et de prévention des mauvais traitements présentent des résultats plus positifs alors que l'efficacité des interventions plus réactives (lorsque les mauvais traitements sont observés) est globalement plus mitigée.

Lorsque certains effets positifs sont observés, ils ont tendance à s'estomper avec le temps. En somme, les évidences à propos de l'efficacité des programmes sont plus informatives que probantes; les programmes évalués sont plus prometteurs qu'exemplaires.

Des programmes spécifiques évalués

De manière spécifique, certains constats émergent de l'évaluation de différents programmes visant les problématiques de négligence et d'abus physique. Ils concernent essentiellement les approches suivantes : les visites à domicile, le soutien aux compétences parentales et les programmes de préservation de la famille. D'abord, les programmes de visites à domicile, qui ont fait l'objet d'évaluations rigoureuses et qui permettent de générer des résultats probants et positifs auprès des familles à risque, ont des effets peu spectaculaires, voire négatifs auprès des familles où il y a de la maltraitance. Ainsi, la recherche menée par MacMillan et Harpur (2003) a mis en évidence que le modèle d'intervention développé par Olds et ses collègues (1997), pourtant considéré parmi les plus efficaces auprès des familles à risque, s'est avéré inefficace à prévenir la récidive des signalements auprès de familles qui avaient déjà fait l'objet d'un signalement à la protection de l'enfance. Les faibles degrés de confiance et de mobilisation des mères, le manque d'intensité du soutien, ainsi que la complexité des situations familiales peuvent avoir affecté négativement les résultats.

Deuxièmement, divers programmes axés sur le développement des compétences parentales ont démontré une efficacité modérée pour améliorer les attitudes parentales de parents maltraitants (MacLeod et Nelson, 2000). Parmi ceux-ci**,** le programme « Ces années incroyables » serait particulièrement efficace pour une variété de situations familiales : familles avec enfants ayant des troubles de comportement, familles défavorisées ou encore ayant des difficultés conjugales. L'expérimentation de ce programme auprès de familles suivies en contexte de protection a été évaluée. À cet effet,Hughes et Gottlieb (2004) constatent certains impacts positifs limités après huit rencontres : les améliorations sont essentiellement observées sur l'engagement du parent et, plus marginalement, sur les capacités du parent à soutenir l'autonomie de son enfant. Aucun effet significatif n'est observé quant à l'autonomie des enfants et la capacité du parent à structurer et à mettre des limites à l'enfant, compétence névralgique avec des enfants présentant des troubles de comportement, ainsi que sur le fonctionnement futur de l'adolescent. Malgré les effets limités du programme, les parents ont rapporté des gains subjectifs quant à l'estime de soi, la connaissance du développement des enfants, l'harmonie familiale, la capacité d'attention et d'écoute chez leur enfant et le sentiment de bonheur. Une seconde implantation de ce programme en contexte de protection montréalais auprès de parents majoritairement négligents de jeunes âgés de cinq à dix ans et présentant des troubles de la conduite a mis en évidence des résultats positifs (Letarte, Normandeau et Allard, 2010)[2]. Cependant, les parents éligibles ne devaient pas présenter de troubles de santé mentale

[2] Pour près du trois -quart des parents, les mesures de protection sont ordonnées.

et de toxicomanie non contrôlables ou de déficiences intellectuelles sévères[3]. Des activités de groupe d'une durée plus importante (16 semaines) abordent plusieurs thèmes : la relation parent-enfant, les habiletés interpersonnelles des parents, l'établissement de limites claires par les parents, l'encadrement précis, la discipline non punitive et les plans de gestion de comportement. L'évaluation avec devis expérimental démontre qu'après quatre mois, plusieurs améliorations dans les comportements parentaux sont observées : pratiques disciplinaires moins punitives et plus appropriées; stratégies favorisant une meilleure relation parent-enfant; expression des attentes plus claires; diminution de la fréquence des comportements problématiques de l'enfant. De plus, il semble que la participation des parents à ce programme favorise le maintien ou le retour de l'enfant dans son milieu familial, ainsi que la fermeture du dossier (Normandeau et Allard, 2007). Cependant, l'efficacité de ce programme est pour l'instant limitée aux parents qui n'ont pas trop de difficultés personnelles.

Enfin, une des critiques souvent adressée aux interventions en protection de la jeunesse est leur manque d'intensité et leur faible qualité (Waldfogel, 2009). Les approches de préservation familiale tentent de pallier le manque d'intensité et d'éviter le placement des enfants, en soutenant intensivement la famille au quotidien. Les approches de préservation familiale qui ont recours à une approche basée sur le pouvoir d'agir des familles sont jugées les plus prometteuses (MacLeod et Nelson, 2000; O'Reilly *et al.*, 2010). L'évaluation du programme de préservation de la famille réalisée par Dagenais et ses collaborateurs (2003) met en évidence certains résultats positifs durant les six premiers mois, mais qui s'estompent après cette période. Le risque de placement n'est pas diminué, ce qui est pourtant la raison d'être de ce type de programme. Cette évaluation pose des enjeux reliés au recrutement des familles cibles, à la non-conformité lors de la mise en œuvre d'une intervention, au manque de formation des intervenants qui remplacent ceux qui ont été formés, ainsi qu'au manque de leadership de l'organisation et des processus de référence des clientèles visées.

Les approches écosystémiques

Au-delà du manque d'intensité, il y a aussi le manque de diversité des moyens ainsi que les problèmes de continuité et de cohérence entre les différentes stratégies d'action mises en œuvre auprès d'une même famille. Cette difficulté à démontrer l'efficacité des programmes auprès de cette clientèle pourrait s'expliquer par la complexité des situations familiales et par la difficulté à mettre en place un réseau coordonné de services susceptible de répondre avec l'intensité, la continuité, et la pertinence nécessaire aux multiples besoins et problèmes familiaux concomitants aux problèmes de maltraitance (MacMillan *et al.*, 2009). Compte tenu des réalités familiales, l'approche écosystémique est recommandée (Barlow et Stewart-Brown, 2005). Ainsi, le programme holistique et multidimensionnel implanté auprès de familles négligentes en Californie

[3] Vingt-sept pour cent des parents ont abandonné leur participation au programme dont la moitié parce qu'ils ont des problématiques personnelles importantes.

offre du soutien thérapeutique pour l'enfant et le parent, de l'éducation parentale, des services en toxicomanie et du soutien en situation de crise, de même qu'il s'appuie sur les services de la communauté (McRae, 2002). L'évaluation met en évidence que la sévérité des situations de négligence, les risques d'abus, le niveau de stress, la négativité dans les interactions parent-enfant, ainsi que les problèmes associés à l'enfant ont diminué. Ethier, Couture, Lacharite et Gagnier (2000) ont également évalué un programme multisystémique de prévention et d'intervention implanté auprès de familles négligentes ou à risque au Québec[4]. Plusieurs stratégies d'intervention ciblent le parent, l'enfant, sa famille et le réseau de soutien. Des résultats positifs sont observés : une diminution du potentiel de maltraitance, une meilleure capacité à discipliner son enfant, une réduction des symptômes dépressifs, une amélioration du réseau social et de la réinsertion professionnelle et enfin une diminution du placement. Cependant, certains indicateurs ne distinguent pas les groupes de traitement de celui de comparaison. Le nombre peu élevé de participants pourrait diminuer la puissance statistique des analyses. Une seconde génération d'intervention du programme négligence est en cours d'implantation dans plusieurs régions du Québec (Lacharité, 2009; Lacharité, Éthier et Nolin, 2006). Cameron et Birnie-Lefcovitch (2000) ont implanté un programme de prévention et d'intervention dans trois communautés en Ontario visant à améliorer le soutien social de familles en difficulté. Il est postulé notamment que des interactions informelles avec des membres de la communauté, des ressources concrètes, du répit, la possibilité d'être à la fois aidant et aidé ainsi que de s'impliquer auprès de sa collectivité favorisent le développement personnel, familial et social des familles. L'évaluation a mis en évidence que le risque de placement de même que le stress étaient diminués, alors que l'intégration sociale, l'estime de soi et les attitudes parentales étaient améliorées. Cependant, la validité des analyses pour conclure à une telle efficacité est remise en question dans la méta-analyse de Flynn et Bouchard (2005).

Des constats à établir et des devis d'évaluation à améliorer

En somme, bien des trous noirs demeurent en ce qui concerne les connaissances sur la nature des programmes pour réduire la maltraitance des enfants, de même que leur efficacité. Les éléments suivants semblent toutefois pouvoir être mis en évidence. Les interventions les plus prometteuses semblent basées sur les approches cognitives-comportementales auprès des parents, en conjugaison avec celles qui prennent en compte les réalités traumatiques des membres de la famille. De plus, les programmes préscolaires ou de stimulation précoce sembleraient également efficaces pour prévenir la récurrence du signalement (Waldfogel, 2009). Il est en outre important d'agir directement sur les interactions parent-enfant, particulièrement leur contexte quotidien. (Moss, Tarabulsy, Saint-Laurent, Bernier et Cyr, 2007). De plus, les approches centrées sur le pouvoir d'agir des parents donnent un sens au changement et favorisent leur mobilisation, les familles n'étant pas des agents passifs face à l'intervention. Enfin, une lecture écosystémique des besoins et des problèmes des familles devrait donner

[4] Il s'agit du programme d'aide personnel, familial et communautaire (PAPFC).

lieu à une action cohérente, en mettant en œuvre plusieurs stratégies et secteurs d'intervention, surtout pour les cas de négligence. Reading et ses collègues (2009) proposent deux cadres de référence pour agir efficacement auprès des enfants maltraités : la charte des droits des enfants et l'approche de santé publique. Dans les deux cas, on prescrit des actions sur les déterminants proximaux (l'environnement familial) et distaux (comme la pauvreté), et l'intervention doit viser le bien-être des enfants et non seulement sa protection.
Enfin, pour améliorer notre capacité à générer des informations probantes à partir des évaluations, Flynn et Bouchard (2005) recommandent d'améliorer les devis de recherche sur les aspects suivants: le mode d'assignation des participants aux groupes expérimental et de comparaison, le niveau de comparabilité des deux groupes, la taille de l'échantillon, la qualité des évidences du programme proposé, le degré de conformité au modèle prévu lors de l'implantation du programme, la robustesse des analyses statistiques utilisées pour justifier l'efficacité de l'intervention, ainsi que le délai des évaluations pour démontrer le maintien des effets.

2.2 Les approches de protection et d'intervention en contexte de protection de la jeunesse

L'approche « Sauvons les enfants » : des limites préoccupantes

Sa nature

Au Canada, les lois de protection canadienne sont des lois d'exception[5]; on doit en effet juger que la sécurité ou le développement des enfants est compromis pour offrir de tels services aux familles. Elle ne traite donc que les situations les plus graves. Compte tenu de ce contexte, la protection de la jeunesse n'interviendra qu'auprès de moins de la moitié des enfants canadiens signalés (environ 41 % des cas signalés) (Trocmé *et al.*, 2005; Trocmé *et al.*, 2010; Trocmé *et al.*, 2001). Au Québec, il y a deux étapes de triage. Une première équipe de réception et de traitement du signalement évalue si la situation est à première vue un cas de maltraitance. Déjà à cette étape, près d'un cas sur deux (57,8 %, soit 44 204 de cas) n'est pas retenu pour évaluation (Association des Centres Jeunesse du Québec (Association des Centres Jeunesse du Québec, 2011). Par la suite une seconde équipe, dite d'évaluation et d'orientation du signalement, doit juger si le signalement est fondé et décider si la sécurité et le développement sont compromis. Dans ces derniers cas seulement, on choisit ensuite des mesures à prendre pour mettre fin à la compromission. Elles peuvent être volontaires ou judiciaires, selon le niveau de collaboration du parent et de leurs ressources de soutien. Selon le bilan des Directeurs de la protection de la jeunesse (DPJ), 51% des signalements retenus pour évaluation sont jugés fondés mais aucune mesure de protection ne s'appliquera car la sécurité et le développement des enfants ne sont pas considérés compromis. C'est le cas de 35 % des

[5] Au Canada, les lois de protection de la jeunesse sont sous juridiction provinciale. Au Québec, la loi 24 est implantée depuis 1979 et a été modifiée en 2007 (loi 125).

cas retenus : cela représente 21 % de l'ensemble des signalements reçus, toutes catégories confondues (Association des Centres Jeunesse du Québec, 2011). Lorsque les faits sont fondés et qu'il y a compromission, l'enfant et sa famille reçoivent ensuite les services d'une troisième équipe, qui veille à l'application des mesures. Le suivi est assuré par un réviseur distinct de l'intervenant responsable de la prise en charge de l'application des mesures. C'est donc un système qui sélectionne les situations les plus compromettantes pour l'enfant[6]. C'est aussi un processus linéaire qui scinde les tâches d'évaluation et de constitution des preuves des interventions d'aide à la famille. Ainsi, le système de protection canadien et québécois se mobilisent surtout lorsque la situation de l'enfant est très détériorée. Cependant, de nombreux enfants dont le signalement est non retenu ou non fondé sont confrontés à des situations difficiles et feront à nouveau l'objet d'un signalement au cours de leur vie.

Ses lacunes : l'accès aux services et la récurrence des signalements

Deux problèmes associés à cette approche méritent d'être soulignés : 1) les besoins importants des enfants dont le signalement n'est pas jugé fondé et qui ne reçoivent donc pas de services de protection et 2) le haut taux de récurrence des signalements. D'abord, on l'a vu, une minorité d'enfants signalés recevront des services de protection. Pourtant, parmi les signalements non fondés, il existe des cas d'enfants maltraités ou en très grands besoins qui ne reçoivent pas de services (Slep et Heyman, 2006). Ainsi, l'accès aux services pour ces enfants et leur famille est problématique.

De plus, plusieurs études américaines et européennes révèlent des taux de récurrence à l'intérieur d'une période d'environ deux ans de 7 à 33 % et pouvant même atteindre 44 % lorsque la période de temps examinée est plus longue (cinq ans) (Dakil, Sakai, Lin et Flores, 2011; Fluke, Shusterman, Hollinshead et Yuan, 2008; Gilbert, Widom*, et al.*, 2009; Hamilton et Browne, 1999; May-Chahal *et al.*, 2006). Les facteurs de risque associés à la récurrence d'un signalement sont les caractéristiques de l'enfant (comme des problèmes de comportement, être plus vieux, les maladies chroniques, ou la déficience intellectuelle), des parents (une histoire de victimisation, l'abus d'alcool), des mauvais traitements chroniques ou multiples (comme la négligence) ou l'adversité sociale (comme la pauvreté) (Bae, Solomon et Gelles, 2009; Dakil *et al.*, 2011; Fluke *et al.*, 2008; Gilbert, Widom*, et al.*, 2009; Hindley, Ramchandani et Jones, 2006; Palusci, 2011; Waldfogel, 2009). D'après un échantillon québécois, un enfant signalé pour la première fois a une probabilité d'environ 22 % d'être signalé à nouveau dans les quatre ans qui suivent (Hélie, 2005). Plus récemment, une étude a déterminé que parmi les 26 000 enfants dont la prise en charge en protection s'est terminée entre 2005 et 2009 au Québec, le risque de resignalement fondé en protection (donc re-victimisation) dans les cinq années qui suivent la fermeture du dossier est de 36 % (Hélie et Laurier, 2011). Dans l'EIC3, 48 % des signalements fondés ont fait l'objet d'une enquête antérieure; dans plus d'un dossier sur quatre, les enfants avaient été signalés plus de trois fois

[6] La négligence et la violence psychologique sont les dossiers qui demeurent les plus souvent ouverts et pour lesquels on maintient un service (Trocmé et al., 2005).

précédemment (Trocmé *et al.*, 2010). Comparativement à 1998, c'est une augmentation de 107 %. En outre, les investigations dans les cas à risque de mauvais traitement (26 % des signalements) ont des taux de récurrence comparables aux cas d'investigation pour des incidents de mauvais traitements; 24 % de ces deux types d'investigation ont fait l'objet de trois ouvertures de dossiers et plus (Fallon, Trocmé, MacLaurin, Sinha et Black, 2011). La récurrence des signalements peut s'expliquer par deux hypothèses non mutuellement exclusives : 1) ces familles font l'objet d'une surveillance accrue ou 2) la réponse du système de protection à leur endroit n'est pas suffisante pour faire cesser les situations compromettantes pour l'enfant.

Les besoins complexes des enfants qui ne reçoivent pas des services de protection

Les enfants dont le signalement est non fondé présentent aussi d'importants besoins. Plusieurs auteurs questionnent la validité de la décision de corroborer ou non un signalement puisque les cas fondés ou non fondés sont plus semblables que différents (Drake, Jonson-Reid, Way et Chung, 2003; Hussey *et al.*, 2005; Kohl, Jonson-Reid et Drake, 2009). Leiter, Myers et Zingraff (1994) avaient déjà constaté que parmi dix indicateurs reliés au fonctionnement de l'enfant à l'école et à ses conduites délinquantes, le seul indicateur qui distinguait les cas fondés de ceux non fondés était les problèmes de comportement à l'école rapportés par l'enseignant. Hussey et ses collègues (2005) ont aussi observé que, comparativement à ceux dont le signalement est jugé non fondé, les enfants dont le signalement est fondé ne présentent aucune différence sur les dimensions suivantes : externalisation, internalisation, anxiété, dépression, stress post-traumatique, socialisation et habiletés de fonctionnement quotidien. De plus, dans cette même étude, une seule différence est observée entre les enfants signalés et ceux qui non signalés, mais à risque : les premiers présentent plus de comportements extériorisés. En outre, les enfants à risque qui reçoivent des services préventifs du CLSC présentent autant de retards de développement que les enfants recevant des services en contexte de protection (Casanueva, Cross et Ringeisen, 2008; Moreau *et al.*, 2001). Cependant, les parents des enfants dont le signalement est fondé présentent plus de besoins personnels, familiaux et sociaux (Casanueva *et al.*, 2008; Kotch et Thomas, 1986; Moreau *et al.*, 2001; Trocmé, Knoke, Fallon et MacLaurin, 2009; Turcotte, Saint-Jacques et Pouliot, 2005).

Dans l'EIC3, il a été possible de distinguer les investigations pour incident de MT (74 %) de celles où l'intervenant évaluait une probabilité de risque futur de MT (24%) (Fallon, Trocmé, MacLaurin*, et al.*, 2011). D'abord, les cas d'investigation de risque de MT présentent plus de facteurs de risque chez le parent alors que les cas de MT (fondés ou non) présentent plus de problèmes chez le jeune (qui est plus vieux) et d'insécurité dans le logement. Cependant, les cas à risque fondés présentent des défis d'intervention presque aussi complexes que les cas de MT fondés, notamment des problèmes de dépendance, de santé mentale, de violence conjugale, de sécurité et d'instabilité du logement et de différents problèmes d'internalisation et d'externalisation chez le jeune. Et pourtant, deux fois plus de cas sont fondés dans les cas de MT (46 %) que dans les cas à risque de MT (24 %). Cependant, ces jeunes et leurs familles ont besoin que l'on

réponde de manière sensée car leurs besoins sont souvent tout aussi complexes que dans les cas où les allégations de mauvais traitements ont été avérées (Fallon, Trocmé et MacLaurin, 2011).

En somme, l'approche de protection pratiquée dans notre province et notre pays privilégie une évaluation ponctuelle et limitée du degré de risque imminent de l'enfant, qui incite à cibler les cas préoccupants pour lesquels la mobilisation du parent est problématique. Les dossiers des enfants dont les signalements sont retenus aux fins d'évaluation et d'orientation, mais qui ne font pas l'objet de mesures de protection par le DPJ peuvent être réacheminés au DPJ et ainsi contribuer à expliquer le taux élevé de récurrence en protection.

Le modèle sous-jacent à l'approche de protection et quelques indicateurs de politiques et de pratiques sociales problématiques

L'approche de protection sous-jacente aux pratiques d'évaluation et d'intervention au Canada est largement dominante dans les pays d'origine anglo-saxonne (Gilbert, Parton et Skivenes, 2011). On cherche d'abord à sauver les enfants en mettant l'accent sur la protection vis-à-vis des dangers présents dans l'environnement familial. Les parents sont bien souvent perçus comme étant les seuls responsables de la situation de compromission. Le contexte d'autorité dans lequel l'approche de protection se place nuit bien souvent aux possibilités d'établir une relation de confiance avec les parents (Forrester, McCambridge, Waissbein et Rollnick, 2008). On constate aussi plus d'épuisement et de roulement du personnel ainsi qu'une difficulté à concilier les mandats de protection et ceux associés à la promotion du bien-être et du développement à long terme des enfants (Cameron, 2004). On note également une forte bureaucratisation dans les processus d'évaluation du risque. Le recours au placement ainsi que la tendance à judiciariser les situations peuvent refléter cette difficulté à travailler en partenariat avec la famille. Ainsi dans l'EIC3, on envisage un placement pour 8 % des dossiers; cette proportion s'élève à près de 31 % lorsqu'on considère que cette mesure s'applique aux 27 % des dossiers qui demeurent ouverts. Une requête au tribunal est envisagée ou réalisée dans 5 % des cas, ce qui représente 20 % des dossiers ouverts. Dans l'EIQ, lorsque la sécurité ou le développement est jugé compromis, 56 % des enfants sont placés en cours d'évaluation (Tourigny *et al.*, 2002). Au terme de l'évaluation, près de la moitié (48 %) ont fait l'objet d'une mesure judiciaire. Parallèlement au signalement, 15 % de ceux retenus entraînent une plainte à la police, essentiellement pour les cas d'abus sexuel, d'abus physique et de négligence grave. Ces interventions, même si elles ont pour but d'assurer la sécurité de l'enfant, génèrent des effets pervers sur le climat de collaboration et accentuent bien souvent les sentiments de méfiance et d'hostilité des parents. De plus, le soutien apporté aux familles a aussi tendance à être minimal. Les enjeux de protection prédominent au détriment de ceux associés à la prévention et à la promotion du développement à long terme des enfants. L'énergie des intervenants est centrée à évaluer et à gérer les risques ainsi qu'à faire la preuve de l'incapacité parentale devant les tribunaux, plutôt

qu'à mobiliser les ressources familiales et communautaires pour soutenir les changements nécessaires.

Les intervenants œuvrant en protection de la jeunesse sont donc confrontés à d'importants défis, alors qu'ils sont bien souvent seuls à assumer ces difficiles responsabilités. En effet, les services de première ligne et les ressources communautaires démissionnent trop souvent devant la complexité des situations familiales. Soixante-huit pour cent des signalements fondés au Canada sont faits par les professionnels, la police et les milieux scolaires (Trocmé *et al.*, 2010). L'augmentation des signalements entre 1998 et 2008 est en fait largement attribuable aux professionnels. Le signalement par les professionnels du réseau, bien qu'il indique une certaine forme d'engagement face à ces enfants, peut en même temps être révélateur d'impuissance. On pourrait même avancer que les signalements sont, dans certains cas, des indicateurs de la faiblesse du tissu social et communautaire qui entoure ces familles. De plus, les services spécialisés qui seraient pertinents pour réduire les séquelles associées aux expériences de victimisation (ex. les services de pédopsychiatrie) ou encore pour aider les parents à résoudre leurs difficultés personnelles (ex. services en toxicomanie, santé mentale, déficience intellectuelle ou violence conjugale) sont bien souvent peu accessibles pour ces familles. C'est ainsi que, depuis 25 ans, s'est implanté au Québec un système de protection qui est perçu comme un service de bout de ligne et qui est bien souvent isolé des autres systèmes d'aide à la famille; ce constat s'applique aussi dans l'ensemble des régions du Canada et dans plusieurs pays anglo-saxons.

Un système sous pression et en mouvance

Cependant, il est important de mentionner que ces systèmes sont soumis à des pressions importantes. Par exemple, l'attention médiatique autour des cas d'homicides constitue une source de stress qui contraint de manière significative l'orientation des pratiques. À cet égard, la stabilité des taux d'homicides depuis plus de 30 ans incite à croire que les services de protection ont été efficaces pour assurer la sécurité physique des enfants canadiens (Trocmé et Chamberland, 2003). En outre, l'influence grandissante des théories de l'attachement fait en sorte qu'on accorde maintenant plus d'attention à la sécurité affective des enfants et à leur développement à long terme; on insiste ainsi sur l'importance de la stabilité et de la continuité des liens pour assurer l'équilibre émotif et le développement social futur des jeunes enfants (Gauthier, Jéliu et Fortin, 2007) On remet de plus en plus en question la primauté des liens de sang. Au Québec, la réponse à ces nouveaux enjeux a donné lieu à des réformes législatives récentes (loi 125), ainsi qu'à des approches basées sur le développement de projets de vie permanents (Moss *et al.*, 2007). Même si les dernières réformes législatives québécoises formulent plus clairement l'importance d'améliorer les processus de référence, l'offre de services aux parents ainsi que l'imputabilité des autres organisations face à ces jeunes, l'amendement majeur réfère à l'imposition de délais clairs pour clarifier des projets de vie des enfants, particulièrement lorsqu'ils sont en bas âge. Ces projets vont du placement jusqu'à majorité, la délégation de la tutelle et l'adoption. En fait, les nouvelles prescriptions légales s'inscrivent dans un modèle qui vise à la fois à assurer la sécurité des enfants, mais qui met aussi un accent plus

important sur son développement à long terme (Gilbert *et al.*, 2011). Parce qu'on est de plus en plus en mesure d'anticiper leur avenir, ce qui est une excellente nouvelle, certains acteurs sociaux sont d'avis que la rupture des liens avec les parents biologiques est un moindre mal. En même temps, cette orientation révèle la difficulté d'un système à mobiliser les parents et les communautés tout en s'organisant de manière cohérente et durable autour des besoins complexes de soutien auprès de familles souvent marginalisées.

En somme, l'approche de protection pratiquée au Canada et au Québec présente des limites préoccupantes malgré l'effort important consenti et certains récents développements : l'accès au soutien est encore limité, le nombre de cas augmente et les systèmes en place éprouvent encore beaucoup de difficultés à diminuer les risques et les menaces qui compromettent sérieusement le développement de ces enfants comme le démontre le taux élevé de récurrence. L'intervention est surtout centrée sur la sécurité physique et affective de l'enfant, ainsi que sur la gestion de risque. D'ailleurs, de plus en plus d'auteurs recommandent d'aborder l'évaluation du risque d'une manière plus holistique, en prenant en compte les menaces non seulement actuelles, mais futures de maltraitance et d'intervenir au-delà des enjeux de sécurité, voire même de permanence (Berger, Bruch, Johnson, James et Rubin, 2009; English, Marshall, Coghlan, Brummel et Orme, 2002; Harden et Whittaker, 2011; Wulczyn, Barth, Yuan, Harden et Landsverk, 2006). Cependant, des changements émergent dans le paysage québécois : une volonté accrue de se centrer sur le bien-être des enfants et de s'appuyer sur les forces, la mobilisation des parents et la concertation avec les partenaires institutionnels, intersectoriels et communautaires afin d'offrir des services et du soutien plus diversifiés (Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2011).

Orientations internationales et enjeux en matière de protection et de bien-être des enfants

Trois grands courants

Dans les pays occidentaux, on observe trois grandes orientations qui structurent les dispositifs pour assurer la protection et le bien-être des enfants. Elles divergent selon les dimensions suivantes : 1) la protection des enfants; 2) leur développement ainsi que 3) le soutien à la famille (Gilbert *et al.*, 2011; Gilbert, Kemp*, et al.*, 2009). Elles se distinguent selon les sept paramètres présentés au tableau 1. Comme les dispositifs d'un pays peuvent être organisés autour de plus d'une orientation[7], elles ne sont donc pas mutuellement exclusives.

[7] Par ex., en Suède, il y a un système de signalement mais l'approche auprès des jeunes est plus orientée vers le soutien aux familles. L'investigation s'inscrit dans un processus plus intégré d'évaluation des besoins.

Tableau 1 : Rôle de l'État par rapport à l'enfant et à la famille dans trois formes de réponse aux situations de maltraitance (tiré de Gilbert, Parton et Skivenes, 2011)

	Centration sur l'enfant	Services à la famille	Protection de l'enfant
Raison d'être de l'intervention	Les besoins individuels de l'enfant dans le présent et dans l'avenir et le besoin de la société de disposer de citoyens en santé, responsables et productifs.	Le milieu familial a besoin d'être soutenu et aidé dans son rôle auprès de l'enfant.	La cessation des conduites négligentes ou abusives des parents envers leurs enfants.
Rôle de l'État	Rôle paternaliste qui minimise la contribution de la famille; l'État adopte un rôle parental par rapport à l'enfant, mais cherche aussi à reproduire autour de ce dernier un milieu familial par le biais du placement en famille d'accueil ou de l'adoption.	Rôle de soutien à l'exercice des responsabilités parentales et de renforcement de la qualité des relations familiales.	Rôle de sanction où l'État agit comme un « chien de garde » pour assurer la sécurité des enfants.
Conception du problème	Le développement des enfants et leurs résultats développementaux ne sont pas égaux.	Le contexte psychologique et social dans lequel évolue l'enfant (pauvreté, racisme, etc.) est problématique.	Les attitudes et comportements individuels des parents sont conçus comme des fautes morales envers l'enfant.
Modalité d'intervention	Intervention et mesures de régulation précoces basées sur une évaluation des besoins de l'enfant.	Intervention thérapeutique basée sur une évaluation des besoins de l'enfant.	Investigation des faits et imposition de mesures administratives ou légales envers les parents pris en faute.
Finalité de l'intervention	Promouvoir le bien-être de l'enfant par le biais d'un investissement social ou la création d'un contexte d'égalité des chances auprès de ce dernier.	Prévenir les problèmes psychologiques et sociaux et construire des liens sociaux propices au développement des enfants.	Protéger l'enfant et réduire sa souffrance.
Rapport État-Parent	Oscillation entre un rapport de substitution et de partenariat.	Rapport de partenariat.	Rapport de rivalité et d'antagonisme.
Équilibre des droits	Accent mis sur les droits de l'enfant et sur les responsabilités des parents à son égard.	Accent mis sur les droits des parents à disposer d'une vie familiale harmonieuse, médiatisée ou soutenue par des agents professionnels (santé, services sociaux, éducation, etc.).	Accent mis sur la conciliation, établie et imposée par une autorité juridique, entre les droits de l'enfant et ceux des parents.

L'orientation, axée sur la protection des jeunes, a été décrite dans la section 2.1. Elle est plus largement répandue dans les pays anglo-saxons comme le Canada, les États-Unis et certains états en Australie (Gilbert, Kemp*, et al.*, 2009). Les services de protection sont séparés des services de soutien à la famille et il existe un système de signalement formel basé sur une évaluation de risque imminent. Une autre orientation élargit son mandat d'action pour intégrer des enjeux de développement et de bien-être. Les projets de permanence ou de projet de vie (placement à majorité ou adoption) en sont une illustration. Le virage des Anglais auprès des enfants placés dans les années 1990 s'inscrit dans le même courant : il est fondé sur un cadre de référence et des outils d'évaluation pour s'assurer que les enfants, dont l'État est le tuteur, se développent normalement (Looking after children (LAC)). Ainsi au Québec, depuis la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse (Loi 125) en 2007, une seconde orientation est apparue, soit une emphase accrue sur le développement et la stabilité des milieux de vie des enfants. On peut aussi mentionner que le soutien des familles est affirmé dans la loi, mais les pratiques et les conditions organisationnelles pour adopter ce virage ne sont pas vraiment implantées.

Une dernière orientation, observée chez les Européens et les Néo-Zélandais, est davantage axée sur le soutien de la famille. La maltraitance est vue comme un symptôme de dysfonctionnement familial. Les services sont plus intégrés et les approches de prévention et de protection sont mieux harmonisées; les approches d'évaluation se centrent sur l'ensemble des besoins des jeunes et des familles. On encourage les parents à s'auto-référer et recevoir des services sur une base volontaire. La probabilité est plus élevée que les familles reçoivent des services; cependant, il est possible que des cas de mauvais traitements soient ignorés. En somme, la responsabilité de protéger et d'assurer un développement de l'enfant est plus collective, l'accès à du soutien plus élargi et son intégration plus grande. De même, la réaction sociale est moins stigmatisante et plus inclusive. Les valeurs de solidarité et le développement local en sont des composantes essentielles.

Enfin, si l'on se fie à une recherche récente menée par les Nations Unies, les pays qui ont les taux de mortalité d'enfants les plus bas suite à des abus physiques, ce qui constitue l'objectif premier des systèmes de protection axés sur le sauvetage des enfants, ont développé une approche centrée sur le soutien des familles, notamment par le biais de politiques sociales généreuses et progressistes (Gilbert *et al.*, 2011). Ces pays ont aussi les taux de violence publique parmi les moins élevés (UNICEF, 2003).

La promotion et la prévention en protection : une nécessaire intégration des actions

Les recherches portant sur les facteurs de risque et de protection à différents niveaux écologiques, associés au risque de mauvais traitements ou encore au développement d'enfants victimes de mauvais traitements ou très vulnérables, nous fournissent des pistes pertinentes pour planifier les actions susceptibles d'influencer positivement la trajectoire de ces jeunes. Elles invitent à réfléchir l'intervention de façon non linéaire où les actions doivent se conjuguer non seulement à plusieurs niveaux écologiques, mais aussi en amont comme en aval des difficultés présentes et futures de l'enfant.

Ainsi, la qualité de l'environnement familial est de plus en plus associée à des indicateurs de développement positif ou au risque de mauvais traitements. L'organisation de l'environnement familial, la qualité de la stimulation cognitive et du soutien émotionnel sont associés positivement aux indicateurs de développement (Harden et Whittaker, 2011; Jaffee, 2007; Stahmer *et al.*, 2009). De plus, l'amélioration des habiletés de langage chez de jeunes enfants est reliée à des changements positifs dans les comportements sensibles et stimulants du parent (Jaffee, 2007). À l'inverse, la négativité émotionnelle (colère, hyperactivité), les relations parent-enfant de faible qualité, une perception négative de son enfant ainsi que de soi-même, le stress parental, les conflits familiaux et un niveau peu élevé de cohésion familiale sont fortement reliés au risque de maltraitance (Slack *et al.*, 2011; Stith *et al.*, 2009). Au niveau sociodémographique et socio-économique, le jeune âge de la mère à la naissance de l'enfant, le nombre d'enfants dans la famille, les mauvaises conditions de logement, l'insécurité du quartier ainsi que la précarité économique sont associés au risque de mauvais traitements ainsi qu'à de faibles performances cognitives, sociales ou comportementales chez l'enfant (Harden et Whittaker, 2011; McKenzie, Debbie Scott, Fraser et Dunne, 2011; Park, Fertig et Allison, 2011; Slack *et al.*, 2011). C'est davantage le cumul de risque que les facteurs de risques individuels qui font une différence.

Il est de première importance que les interventions soient plus intensives, orientées vers l'intégration dans des programmes de stimulation précoce (child care), la qualité de la relation parent-enfant et des pratiques parentales, l'engagement des familles, la diminution des problématiques du parent comme adulte (toxicomanie, santé mentale, violence conjugale) (Harden et Whittaker, 2011; Waldfogel, 2009). Les mesures de répit doivent être accessibles, particulièrement pour les familles nombreuses, de même que du soutien pour améliorer leurs conditions de vie.

En somme, la planification du soutien aux familles doit viser plusieurs niveaux écologiques en fonction des besoins multiples et doit tenir compte des réalités passée, présente et future du jeune et de sa famille (Lacharité *et al.*, 2006). Les objectifs poursuivis doivent être de nature différente : protéger les enfants des dangers susceptibles de menacer leur sécurité, réduire les séquelles, prévenir l'aggravation des situations en diminuant les facteurs de risque, notamment en fournissant une aide pour résoudre les difficultés personnelles, sociales et économiques des parents et enfin, fournir des occasions de développement, tant pour les enfants que pour leurs parents.

En somme, les cibles d'action doivent être multiples : aide spécialisée, programmes préventifs, activités pour améliorer les conditions et les habitudes de vie des enfants et de leur famille et des actions pour favoriser leur insertion sociale et économique (Jonson-Reid et Barth, 2000; Trocmé et Chamberland, 2003).

Des modèles et des pratiques en émergence pour des enfants dont les besoins sont complexes

''Compte tenu du fait que le système de protection de la jeunesse vient en aide à des enfants issus de contextes variés qui présentent des besoins différents en matière de protection, il requiert un continuum de services qui correspond à cette diversité. La vision holistique de l'enfant, de la famille et de la communauté, qui constitue un trait caractéristique de l'approche écosystémique de la protection de l'enfance, élargit le concept de réponse aux besoins en matière de protection en intégrant la promotion et la prévention au continuum de services. Cette vision holistique s'appuie sur un partenariat avec d'autres organisations poursuivant des missions qui chevauchent celle du système de protection de la jeunesse et dépend de la façon dont ces organisations sont structurées par rapport au système de protection.'' *(Traduction libre tirée de Wulczyn et al., 2010, p. 4)*

Parmi les différentes propositions d'interventions alternatives auprès de jeunes enfants maltraités ou à risque centrées sur le soutien des familles, les approches différentielles représentent un courant dominant particulièrement aux États-Unis, au Canada anglophone, en Nouvelle-Zélande et dans certains pays européens (Connolly, 2005; Connolly et Smith, 2010; Waldfogel, 2009). Cette alternative vise à engager les partenaires de la communauté capables de fournir du soutien plus flexible que les services de protection, où la mobilisation de la famille et de la communauté est un enjeu premier (Waldfogel, 1998). Cette stratégie est proposée lorsque le signalement est jugé non fondé, donc pour les situations dont le risque est faible ou modéré. Les évaluations font ressortir les constats suivants : 1) les taux de récurrence de signalements ne diffèrent pas selon que le jeune est suivi par des voies traditionnelles ou différentielles; 2) une plus grande satisfaction tant chez les parents que les intervenants; 3) un meilleur accès aux services; 4) une meilleure coordination et communication entre les organisations; 5) une réduction du placement (résultat non systématique) (Loman et Siegel, 2004; Pennell et Burford, 2000). En somme, ces résultats sont prometteurs puisque l'approche différentielle ne semble pas compromettre la sécurité de l'enfant (même taux de récurrence), favorise dans une certaine mesure le maintien de l'enfant dans sa famille d'origine, permet d'offrir plus de services et améliore les relations entre parents et partenaires.

Cependant, l'implantation de cette approche peut varier de manière importante d'un territoire à l'autre et elle dépend de la qualité des services disponibles et des liens entre

les organisations[8]. Bien que la centration sur les besoins des enfants soit au cœur de la philosophie de l'approche différentielle, nous n'avons pas été en mesure de bien saisir la manière dont ils procèdent pour y arriver.

Pour notre part, nous avons plutôt choisi d'expérimenter une approche plus globale de collaboration, qui implique un réseau de services favorisant une réponse plus intensive et diversifiée, où l'analyse des besoins est systématique et fondée sur un cadre de référence et des outils qui tiennent compte de l'ensemble des connaissances sur le développement des enfants. Elle s'adresse autant aux enfants à risque qu'à ceux pour qui un enjeu de protection a été identifié. C'est pourquoi dans la section suivante, nous présenterons comment les Britanniques ont développé depuis plus de 20 ans des services auprès des enfants présentant des besoins complexes. Puisque l'initiative AIDES, objet de la présente évaluation, s'est grandement inspirée du cadre de référence britannique, des principes d'action et d'un des outils d'évaluation qu'ils ont élaborés, nous présenterons en détail l'évolution des politiques publiques et les caractéristiques des pratiques promues en Angleterre et au Pays de Galles.

2.3 L'expérience britannique[9]

Le Royaume-Uni s'est révélé le chef de file, tant au chapitre des réponses à offrir aux enfants en difficulté qu'à celui de la manière de les organiser. Ces changements s'inscrivent à l'intérieur de deux grands courants mondiaux : la ratification de la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE), adoptée en 1989 par les Nations Unies, ainsi que la nouvelle gestion publique. Plus particulièrement, l'Angleterre et le Pays de Galles sont les instigateurs d'un dispositif de services destinés aux enfants vulnérables dont le modèle sous-jacent a inspiré plusieurs autres pays. Le remaniement des services destinés aux enfants en difficulté s'est amorcé au Royaume-Uni il y a 20 ans. Il est appuyé par une série de lois, de politiques et de programmes gouvernementaux qui ne cessent de s'étoffer. Le gouvernement central est responsable de l'administration de tous les secteurs d'activités de l'Angleterre. En 1999, il a par ailleurs transféré certains pouvoirs à chacune des autres nations qui le composent : le Pays de Galles, l'Écosse et l'Irlande du Nord. En outre, l'enfance, la famille et les services sociaux relèvent de

[8] Il existe au Québec des expériences qui s'apparentent à cette approche et qui se traduisent par des collaborations contractuelles entre les services de protection et des groupes communautaires. Le projet *Éduquons nos enfants sans corrections physiques*, une collaboration entre le Centre jeunesse, la Maison d'Haïti et le Centre Mariebourg, en est un exemple. De nature volontaire, il s'adresse aux familles d'origine haïtienne. Ces dernières sont référées soit par l'intervenant DPJ à l'étape évaluation/orientation à la suite d'un signalement pour abus physique, soit par les écoles, soit par le CLSC sur la base de l'utilisation présumée de la punition physique envers l'enfant.

[9] Cette section est tirée d'un article sur une méta-évaluation du modèle britannique. La référence est : Léveillé, S. et Chamberland, C. (2010). Toward a general model for child welfare 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),* p 929-944.

chacun de ces états. Quelques jours avant la signature de la CDE, le gouvernement britannique adoptait en 1989 le *Children Act* (Department of Health, 1989) dont la philosophie réside en la prépondérance de placer le bien-être de l'enfant au centre des services qui lui sont destinés et de remplacer la notion de droit parental par celle de responsabilité parentale. Par cette loi, la responsabilité de protéger et de promouvoir le bien-être des enfants « dans le besoin » incombe maintenant aux instances locales. Elle amène cette notion nouvelle qui deviendra la pierre angulaire du système de services à l'enfance britannique. Un enfant est défini comme étant « dans le besoin » lorsque :

a. « il est improbable qu'il atteigne ou qu'il maintienne, ou qu'il ait la chance d'atteindre ou de maintenir un niveau de santé ou de développement raisonnable sans la prestation de services;
b. sa santé ou son développement[10] sont susceptibles d'être considérablement compromis sans la prestation de ces services;
c. il souffre d'un handicap. (17 (10)).» (Traduction libre tirée de Department of Health, 1989)

En résumé, les enfants « dans le besoin » sont ceux qui reçoivent des services sociaux (article s.17). Cette loi confère aussi aux départements des services sociaux l'obligation d'examiner les situations d'enfants qu'elles soupçonnent victimes de maltraitance ou de préjudices (article s.47) (Department of Health, 1989). Elle introduit la notion et la définition de l'expression *looked after children,* qui regroupe les enfants pris en charge de manière générale par les autorités locales. Enfin, elle somme les services sociaux locaux à prodiguer le soutien approprié aux besoins de ces enfants et de leurs familles. Ces nouvelles règles rompent avec la tradition en protection de l'enfance. Il ne s'agit plus seulement de protéger les enfants d'un environnement maltraitant, mais aussi d'assurer leur bien-être en évaluant leurs besoins développementaux. Treize ans après l'entrée en vigueur de cette loi, une autre loi importante pour le bien-être de l'enfance est adoptée. Le *Children Act* (2004) institue notamment le poste de commissaire à l'enfance (« Children's Commissioner »), qui a pour rôle d'encourager la sensibilisation aux points de vue et aux intérêts des enfants. Il veille à ce que les droits des enfants soient respectés (Department of Health, 2004).

La redirection des enfants dans le besoin vers les services appropriés

Alors que le programme LAC[11] s'implante en Angleterre et au Pays de Galles, les résultats d'un vaste programme de recherche sur les services de protection (Department of Health, 1995) ainsi que ceux issus d'inspections des services sociaux (Department of Health, 1997, 1999; Department of Health et Social Services Inspectorate, 1998) sont publiés. Le message principal qui émane de ces travaux est que

[10] Le terme « développement » renvoie aux développements physique, intellectuel, émotionnel, social ou comportemental, et « santé » renvoie à la santé physique ou mentale (17 (11)

[11] Le programme LAC identifie sept catégories de besoins essentiels à combler par les services sociaux dans leur quête à obtenir des résultats satisfaisants au chapitre du développement positif des enfants placés (Ward, 1995) : la santé, l'éducation, l'identité, la famille et les relations sociales, la présentation de soi à autrui, le développement émotionnel et comportemental et l'autonomie.

les familles vivant des situations où il y a des enjeux de protection ont autant besoin de services de soutien que d'un plan pour protéger l'enfant (Parton, 1997). L'évaluation minutieuse et systématique du niveau de besoins des enfants et de leur famille référés aux services sociaux est au cœur de cette initiative de recentrage organisationnelle (Armstrong, 1997). La réplique du gouvernement à ces recommandations est d'« assurer que les processus de référence et d'évaluation établissent une distinction nette entre les différents types et niveaux de besoins, et qu'ils favorisent une réponse dans des délais satisfaisants. » (Department of Health, 1999, p. 20). Le *Framework for the Assessment for Children in Need and their Families (FACNF)* est alors créé en réponse à cette requête. Ce cadre de référence vise à comprendre les situations complexes dans lesquelles les enfants ayant des besoins de services évoluent. Ce modèle vise à planifier plus adéquatement les interventions et à les appliquer plus efficacement. Ce canevas met en relation les besoins développementaux de l'enfant, tels que définis par l'approche LAC, les habiletés parentales à les satisfaire et les conditions familiales et environnementales dans lesquelles l'enfant et sa famille vivent. Les enfants référés aux départements de services sociaux sont évalués à l'aide d'instruments issus de ce cadre de référence : *Referral and Initial Information (RII) record,* le *Initial Assessment (IA) record* et les cinq *Core Assessment (CA) records* (grossesse à 12 mois, 1-2 ans, 3-4 ans, 5-10 ans, 11-15 ans, 16 ans et plus). Les directives gouvernementales prévoient que l'autorité locale compétente dispose d'une journée ouvrable pour répondre à une demande de services. Le requérant, les parents biologiques ou d'accueil et les enfants, selon le cas, doivent être informés de la décision et de ses motifs. Un délai maximal de sept jours ouvrables est accordé pour compléter un *IA* et de 35 jours ouvrables pour conclure un *CA*.

La collaboration interorganisationnelle

Le partenariat entre les départements de services sociaux et les autres acteurs (personnes ou organisations) concernés par la cause des enfants sont interpellés à tout moment dans la réorganisation de l'aide offerte à l'enfance vulnérable. D'une part, la participation des parents et des enfants est de plus en plus sollicitée lors de leur parcours dans les services sociaux et, d'autre part, la collaboration d'organisations d'autres secteurs d'intervention est aussi souhaitée. Le cadre légal du partenariat interorganisationnel a évolué, passant de la possibilité que les départements locaux de services sociaux demandent l'assistance à une autre personne ou une autre autorité (dans le secteur de l'éducation, du logement ou de la santé) (*Children Act, 1989)* à l'obligation des diverses instances de coopérer entre elles (*Children Act, 2004)*. Il s'agit du passage d'une prestation concertée à une intégration des services.

Une succession de politiques et de programmes ponctuent et appuient l'opérationnalisation du travail en collaboration depuis ces vingt dernières années. Parmi celles-ci, le *Integrated Children System (ICS)* est un système conçu en 2000 afin de combiner le *FACNF* et le système LAC. Il indique les informations à colliger lors des interventions auprès des enfants dans le besoin qu'ils soient maintenus ou non dans son milieu familial. Les intervenants peuvent enregistrer les informations collectées dans un

système informatisé conçu à cette fin. Cette approche d'intervention auprès des enfants et des familles permet 1) un processus cohérent 2) l'utilisation des dimensions du cadre de référence tout au long du processus d'intervention 3) un langage commun pour tous les professionnels impliqués auprès des enfants et leur famille 4) un seul système de saisie des informations. Le système *ICS* est officialisé dans le livre *Every Child Matters (Department for Education and Skills, 2004a, 2004b)*.

Every Child Matters (Department for Education and Skills, 2004a) concrétise la loi sur l'enfant de 2004. Il établit une panoplie de stratégies à mettre en œuvre afin que tous les secteurs d'intervention interpellés par les enfants évaluent les situations de tous les enfants, planifient et appliquent conjointement les interventions appropriées et effectuent de concert les révisions nécessaires. L'universalisation des services d'aide à l'enfance et leur intégration sont les deux composantes clés de ce programme afin que tous les professionnels entourent tous les enfants. Elles s'incarnent dans deux innovations. La première, le *Common Assessment Framework*, a pour objectif de déterminer le plus tôt possible les besoins supplémentaires d'un enfant ou d'un jeune qui ne sont pas comblés par les services de base qu'ils reçoivent, et de fournir un soutien prompt et coordonné afin de satisfaire ces besoins (Department for Education and Skills, 2006 dans ; Léveillé et Chamberland, 2010) Calqué sur le *FACNF*, il est utilisé par les professionnels des secteurs de l'éducation de la santé, de la justice, de la police et des services sociaux. La seconde innovation consiste en un modèle qui accroît la coopération entre les professionnels en s'efforçant d'agir simultanément à différents niveaux allant du plus micro, comme les services intégrés de première ligne, au plus macro, la gouvernance interorganisationnelle.

Le modèle de compréhension et d'intervention des enfants référés aux services sociaux

Le recours au *FACNF* et au CAF requiert la collaboration entre professionnels de divers organismes, voire de divers secteurs d'intervention. Ensemble, ils partagent l'analyse des réalités dans lesquelles les enfants éprouvant des difficultés et leurs familles vivent; la planification des interventions; leur mise en œuvre; ainsi que le suivi de l'état de ces jeunes. Pour ce faire, ils considèrent simultanément trois dimensions du bien-être de l'enfant : 1) ses besoins de développement; 2) les capacités parentales à les satisfaire; et 3) les facteurs familiaux et environnementaux susceptibles d'influencer les réponses à ces besoins (figure 1). Chaque dimension inclut des catégories spécifiques. Le *FACNF* et les principes qui le sous-tendent se sont articulés à partir de données probantes dans plusieurs domaines de recherche (Aldgate et Statham, 2001). Non seulement les études sur le sujet établissent la contribution des conduites parentales dans la manifestation du bien-être des enfants, mais également toute l'importance que revêtent les facteurs familiaux et environnementaux. Ce cadre de référence, en plus de répondre aux 41 articles de la partie I de la CDE, accorde une plus grande attention à la contribution des conditions familiales et environnementales.

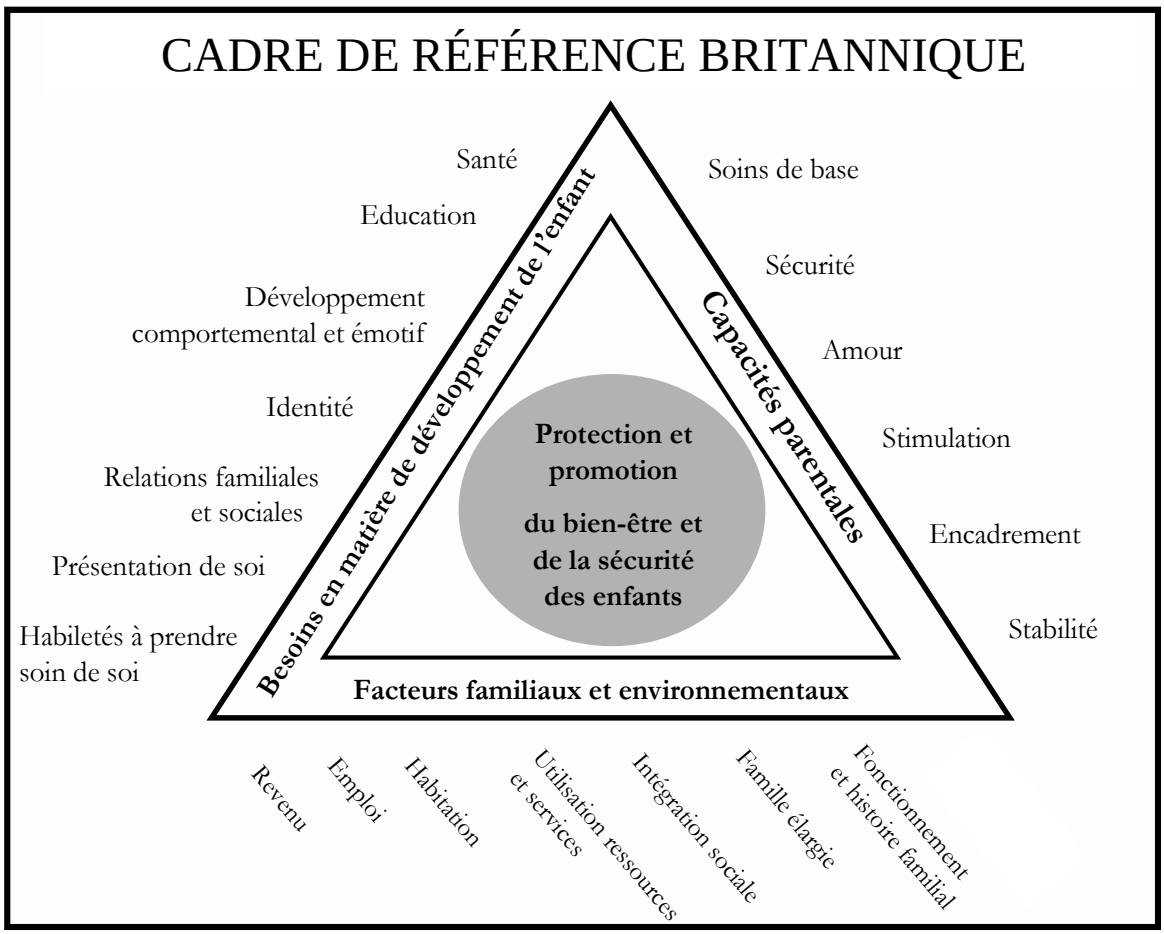


FIGURE 1 : CADRE DE RÉFÉRENCE BRITANNIQUE

En somme, l'intervention s'inscrit dans un processus systématique d'évaluation, de planification, d'intervention et de révision des situations de l'enfant et de sa famille. Cette évaluation : 1) est centrée sur l'enfant; 2) est motivée par son développement; 3) repose sur une approche écologique; 4) assure l'égalité des chances; 5) considère les forces et identifie les difficultés; 6) inclut la participation de l'enfant et de sa famille; 7) se déroule dans un cadre de collaboration inter professionnel et inter organisationnel; 8) suppose des processus continus; 9) se mène en parallèle avec d'autres actions et services et, finalement; 10) est fondée sur des données probantes.

En 2009, près d'un demi-million de cas a été référé aux services sociaux anglais. Une évaluation initiale a été complétée pour 64 % des cas; 22 % ont fait l'objet d'un *Core Assessment*, donc un niveau plus complexe de besoins était présent, une conférence de protection a été planifiée pour 15 % des cas et finalement, 6 % cas ont un plan de protection enregistré (Parton, 2011). Ces données révèlent que les processus d'évaluation ciblent d'autres besoins que ceux de protection et qu'une très faible minorité de cas se retrouve dans cette catégorie.

Dissémination internationale du FACNF et méta évaluation sur son implantation et son efficacité

Plus d'une quinzaine de pays ont adopté ce modèle de services aux enfants en difficulté. Dans certains états, le cadre de référence n'est pas encore implanté, mais des dispositions légales ou stratégiques balisent son utilisation. Chaque état adapte le modèle selon son contexte sociopolitique. Dans l'ensemble, le triangle constitue la représentation visuelle du modèle. La dénomination des domaines et des catégories diffère souvent, quoiqu'elle renvoie aux mêmes concepts. Les différences portent surtout sur la création de nouvelles catégories correspondant en fait à des domaines du bien-être de l'enfant qui étaient déjà inclus dans les catégories du modèle d'origine. Par exemple, en ce qui concerne les facteurs familiaux et environnementaux, l'« école » forme une catégorie à part de celle des « ressources locales » en Écosse et l'ajout des catégories « violence conjugale » « santé/incapacité », « toxicomanie » et « enjeux légaux » est spécifique à l'adaptation du *FACNF* en Australie, bien qu'elles étaient incluses dans la catégorie « facteurs familiaux et environnementaux » du modèle d'origine.

Afin de dresser un bilan évaluatif de ce modèle, nous avons effectué une fouille documentaire dans différentes banques de périodiques électroniques en août 2008 (Léveillé et Chamberland, 2010). Cinquante articles scientifiques traitant du modèle étudié sont répertoriés; ils couvrent en fait 36 études évaluatives différentes[12]. Les résultats des études évaluatives analysées se regroupent sous deux grands thèmes : 1) les résultats d'implantation du modèle ciblé; et 2) les résultats d'impacts de ce modèle. Le premier groupe renvoie aux facteurs ayant facilité l'implantation, aux obstacles rencontrés au cours de cette démarche, ainsi qu'aux effets qu'elle a entraînés sur les services fournis aux enfants et à leur famille. Le groupe de résultats d'impacts réfère aux conséquences de l'application du modèle sur les enfants et leurs parents.

Les résultats de la méta-évaluation soulignent l'importance d'élaborer et d'instaurer des dispositifs structurels et des processus qui soutiennent l'application du cadre de référence étudié et ce, à tous les niveaux écosystémiques. À l'échelle macrosystémique, cette analyse révèle qu'un éventail de lois, de politiques, de stratégies et de programmes gouvernementaux concourent à l'opérationnalisation du modèle. Ces instruments sont cohérents aux différents contextes de services destinés aux enfants et à leur famille. La méta-évaluation atteste de même qu'il est bénéfique de prévoir localement des arrangements organisationnels qui favorisent le leadership, la

[12] Elles portent sur six États : le Royaume-Uni (l'Écosse s'ajoute aux deux nations instigatrices dudit cadre de référence), l'Irlande, la Suède et l'Australie. Plus de 60% des études évaluent l'implantation ou l'impact du modèle dans les pays qui ont contribué à son développement soit l'Angleterre et le Pays de Galle. Trente-quatre études traitent de l'évaluation d'implantation et 14 portent sur les effets proximaux (expérience de participation des enfants et des parents), une mesure les effets intermédiaires (expérience parentale) et enfin une porte sur les effets ultimes (besoins développementaux des enfants). Les formes de diffusion principales sont les suivantes : communications (15), articles (13) et rapport de recherche (9).

collaboration interorganisationnelle, la formation professionnelle, la planification de l'implantation, l'appropriation du modèle, l'allocation du temps nécessaire à son implantation et à son appropriation, l'utilisation des technologies de l'information et des communications et la réflexivité. Ces arrangements réduiraient leurs contreparties observées telles que la confusion, les biais cognitifs et les savoirs défaillants et inégaux entre partenaires locaux. Ces résultats sur les facteurs qui facilitent et entravent l'implantation locale du FACNF concordent avec ceux d'autres travaux au sujet des collaborations dans le domaine de la protection de l'enfance (Hamel, Cousineau et Vézina, 2006; Léveillé et Bouchard, 2007a, 2007b; Léveillé, Chamberland, Trocmé et Brown, 2010; Saini et Léveillé, 2010). De plus, les chances de réussite seront augmentées s'ils sont soutenus à des niveaux systémiques supérieurs.

Par ailleurs, cette analyse dévoile les effets bienfaisants du modèle étudié sur les pratiques. En effet, l'utilisation du cadre de référence amène les professionnels à faire une meilleure évaluation des situations complexes qu'ils rencontrent, d'en avoir une vision plus holistique et centrée sur l'enfant et conséquemment, à mieux planifier les interventions. Elle augmente les collaborations interprofessionnelle et interorganisationnelle. Elle accroît aussi la participation des enfants et des parents à la prestation des services qui leur sont voués, à des degrés toutefois moindres qu'anticipés. Aussi, le FACNF structure et clarifie le travail des professionnels. C'est probablement ce qui contribue à la réalisation d'une meilleure analyse des situations qui sont portées à leur attention. En revanche, les intervenants ne considèrent pas équitablement toutes les catégories du cadre de référence et ne colligent pas suffisamment d'informations dans leurs dossiers. Peut-être que la surcharge de travail engendrée par la longueur de passation du *CA record* et son caractère détaillé sont à l'origine de ces omissions. Le modèle cible semble fort prometteur avec l'emploi d'une version condensée et améliorée du *CA record*

La recherche constate aussi que peu d'études évaluatives du FACNF traitent de ses impacts sur le bien-être des enfants. Lorsqu'il en est question, l'expérience que les enfants et surtout les parents ont de cette nouvelle façon de faire est mitigée. Bien que la majorité d'entre eux expriment une opinion positive, il n'en demeure pas moins qu'il semble y a avoir des ratés selon plusieurs autres qui seraient davantage attribuables aux qualités personnelles des professionnels qu'au modèle appliqué. À cet effet, il faut s'assurer que ces intervenants œuvrent dans une organisation et une localité qui offrent les conditions précédemment citées aptes à porter fruits.

Finalement, la méta-évaluation expose le besoin criant des recherches évaluatives qui intègrent des mesures du développement de l'enfant. Il est primordial de connaître maintenant si l'amélioration des pratiques professionnelles notée dans la présente méta-évaluation opère avantageusement sur l'état des enfants.

En résumé, le FACNF est une formule d'organisation et de prestation des services en matière d'enfance en difficulté encore très jeune. Son implantation requiert une

coordination de conditions multisystémiques qui suppose que, à l'instar d'autres programmes jugés probants, la qualité des effets est liée à la qualité de son implantation.

Le rapport Munro : des réajustements nécessaires et des leçons tirées des erreurs commises.

En juin 2010, le secrétaire d'État à l'Éducation en Angleterre confiait à Eileen Munro (Munro, 2011) le mandat suivant : « comment s'assurer que les professionnels des services sociaux développent le meilleur jugement possible pour protéger les enfants vulnérables? » Cette commission a été mise sur pied en raison de la mort du bébé Peter en 2007 des suites de traumatismes violents infligés par le conjoint de la mère du petit garçon. Durant les 17 mois où il a vécu, il y eut 60 visites des services sociaux, policiers et médecins. Ce triste événement a non seulement traumatisé l'ensemble du pays, mais a questionné sérieusement les pratiques en cours dans le réseau des services aux jeunes et aux familles. Un rapport final publié en 2011 a formulé 15 recommandations pour améliorer le système de protection et de bien-être des enfants. Les orientations proposées sont notamment : valoriser l'expertise professionnelle, partager la responsabilité du soutien aux familles, développer l'expertise des travailleurs sociaux; créer des conditions organisationnelles pour soutenir des pratiques efficaces; clarifier les indicateurs d'imputabilité et développer un contexte d'apprentissage continu. Plus concrètement, l'évaluation doit soutenir le jugement clinique et non pas être un exercice à des fins technico-administratives; lever les contraintes pour favoriser l'innovation locale; les inspections ne doivent pas se limiter à l'efficacité des services sociaux, mais inclure également les réseaux de la santé, de l'éducation, de la police ou du système judiciaire de telle sorte à renforcer l'idée que la protection des enfants soit une responsabilité collective; que cette collaboration intersectorielle soit animée au plus haut niveau (ex. : implication du Collège royal des pédiatres, des médecins généralistes); faire en sorte que des intervenants expérimentés soient responsables de la qualité des services et aient peu de charges administratives additionnelles; lors de la révision de cas sérieux, développer des méthodologies pour développer une culture professionnelle apprenante; partager la responsabilité de l'intervention précoce en identifiant l'ensemble des besoins et des ressources locaux; assurer un cadre de formation continue de qualité pour le développement de l'expertise et l'évaluation de la performance; améliorer le contexte organisationnel pour soutenir le développement professionnel et améliorer la réponse aux besoins; désigner un cadre senior travailleur social activement impliqué dans la prestation des services directs aux enfants et familles; et enfin créer un poste de travailleur social en chef qui rend des comptes annuellement au Parlement sur le travail en lien avec le Children Act 1989. (Munro, 2011). Ainsi, le virage effectué dans les 20 dernières années d'une approche centrée sur la protection des enfants vers une approche centrée sur le soutien des familles soulève des tensions importantes. La mort du bébé Peter a redirigé l'attention vers des enjeux de protection et a soulevé l'importance de l'expertise et du soutien professionnel (Parton, 2011). L'équilibre délicat entre les différentes orientations dans les dispositifs

pour assurer la protection et le bien-être des enfants n'est jamais statique (Gilbert *et al.*, 2011). La vigilance est de mise.

2.4 En conclusion

L'approche de protection canadienne et en particulier québécoise, qui s'articule autour du principe « sauvons les enfants », présente des limites préoccupantes. Ainsi, quelle que soit l'approche privilégiée, la protection de l'enfance est pensée de plus en plus en terme systémique. La planification du soutien et des services ne doit plus se faire de manière hiérarchique et linéaire, mais plutôt de manière intégrée (Wulczyn *et al.*, 2010). Il y a donc une injonction à organiser les dispositifs sectoriel et intersectoriel de manière plus collaborative et interreliée, en intégrant davantage les actions en promotion, prévention et protection. 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 plus d'une décennie (English, Wingard, Marshall, Orme et Orme, 2000; Harden et Whittaker, 2011; Hardiker *et al.*, 2002; Jonson-Reid et Barth, 2000; Lacharité, 2009; Lacharité *et al.*, 2006; Sandau-Beckler, Salcido, Beckler, Mannes et Beck, 2002; Tunnard, 2002; Ward et Peel, 2002). Le projet AIDES vise précisément à implanter des pratiques qui encouragent une évaluation et une intervention plus holistiques et systématiques, centrées sur l'ensemble des besoins de développement des enfants et de leurs milieux de vie.

3. Description de l'initiative AIDES

L'initiative AIDES propose l'implantation d'une solution novatrice, durable et complémentaire aux pratiques en cours dans les services sociaux de première ligne (centre de la santé et des services sociaux – CSSS) et de deuxième ligne en matière de protection et de prévention des mauvais traitements (centre jeunesse – CJ) à l'endroit des enfants et ce, afin d'améliorer le développement des enfants et leur sécurité.

Les pages suivantes décrivent les différentes composantes de l'initiative AIDES : les bases théoriques, le modèle logique, les objectifs, la population visée, les moyens, les activités de soutien et les modes de fonctionnement.

3.1 Mission et objectifs

AIDES a pour mission de favoriser et de soutenir les démarches de collaboration entre les parents et l'ensemble des réseaux qui œuvrent auprès des enfants et de leur famille (ex. CSSS, CJ, services spécialisés, écoles, centres de la Petite Enfance (CPE), sécurité publique, organismes communautaires) afin que collectivement, ils puissent agir simultanément et plus efficacement sur les causes à l'origine de la victimisation et de la criminalité, lesquelles causes sont enracinées dans une grande variété de facteurs de risque mettant souvent en péril le développement, la sécurité et l'avenir des enfants qui y sont exposés.

Plus spécifiquement, AIDES vise à :

- assurer la sécurité des enfants, favoriser leur développement optimal et contribuer à leur avenir;
- soutenir les parents ou les figures parentales dans l'exercice de leurs responsabilités parentales;
- favoriser la participation des parents et leur collaboration tout au long du processus d'intervention ainsi qu'au moment de prendre les décisions qui concernent l'enfant et la famille;
- promouvoir un climat de collaboration qui appelle au décloisonnement des pratiques afin qu'elles deviennent plus complémentaires et cohérentes et à une meilleure coordination et intégration des interventions et des services.
- améliorer la capacité collective des communautés à contrer les nombreux facteurs qui menacent la sécurité et le développement des enfants et qui augmentent considérablement leurs chances d'emprunter des parcours de victimisation, de délinquance et de criminalité.

3.2 Bases théoriques

3.2.1 Théorie du problème

Les enfants ciblés par l'initiative AIDES grandissent souvent dans des familles dont les conditions sociales et économiques sont précaires et peu satisfaisantes. Confrontés dès leur plus jeune âge à des milieux de vie extrêmement difficiles (ex. pauvreté, séparation ou divorce des parents, violence conjugale, isolement social, alcoolisme et toxicomanie, problèmes de santé mentale, mode de vie criminel, compétences parentales inadéquates, discipline incohérente et supervision interrompue, mauvaises habitudes de vie), ces enfants sont susceptibles d'accumuler de nombreux désavantages. Les difficultés qu'ils rencontrent sont souvent accentuées par d'autres menaces liées à leur tempérament et à leur milieu social (ex. intimidation, exclusion, isolement, amis déviants, absence ou accès limité aux divers services). Ce cumul de facteurs de risque augmente considérablement les probabilités qu'ils soient victimes d'abus et de négligence, empruntent d'éventuelles conduites déviantes et violentes, et connaissent plus tard des démêlés avec la justice.

Comme le démontrent de nombreuses études, ces enfants résistent difficilement à l'influence d'un tel environnement. Voilà pourquoi ils peuvent présenter des séquelles qui, à leur tour, sont considérées comme des facteurs de risque pouvant se répercuter sur leur développement, leur intégration et leur participation à la société. Cet effet circulaire est susceptible de porter préjudice à la sécurité et au bien-être de ces enfants qui vivent de la détresse et accusent des retards sur les plans :

- de la santé physique (ex. retard dans les vaccins ou les soins dentaires, développement physique insatisfaisant) et mentale (ex. dommages neurologiques, anxiété, dépression);
- du développement émotif (ex. attachement peu chaleureux et peu sécurisant, faible sentiment de sécurité et d'estime de soi, hyperactivité);
- du développement cognitif (ex. troubles d'apprentissage, retard et décrochage scolaire);
- de l'adaptation psychosociale (ex. agressivité, compétences sociales déficitaires, comportements antisociaux et perturbateurs).

3.2.2 Théorie de l'action

La théorie du changement sur laquelle reposent les actions découlant de l'initiative AIDES s'appuie sur deux cadres conceptuels abondamment validés sur le plan empirique : le modèle bioécologique du développement humain (Bronfenbrenner, 1996; Bronfenbrenner et Ceci, 1994; Garbarino et Ganzel, 2000) et le modèle de *l'empowerment* (Bickman, Heflinger, Northrup, Sonnichsen et Schilling, 1998; Dunlap, 1997; Dunst et Paget, 1991; Dunst et Trivette, 1996; Dunst, Trivette et Lapointe, 1992; Dunst, Trivette et Lapointe, 1994; Elizur, 1996; Heflinger, Bickman, Northrup et Sonnichsen, 1997; McCallum et Prilleltensky, 1996; Resendez, Quist et Matshazi, 2000; Trivette, Dunst et Hamby, 1996; Turnbull, Turbiville et Turnbull, 2000).

Modèle bioécologique du développement humain

Le modèle bioécologique souligne que les moteurs du développement humain reposent sur les relations continues que l'individu entretient avec les personnes appartenant aux réseaux sociaux proximaux auxquels il participe. Ces relations constituent des processus proximaux de développement. Ainsi, les rapports qui s'établissent entre des figures parentales et des enfants de même qu'entre des usagers de services sociaux, sanitaires et éducatifs et des professionnels offrant ces services constituent des sources directes d'influences du développement des enfants (et des figures parentales). La qualité des liens, de même que leur continuité et leur intensité, doivent être considérées comme des facteurs potentiels affectant le développement individuel des personnes impliquées dans ceux-ci. Ainsi, le développement des enfants dépend non seulement de l'intensité, de la continuité et de la qualité des liens avec les membres de sa famille (notamment leurs figures parentales), mais également des liens qu'ils entretiennent avec d'autres figures éducatives qu'ils côtoient dans les divers microsystèmes auxquels ils participent activement (services de garde, école, services spécialisés, etc.). Toutefois, les recherches sur le développement des enfants au cours des trente dernières années montrent que les processus proximaux à l'intérieur de la famille sont prépondérants dans le cas des enfants de moins de douze ans et que l'influence qu'exercent les expériences développementales vécues dans les autres contextes micro systémiques ne doit pas être considérée comme étant indépendante de l'influence du milieu familial (Davies, 2004; Webb, 2003). Par conséquent, les bénéfices développementaux les plus grands pour l'enfant se situent dans les situations où des formes de partenariat s'établissent entre la famille et les autres contextes proximaux de développement de ce dernier. En s'appuyant sur une approche centrée sur les besoins des enfants et en visant à établir une cohérence dans le partage des responsabilités entre les adultes qui font partie de leur entourage, l'initiative AIDES vise à prévenir la criminalité en tentant d'agir sur ces leviers développementaux dans la vie des enfants. Dans une perspective bioécologique, « changer » signifie soutenir un ensemble de processus proximaux qui favorisent le développement des enfants et transforment ceux qui interfèrent directement avec celui-ci.

Le modèle bioécologique ne permet pas seulement d'expliquer et de comprendre le développement des enfants, mais également le développement des adultes qui les côtoient, et en particulier leurs figures parentales. Belsky (1985) a développé un modèle bioécologique de l'exercice du rôle parental qui a inspiré deux décades de travaux empiriques sur la parentalité. L'exercice des responsabilités parentales constitue ici non pas seulement une tâche instrumentale, mais aussi (et surtout) une tâche développementale pour les adultes. Cette tâche est façonnée par des forces en provenance de cinq domaines distincts : 1) les caractéristiques personnelles de la figure parentale, produites notamment par son histoire développementale; 2) les caractéristiques individuelles de son enfant; 3) la qualité de la relation avec l'autre figure parentale; 4) la qualité du soutien fourni par son réseau social; et 5) la qualité des liens qu'il entretient avec le monde du travail. Dans le cadre de l'initiative AIDES,

l'exercice responsable du rôle parental constitue le second objectif des actions proposées (le premier étant le soutien au développement des enfants).

Modèle de l'empowerment

La théorie du changement sur laquelle reposent les actions directes auprès des figures parentales s'inspire également du modèle de *l'empowerment*. Le concept d'*empowerment* met l'accent sur le développement du pouvoir d'agir des individus et des collectivités (LeBossé et Dufort, 2001). Dunst, Trivette*, et al.* (1994), Gutiérrez, Parsons et Cox (1998) et Wise (2005) ont beaucoup contribué à opérationnaliser les principes d'*empowerment* dans le cadre des interventions sociales et éducatives avec des figures parentales. Ils mettent l'accent sur deux formes d'expériences qui sous-tendent le développement du pouvoir d'agir des parents. La première est l'expérience d'être reconnus dans leurs capacités et compétences de même que l'expérience corollaire d'être soutenus dans l'exercice de celles-ci et l'acquisition de nouvelles compétences. Il s'agit ici d'un élément fondamental à la base de la constitution des alliances relationnelles entre les intervenants et les figures parentales. Les situations de résistance des figures parentales aux services qui leur sont offerts pour les aider relèvent souvent de contextes de pratiques professionnelles qui font l'économie de cette reconnaissance et de ce soutien et peuvent même sans le savoir reproduire divers mécanismes oppressifs, dégradants ou paralysants qui occupent la vie de ces figures parentales (p. ex. : le dénigrement ou le mépris, la violence symbolique). Ces situations de résistance peut aussi relever de conditions personnelles ou environnementales (p. ex. : la présence de problèmes de santé mentale chez la figure parentale) qui rendent particulièrement complexe l'implantation de ces pratiques de reconnaissance et de soutien des capacités et des compétences parentales. L'autre forme d'expérience sur laquelle s'appuie le développement du pouvoir d'agir des parents est celle de disposer de choix et d'informations leur permettant de contrôler les divers aspects qui influencent leur vie et celle de leurs enfants. Cela évoque au premier plan les espaces dont disposent les parents pour participer activement aux multiples décisions qui affectent leur vie. Les mécanismes sociaux qui assujettissent, dépossèdent ou oppriment certaines familles ont comme conséquences directes de réduire, voire parfois d'éliminer les espaces de participation des parents.

Les pratiques professionnelles qui favorisent la création de ce type d'expériences s'appuient, en général, sur ce que Dunst et ses collaborateurs (1994) appellent des « activités participatives ». Ce sont des pratiques qui visent à soutenir et à renforcer chez les figures parentales leurs compétences dans cinq domaines : 1) définir, identifier et exprimer leurs besoins, projets et aspirations et ceux de leurs enfants; 2) mobiliser des ressources nécessaires à la satisfaction de ces besoins ou à la réalisation de ces projets et aspirations; 3) prendre des décisions qui concernent leur vie et celle de leurs enfants; 4) rechercher des solutions aux problèmes qu'ils (ou leurs enfants) rencontrent; et 5) contrer les obstacles qui entravent l'exercice de leurs compétences, la satisfaction de leurs besoins (ou ceux de leurs enfants) et la réalisation de leurs projets ou aspirations. L'initiative AIDES vise à mettre en œuvre cette forme de pratique en

soutenant les figures parentales dans l'identification systématique de leurs besoins et ceux de leur enfant et en les invitant à participer activement à toutes les étapes de l'intervention (analyse des besoins ; planification des actions ; mise en œuvre et suivi du plan d'action; révision du plan d'action).

La protection des enfants et l'*empowerment* des parents sont parfois vus comme étant deux entreprises incompatibles. En effet, que signifie soutenir le pouvoir d'agir des figures parentales qui victimisent, sur les plans physique, sexuel ou psychologique, leurs enfants? Une approche d'*empowerment* ne contribue-t-elle pas à exacerber le pouvoir que ces parents exercent sur leurs enfants? Ce type d'interprétation repose sur une compréhension superficielle, voire une incompréhension de ce qu'est la parentalité et des conditions d'exercice de ce rôle social. La victimisation des enfants par leurs figures parentales relève la plupart du temps des expériences d'impuissance de ces derniers face aux responsabilités et exigences de leur rôle (Bugental et Happaney, 2000; Bugental et Lewis, 1998; Bugental et Lewis, 1999). Le pouvoir qu'ils exercent sur leurs enfants constitue souvent un symptôme de la restriction des choix et des informations dont ils disposent pour contrôler leur propre vie et de la fragilité de leur sentiment de compétence et du désarroi dans l'exercice du rôle de parent. Le modèle d'*empowerment* est tout à fait compatible avec une démarche de responsabilisation des figures parentales à l'égard de leur conduite envers leurs enfants (Chamberland, 2003; Éthier et Lacharité, 2007).

L'initiative AIDES vise à mettre en place des pratiques et des services professionnels intégrés et fondés sur une analyse systématique des besoins développementaux des enfants et une approche participative avec les figures parentales. L'hypothèse d'action sur laquelle repose l'initiative AIDES prévoit que celle-ci contribuera à influencer les processus proximaux de développement dans la vie des enfants (expériences développementales, stimulantes, protectrices et curatives) et des figures parentales (expériences d'être soutenus, expériences de disposer de choix et d'informations leur permettant d'avoir du contrôle sur leur vie). L'hypothèse conceptuelle sur laquelle repose l'initiative prévoit que l'amélioration de ces processus proximaux de développement dans la vie des enfants et des figures parentales aura des effets ultimes sur la qualité de l'adaptation parentale et de l'exercice des responsabilités parentales, de même que sur la sécurité et le développement des enfants (en particulier, sur les manifestations comportementales et émotionnelles de problèmes extériorisés). Il est prévu que les effets observés chez les enfants soient médiatisés par les effets observés chez les figures parentales. Les questions et hypothèses de la recherche évaluative de l'initiative AIDES sont conçues en fonction du modèle logique présenté ci-dessous.

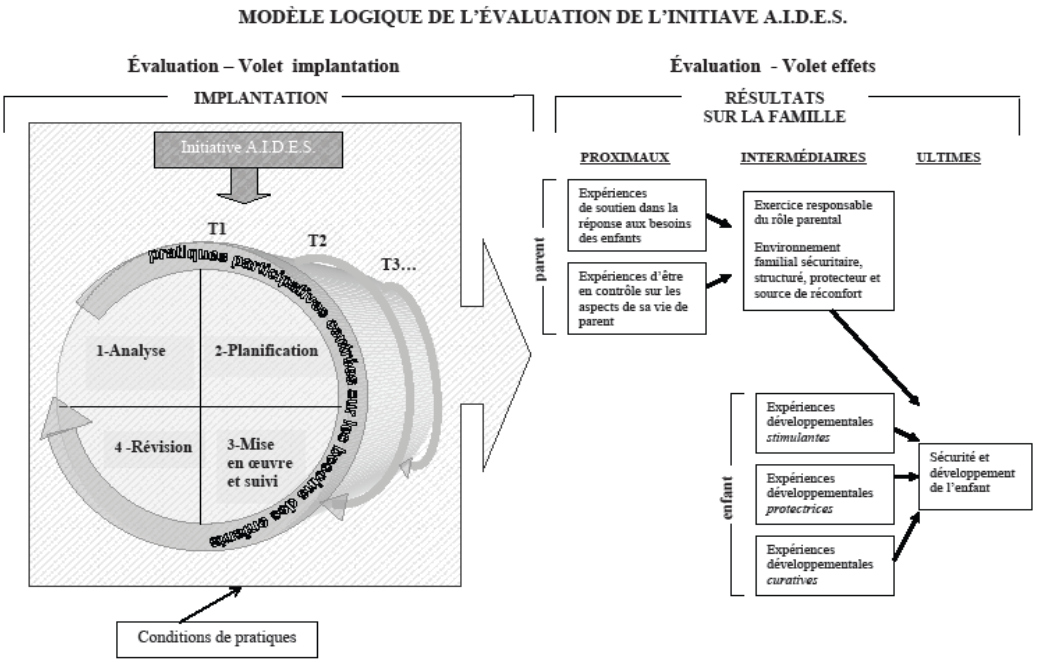


FIGURE 2 : MODÈLE LOGIQUE DE L'ÉVALUATION DE L'INITIATIVE AIDES

3.3 Les familles visées

AIDES s'adresse principalement aux enfants âgés de 9 ans et moins qui sont exposés à de multiples facteurs de risque tels que libellés par le Centre national de prévention du crime (CNPC) (2007):

- famille dysfonctionnelle et/ou violence familiale, négligence et toxicomanie et/ou modèles adultes ou parentaux insuffisants, criminalité parentale, parents adoptant des attitudes violentes et frères ou sœurs ayant des comportements antisociaux et/ou pauvreté extrême (catégorie : famille);
- victimisation par la violence et/ou troubles de comportements (catégorie : caractéristiques personnelles);
- désorganisation sociale, notamment pauvreté grave et changement fréquent de domicile et/ou quartier où le taux de criminalité est élevé et/ou sentiment d'insécurité dans le quartier (catégorie : collectivité).

Les enfants doivent répondre à quatre critères d'inclusion :

- être âgés au début de l'intervention de 9 ans et moins;
- recevoir (eux ou leurs parents) des services *d'au moins deux établissements* (notamment Centre jeunesse (CJ), Centre de santé et de services sociaux (CSSS), ajouter d'autres exemples);

- la situation familiale de ces enfants doit être suffisamment détériorée pour susciter des *préoccupations significatives face à leur développement* (ex. signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) ou indice de priorisation élevé en CSSS);
- le *maintien en milieu naturel* est l'orientation retenue dans le cadre des services proposés.

Toutefois, la présence d'un diagnostic de trouble envahissant du développement ou de déficience intellectuelle chez l'enfant cible constitue un critère d'exclusion.
AIDES s'adresse également aux adultes qui ont la garde physique de ces enfants : les figures parentales. Une attention particulière sera accordée au parent qui a l'implication la plus intense dans les soins et l'éducation de l'enfant ciblé dans la famille.

3.4 Les territoires ciblés

Quatre territoires de CSSS du réseau québécois de la santé et des services sociaux ont été ciblés pour l'implantation : dans la région de Montréal le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord (CSSSAMN) et dans la région de la Mauricie et Centre-du-Québec les CSSS de l'Énergie (CSSSÉ), de Drummond (CSSSD) et d'Arthabaska-Érable (CSSSAÉ). Les territoires ont été choisis en fonction de l'un ou plusieurs des trois facteurs suivants : 1) le niveau de besoins présenté aux tableaux 2 et 3; 2) l'ouverture au changement des milieux de pratique et 3) la diversité des environnements sociaux et de services (urbain, semi-urbain et rural) qu'ils offrent, information pertinente pour l'évaluation de l'implantation.

Ces quatre territoires ont été sollicités, car ils ont une grande tradition sur les plans de la concertation et de la mobilisation communautaire, cumulant ainsi de nombreuses expériences positives de partenariat. D'ailleurs, ils appuient fortement l'initiative AIDES, car ils la considèrent comme un levier supplémentaire pour 1) faciliter la mise en place des conditions nécessaires à la sécurité et au développement des enfants qui sont à risque et victimes d'abus et de négligence et 2) assurer le renouvellement de pratiques harmonieuses et efficaces entre les différentes organisations.

Tableau 2 : Ampleur des mauvais traitements[13]

Mauvais traitements (taux pour 1 000 enfants)[14]	Montréal		Mauricie et Centre-du-Québec				Province Québec
	CSSSA-MN		CSSSÉ	CSSSD	CSSSA-É		
	CLSC AH	CLSC MN	CLSCCM	CLSCD	CLSC SC	CLSC É	
Abus physique ou négligence							
Enfants 0-5 ans signalés							
1994-1997	6,6	14,6	11,2	7,8	6,7	7,6	10,99
1998-2000	8,1	22,5	16,9	14,5	8,7	7,8	13,13
Enfants 0-5 ans sous mesure							
1994-1997	6,8	12,0	12,2	8,9	4,9	7,6	7,83
1998-2000	10,7	21,3	16,1	10,9	6,5	9,4	11,28
Négligence							
Enfants 0-5 ans signalés							
1994-1997	5,3	12,1	10,3	6,5	4,5	7,6	9,36
1998-2000	6,0	19,2	13,0	12,7	7,7	6,2	11.15
Enfants 0-5 ans sous mesure							
1994-1997	6,4	11,5	11,2	8,3	4,3	7,1	7,33
1998-2000	9,1	19,5	13,3	10,3	6,3	8,6	10,55

Tableau 3 : Facteurs de risques associés aux mauvais traitements[15]

	Groupe AIDES					**Groupe témoin**				
Facteurs de risque selon les territoires de CSSS	A-MN	É	D	A-É	**Moyenne**	SO-V	BNY	TR	M	**Moyenne**
Familles avec 3 enfants et plus	13 %	12 %	16 %	19 %	**15 %**	15 %	19 %	15 %	12 %	**15 %**
Familles monoparentales	38 %	25 %	25 %	23 %	**27.8 %**	42 %	20 %	31 %	27 %	**30 %**
Familles à faible revenu	33 %	16 %	13 %	12 %	**18.5 %**	36 %	10 %	19 %	14 %	**19.8 %**
Population 15-24 ans ayant un niveau de scolarité inférieur à la neuvième année	37 %	33 %	42 %	40 %	**38 %**	33 %	41 %	34 %	42 %	**37.5 %**
Population 25-64 ans ayant un niveau de scolarité inférieur à la neuvième année	19 %	27 %	20 %	24 %	**22.5 %**	14 %	21 %	14 %	26 %	**18.8 %**
Taux de chômage	10 %	6 %	8 %	6 %	**7.5 %**	10 %	6 %	7 %	8 %	**7.8 %**

[13] Les tableaux 2 et 3 n'ont pas été mises à jour pour le présent rapport, car les informations qui s'y trouvent ont servi pour le choix des territoires témoin.

[14] Sources : Numérateur : Base de données des Centres jeunesse et de la loi sur la protection de la jeunesse (CJ-LPJ). Dénominateur : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec, Estimations démographiques selon le territoire de CLSC, 1981-2000, édition 2005. Données analysées par CRABE, 2005 (Massicotte , Dufour, Blais et Pitre, 2007).

[15] Statistique Canada, recensement 2001

3.5 Contexte de pratique dans lequel s'expérimente l'initiative AIDES

Cette partie vise à établir un portrait aussi complet que possible du contexte dans lequel s'expérimente l'initiative AIDES. Il faut souligner que des organismes communautaires sont partenaires de l'implantation de l'initiative AIDES. Cependant dans le cadre de ce rapport, ce sont les milieux de pratique (CJ et CSSS) où sont recrutés les enfants qui sont présentés. Dans un premier temps, une description de ces milieux permet d'en dégager les caractéristiques propres. Puis, les programmes où sont recrutés les enfants à l'intérieur des milieux de pratique sont présentés et mettent en relief l'arrimage entre ceux-ci et la proposition de l'initiative AIDES et la plus-value de AIDES pour ces programmes. Enfin, les activités déployées par l'équipe de recherche pour soutenir l'implantation du projet sont décrites et un bilan de ces activités est présenté.

3.5.1 Description des milieux de pratique

L'initiative AIDES s'expérimente dans deux milieux de pratique du domaine des services sociaux dans la région de Montréal et du Centre-du-Québec, soit les Centres de santé et de services sociaux et les Centres jeunesse. Ces deux milieux ont déjà pour mission d'offrir les meilleurs services possibles aux enfants, aux jeunes et à leur famille, par l'entremise de services continus et complémentaires entre les différents intervenants qui œuvrent auprès de ces clientèles à risque.

Qu'est-ce qu'un centre de santé et de services sociaux (CSSS)?

Au Québec, la santé et les services sociaux sont sous juridiction provinciale. La santé comme les services sociaux se regroupent au sein d'un même ministère, soit le *ministère de la Santé et des Services sociaux*. Depuis décembre 2003, la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* est en vigueur au Québec. Cette nouvelle législation implique la mise en place d'une nouvelle organisation des services de santé et de services sociaux dans chaque réseau local de services, situés à l'intérieur des différentes régions du Québec. Au cœur de chaque réseau local de services se retrouve un centre de santé et de services sociaux (CSSS). Le CSSS résulte de la fusion des centres locaux de services communautaires (CLSC), des centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et, dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier. Le fonctionnement des CSSS a pour objectif principal de favoriser une meilleure intégration des services sociaux et de santé et une facilitation du parcours de chaque individu dans les services. Le CSSS représente donc, depuis 2003, l'assise du réseau local de services et assure l'accessibilité, la qualité et la continuité des services destinés à la population d'un territoire (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2011).

Qu'est-ce qu'un centre jeunesse (CJ)?

Au Québec, les centres jeunesse (CJ) regroupent les établissements publics qui ont pour mission de fournir de l'aide et des services spécialisés aux enfants et aux jeunes qui éprouvent des difficultés graves d'adaptation, ainsi qu'à leur famille. Ils ont pour mandat d'intervenir lorsque des enfants et adolescents de moins de 18 ans vivent des situations susceptibles de mettre en danger leur sécurité et leur développement. Ces situations à risque peuvent dépendre d'une source extérieure (négligence, abandon, abus physique ou sexuel) ou d'eux-mêmes, par des comportements comme des fugues ou l'abus de drogues. En vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, le directeur de la protection de la jeunesse de chaque centre jeunesse se voit confier le mandat de recevoir les signalements des enfants en situation de danger et d'assurer la protection des cas d'enfants dont la sécurité et le développement sont jugés compromis. Les interventions ciblent directement l'enfant, mais s'adressent aussi aux figures parentales afin d'éviter que la situation ne se reproduise. Les professionnels qui offrent des services aux jeunes en difficulté et à leur famille sont majoritairement issus des domaines de la psychoéducation, du travail social, de la criminologie et de la psychologie. Les services offerts par les CJ s'adressent aussi aux jeunes mères qui vivent d'importants problèmes d'adaptation, aux personnes à la recherche de leurs antécédents biologiques, ainsi qu'aux parents adoptifs (Association des centres jeunesse du Québec, n.d.).

3.5.2 Intervenants interpellés par l'implantation

Les intervenants qui ont été interpellés pour l'implantation du projet AIDES sont des intervenants dédiés (CSSS) ou des personnes autorisées (centre jeunesse) qui offrent un suivi auprès de l'enfant ciblé pour la recherche et de sa famille. Ces intervenants détiennent des formations diversifiées telles que: travailleur social, éducateur spécialisé, criminologue, psychoéducateur, infirmière. Ils œuvrent dans le cadre des programmes dans lesquels s'inscrit l'initiative AIDES. Ils sont appelés à participer à l'ensemble des activités de soutien offert dans le cadre de l'implantation de l'initiative AIDES.

3.5.3 Programmes dans lesquels s'inscrit l'initiative AIDES

Dans sa démarche d'implantation, l'initiative AIDES s'inscrit au sein de différents programmes et services déjà existants au Québec. Autant par la clientèle qu'ils ciblent que par les approches et outils d'intervention préconisés, ces programmes s'arriment très bien avec la mission proposée par AIDES. La contribution spécifique de l'initiative AIDES par ses moyens promus, sa formation et ses mécanismes de soutien est présentée soulignant l'importance et la pertinence de l'implantation. Le tableau 4 de la page 53 fait une synthèse des composantes de l'initiative AIDES et des programmes dans les milieux de pratique où s'expérimente AIDES.

Programme d'intervention en négligence : Des racines et des ailes, un programme d'aide aux familles

Au cours des dernières années, le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire a créé un programme d'intervention en négligence se basant sur les meilleures pratiques et les recherches les plus actuelles. Ce programme, qui porte le nom *Des racines et des*

ailes, un programme d'aide aux familles, adhère à une philosophie d'intervention basée sur le développement de la mobilisation des figures parentales, l'*empowerment* et la recherche de solutions. Le programme se base sur les approches théoriques de l'attachement, de l'intégration sociale, du modèle écologique et de la perspective développementale. L'approche d'intervention préconisée dans *Des racines et des ailes* est multimodale : l'enfant, la figure parentale à titre personnel et dans son rôle de figure parentale ainsi que la famille sont tous des cibles. Les interventions peuvent être individuelles, de groupe, impliquer un suivi à domicile, etc.

Programme Aide Personnelle, Familiale et Communautaire de seconde génération (PAPFC^2)

Le PAPFC^2 est le programme de pointe en négligence qui est privilégié au sein du Centre Jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec pour l'ensemble de son territoire et ce, depuis 1995. Ce programme est mis en place en collaboration avec le Centre Jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec, les CSSS et des organismes communautaires familles de la communauté. Il s'adresse aux familles les plus vulnérables et à haut risque de négligence, suivies autant par le Centre Jeunesse (sécurité et développement compromis selon la Loi de la protection de la jeunesse[16] pour motif de négligence ou haut risque de négligence, soit les articles : 38 a, 38 b1, 38 b2,) que par le CSSS (familles à haut risque de négligence et faisant l'objet d'une priorisation des services). Les familles inscrites à ce programme font l'objet d'une sélection et d'une évaluation de leurs besoins afin d'assurer qu'ils répondent aux critères du programme.

Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)

La présence des SIPPE dans l'ensemble des CSSS constitue un effort du MSSS visant à intégrer les différents programmes s'adressant aux familles vulnérables. Ainsi, les figures parentales ou futurs parents ciblés par ces services possèdent certaines caractéristiques reconnues comme représentant un risque pour l'enfant à naître ou le jeune enfant, notamment un jeune âge, une faible scolarité ou le fait de vivre dans la pauvreté (Hamel *et al.*, 2006). Les services offerts par SIPPE prennent source dans trois autres programmes apparus quelques années auparavant, dont *Naître égaux, grandir en santé (NÉGS)*, s'adressant aux figures parentales vivant en contexte d'extrême pauvreté et ayant pour buts principaux de limiter les risques de naissance de petit poids et favoriser l'adaptation au rôle de figures parentale (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995). L'évolution des connaissances scientifiques et pratiques a ensuite mené à la création du *Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP)*, qui s'inscrit en continuité et cohérence avec les pratiques et services offerts avec le programme NÉGS. De même, dans le cadre du projet *Priorités nationales de santé publique (1997-2002),* plusieurs régions du Québec ont mis en place un programme visant les enfants de 2 à 5 ans en provenance de milieux défavorisés, qui vise le développement global de l'enfant et les habiletés parentales. Au fil des travaux et de la planification ministérielle, les trois programmes ont finalement été intégrés dans ce qu'on appelle aujourd'hui SIPPE (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2004). Dans sa programmation, SIPPE

[16] Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012)

inclut précisément deux volets principaux, soit 1) l'accompagnement des familles et 2) le soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être. Le premier volet inclut les visites à domicile par une intervenante privilégiée, l'importance du rôle des pères dans la démarche, la participation d'équipes multidisciplinaires et l'utilisation d'un plan d'intervention. Le deuxième volet met quant à lui l'accent sur l'importance des alliances avec le milieu et l'action intersectorielle (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2004).

Équipes d'intervention jeunesse (ÉIJ)

Les ÉIJ représentent une composante centrale d'une initiative expérimentale de coordination de services instaurée par le MSSS en 2003. Cette initiative, la *Stratégie pour les enfants en difficulté et leur famille*, s'adresse spécifiquement aux enfants et aux jeunes vivant des difficultés complexes (Dagenais, Nault-Brière, Dupont et Dutil, 2008). Il s'agit de la première approche d'intervention québécoise à avoir réalisé des plans de services individualisés (PSI) de façon systématique. L'utilisation des PSI découle de la nouvelle philosophie d'intervention préconisée par le MSSS, visant à faire participer plusieurs établissements à l'intervention auprès de chaque client (Nault-Brière, 2006). De façon concrète, toute la démarche d'intervention des ÉIJ est orientée autour de l'élaboration d'un PSI. Ce dernier consiste en un outil visant à assurer et à faciliter la coordination et la continuité des services. Avec la consultation des familles, la construction du PSI se fait en détaillant les tâches, rôles et objectifs formels pour chaque acteur impliqué dans l'équipe. Un acteur appelé intervenant-pivot a pour rôle d'assurer la mobilisation de la famille; l'établissement d'une relation de confiance entre celui-ci et la famille s'avère donc très important. Au CSSSAMN, l'équipe d'intervention jeunesse possède une expertise importante pour la réalisation de PSI auprès d'enfants en très grandes difficultés.

Tableau 4 : Synthèse de l'arrimage des composantes de l'initiative AIDES avec les programmes en cours dans les milieux de pratique où s'expérimente AIDES

	Buts et objectifs	Composantes principales	Clientèle ciblée	Contribution de l'initiative AIDES : plus-value aux programmes
Programme d'intervention en négligence-Des racines et des ailes, un programme d'aide aux familles (CJ, région de Montréal)	- Favoriser la mobilisation des parents, l'*empowerment* et la recherche de solutions; - Diminuer les risques de compromission et favoriser le développement optimal de l'enfant.	- Interventions multimodales qui ciblent l'enfant, le parent, la dyade et la famille; interventions de plusieurs types (individuelles, de groupe, etc.) ; - Importance de la participation de la communauté et du travail en partenariat.	Les parents et leurs enfants de 0-11 ans aux prises avec des problématiques de négligence.	- Cible des familles au sein desquelles le risque de mauvais traitements est présent. - Propose de procéder à une analyse écosystémique des besoins de l'enfant; - Propose l'utilisation d'une approche participative (*empowerment*) auprès des membres de la famille et auprès des partenaires; - Propose d'effectuer une planification des services à offrir à l'enfant et sa famille qui soit partagée avec les membres de la famille et les partenaires; - Nécessite la collaboration entre plusieurs intervenants; - Propose l'utilisation du PSI afin d'assurer une lecture cohérente et harmonieuse des besoins des enfants et de la famille par l'ensemble des partenaires qui offrent des services;
PAPFC[2] (CJ, CSSS et organismes communautaires, région de la Mauricie et Centre du Québec)	- Offrir aux parents des services leur permettant d'améliorer/consolider leur disponibilité psychologique envers leurs enfants et de soutenir des conduites responsables et sensibles en regard des besoins de base de ces derniers. - Offrir aux enfants des services visant à soutenir leur développement global à l'intérieur de leurs divers milieux de vie. - Offrir aux parents et aux enfants des services leur permettant *d'améliorer leur rapport à la collectivité* sociale et institutionnelle (en termes de conditions de vie, d'insertion, d'affiliation.	- Repose sur une définition écosystémique de la négligence; - Intervention multidimensionnelle; cible l'ensemble de la famille et la durée varie selon les besoins; - Un ensemble d'activités sont proposées : groupe de parents, activités collectives, accompagnement paraprofessionnel des parents, suivi professionnel, analyse écosystémique des besoins de l'enfant et planification des services à offrir à l'enfant et sa famille; - Programme mis en place via un partenariat Centre Jeunesse, Centre de santé et de services sociaux et organisme communautaire famille locale.	Les parents et leurs enfants de 0-11 ans aux prises avec des problématiques de négligence ou à haut risque de négligence et ayant un suivi soit par le Centre jeunesse (LPJ) ou par le CSSS.	

Tableau 4 suite : Synthèse de l'arrimage des composantes de l'initiative AIDES avec les programmes en cours dans les milieux de pratique où s'expérimente AIDES

	Buts et objectifs	Composantes principales	Clientèle ciblée	Contribution de l'initiative AIDES : plus-value aux programmes
SIPPE (CSSS, régions de Montréal et de la Mauricie et Centre du Québec	- Favoriser le développement optimal au prénatal et au postnatal des enfants confrontés à des situations qui les placent à risque (jeunes parents, toxicomanie parentale, pauvreté, etc.).	- Accompagnement des familles; - Soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être.	- Les parents qui éprouvent des difficultés représentant des conditions à risque pour le développement des enfants; - Les enfants de 2-5 ans grandissant dans des contextes à risque.	- Vise le développement optimal de l'enfant et la réponse à ses besoins par l'intermédiaire d'une intervention familiale (l'enfant et ses parents) ; - Implique la participation de plus d'un établissement dans l'intervention auprès des familles; - Place un fort accent sur l'importance d'une lecture commune des besoins du jeune et de sa famille; - Vise à renforcer et faciliter le partenariat et l'action concertée lorsque plus d'un établissement participe à l'intervention auprès d'un jeune et sa famille.
ÉIJ (CJ et CSSS, région de Montréal)	- Favoriser la participation de plusieurs établissements dans les cas où les difficultés vécues par le client (enfant ou jeune) sont très complexes.	- Utilisation du PSI comme principal outil d'intervention; - Importance de la collaboration étroite avec la clientèle.	- Les familles dont l'enfant ou le jeune éprouve des difficultés complexes d'adaptation; - Les difficultés vécues sont assez importantes pour nécessiter l'intervention de divers professionnels.	

3.6 La démarche d'intervention proposée dans le cadre de l'implantation

L'initiative AIDES concrétise sa mission et rend possible l'atteinte de ses objectifs en promouvant auprès des milieux de pratique l'utilisation des quatre moyens suivants : le cadre d'analyse britannique et son outil le cahier d'analyse des besoins des enfants (CABE), l'approche participative des membres de la famille dans l'intervention et l'élaboration d'un plan d'action. Les intervenants des CJ et des CSSS qui participent à l'implantation de l'initiative AIDES utilisent ces moyens à toutes les étapes de leur intervention (analyse des besoins, planification des actions, mise en œuvre, suivi et révision du plan d'action) auprès de chaque enfant suivi dans le cadre du projet. La démarche d'intervention proposée est décrite dans les prochaines pages.

1) **Réaliser avec le parent et les partenaires des réseaux une analyse centrée sur l'ensemble des besoins de développement des enfants à l'aide du cadre d'analyse;**

Le cadre d'analyse, présenté à la figure 3, décrit et permet d'obtenir un portrait juste et détaillé des besoins de développement applicables à tous les enfants, des capacités des parents (ou substituts) à les satisfaire et des facteurs familiaux et environnementaux susceptibles d'influencer les réponses à ces besoins. Il réfère donc à trois systèmes (enfant, parent, environnement familial et social), composés de plusieurs dimensions (l'annexe 1 décrit les dimensions du cadre) et dont l'interdépendance permet d'obtenir une meilleure compréhension de la situation des enfants, de dresser un portrait plus précis des facteurs de risque et de protection présents dans leur vie et, en bout de piste, d'identifier les interventions et les services les plus appropriés pour assurer leur sécurité et leur bien-être. Le cadre proposé est basé sur un ensemble de principes qui orientent les intervenants dans la démarche d'analyse et favorisent la collaboration :

- L'enfant est au centre des préoccupations;
- Les différents stades de développement de l'enfant sont considérés afin d'offrir des activités et des services adaptés à l'âge de l'enfant;
- Le bien-être de l'enfant s'inscrit dans une perspective écologique, c'est-à-dire qu'il dépend des réponses qu'il reçoit à ses multiples besoins et des facteurs familiaux et environnementaux susceptibles d'influencer la capacité des adultes qui l'entourent à combler ses besoins;
- Il n'y a aucune discrimination à l'égard de la structure de la famille, de la religion et de l'origine ethnique, ce qui garantit à tous les enfants les mêmes opportunités de développement;
- Les enfants et les figures parentales sont considérés comme des partenaires à part entière;
- Les forces autant que les difficultés sont identifiées;
- La collaboration entre tous les acteurs du milieu est essentielle pour répondre adéquatement aux besoins de l'enfant et de sa famille;

- L'évaluation et l'analyse des besoins de l'enfant constituent un processus continu afin d'assurer un suivi;
- Les enfants et leur famille reçoivent des services même si l'évaluation et l'analyse de leurs besoins ne sont pas complétées.

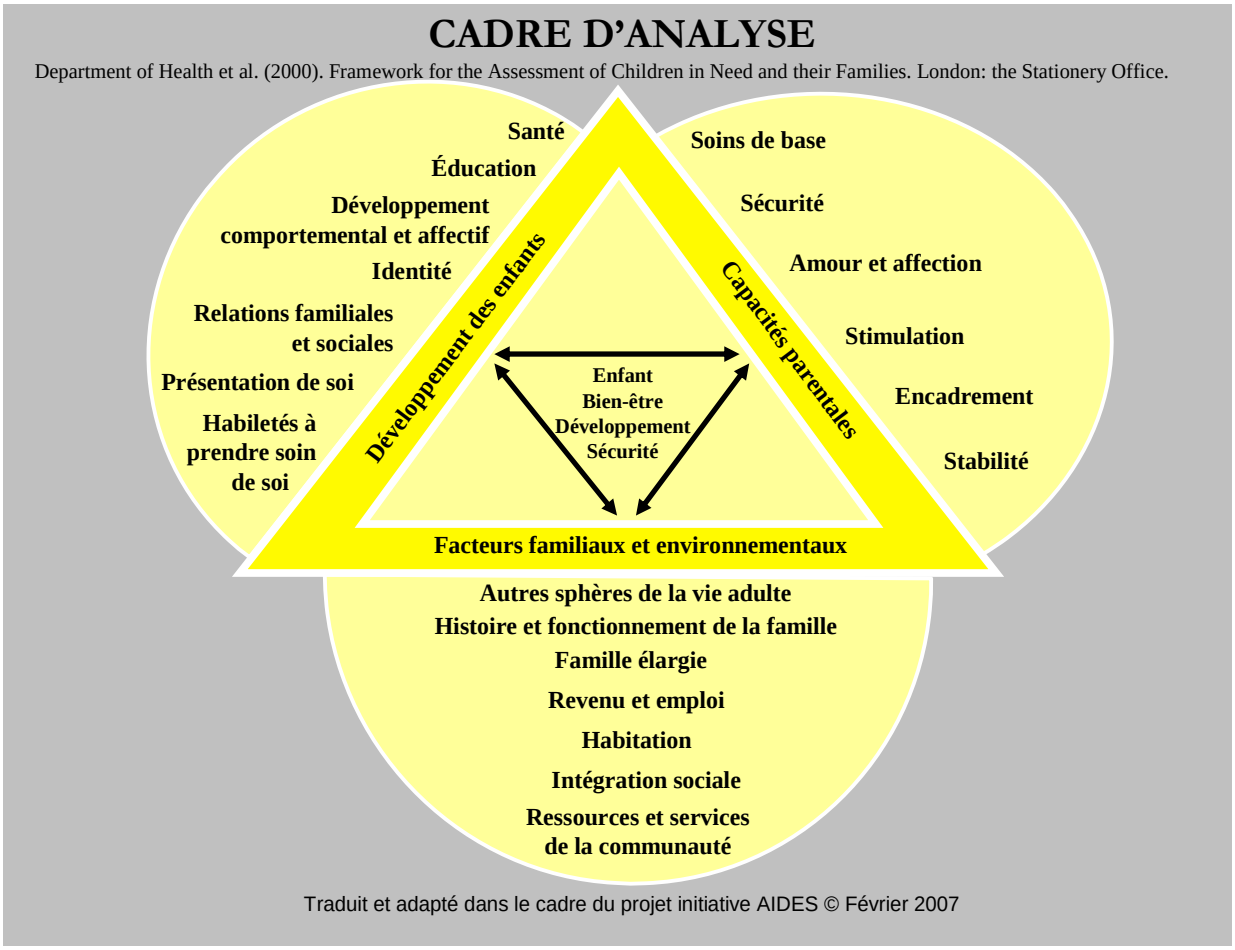


FIGURE 3 – CADRE D'ANALYSE

De plus, le cadre d'analyse s'appuie sur les fondements théoriques suivants :

- *Besoins en matière de développement de l'enfant :* littérature sur le développement des enfants - promotion du bien-être et développement optimal; étapes critiques du développement*; t*héorie de l'attachement*;* facteurs de risque, de protection et résilience*; p*erspective de l'enfant.
- *Réponse aux besoins par les figures parentales :* perspective des figures parentales*;* capacités parentales (forces et difficultés).
- *Facteurs familiaux et environnementaux :* styles de familles et fonctionnement de la famille; approche sur les forces de la famille; théories et mythes sur l'individu et la société; approche écologique – approche transactionnelle du développement des enfants – conditions de vie et intégration sociale; approche

centrée sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des communautés (*empowerment*).

Un outil visuel illustrant le cadre a été développé par des membres de l'équipe de recherche en collaboration avec une professionnelle de la pratique (voir les figures 4.1 et 4.2). Cet outil est distribué aux intervenants et aux parents. Son format recto/verso est de 8,5 et 14 pouces. Il est plastifié afin de faciliter sa manipulation et être utilisé sans risque de s'abimer rapidement. Il est présenté à la figure parentale par l'intervenant. Cet outil facilite les réflexions et les discussions qui visent, par exemple, à permettre aux figures parentales d'identifier et d'analyser les impacts qu'ont les facteurs personnels, familiaux et environnementaux sur la réponse qu'eux-mêmes ou l'entourage offrent aux besoins de l'enfant ou sur leur capacité à répondre à ces besoins.

Le cadre permet d'aller au-delà d'une analyse centrée sur les forces et les difficultés des figures parentales à répondre aux besoins de l'enfant; il facilite pour les intervenants et les figures parentales la prise en considération d'autres facteurs pouvant faciliter ou entraver la réponse aux besoins de l'enfant ainsi que la disponibilité des figures parentales.

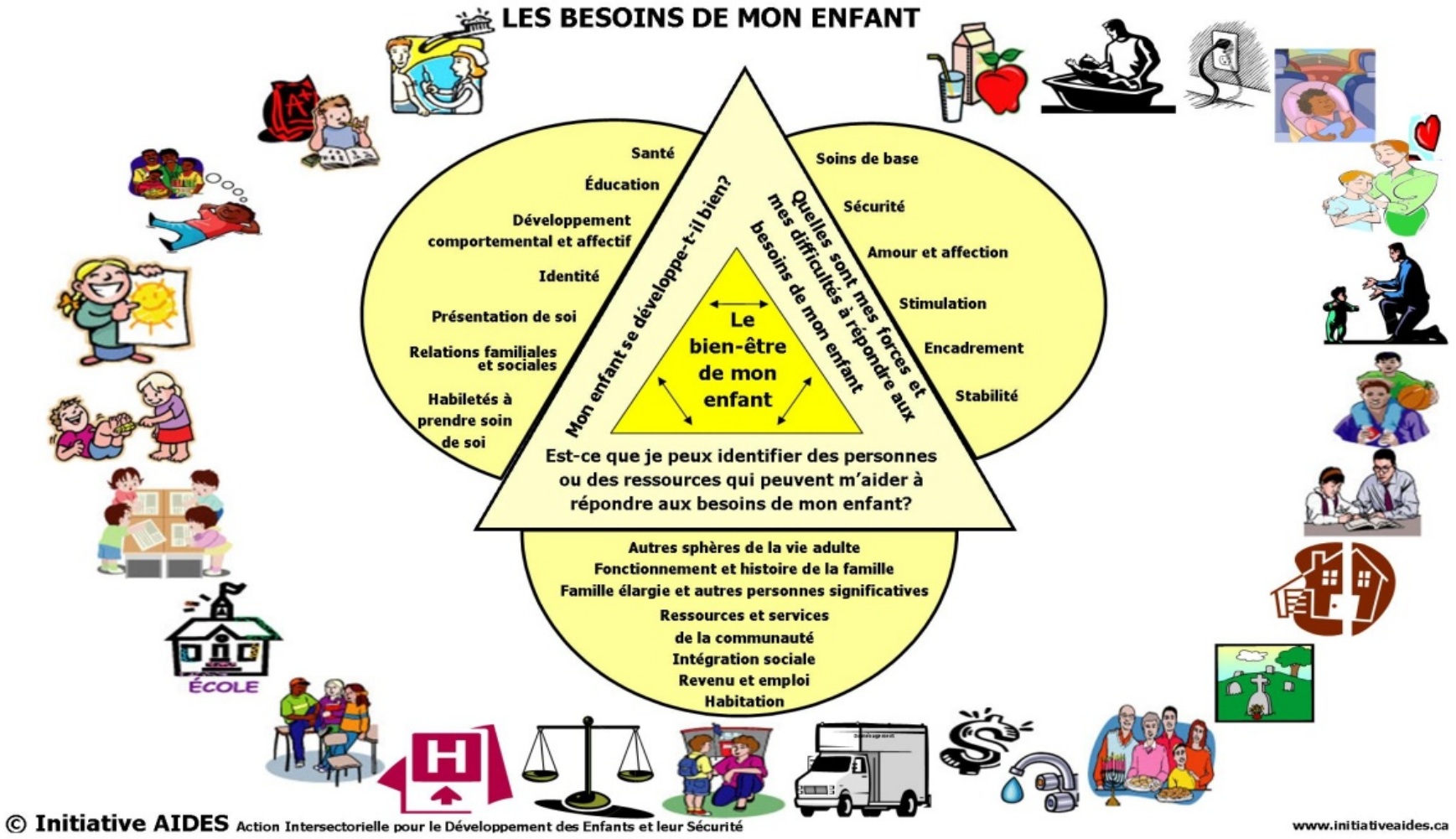


FIGURE 4.1 : CADRE ILLUSTRÉ/RECTO

MON ENFANT SE DÉVELOPPE-T-IL BIEN?

SANTÉ

L'enfant est habituellement en bonne santé

Le poids de l'enfant se situe dans la norme pour sa grandeur

L'enfant a accès à des mesures de santé préventives (vaccins, soins dentaires...)

L'enfant a accès à des traitements s'il a des problèmes de santé ou des incapacités

L'enfant ne met pas sa santé en danger

L'enfant se développe de façon satisfaisante en tenant compte de son âge et de ses particularités (physiques, cognitives...)

L'enfant est protégé des accidents courants par un environnement sécuritaire

ÉDUCATION

L'enfant s'intéresse à des activités variées et a des opportunités d'y participer

L'enfant développe des habiletés et des intérêts qui lui sont propres

L'enfant est habituellement content d'aller à la garderie ou à l'école

L'enfant a des résultats scolaires satisfaisants compte tenu de son âge et de ses particularités (physiques, cognitives...)

L'enfant aime apprendre

L'enfant est capable de se concentrer le temps nécessaire à ses apprentissages

L'enfant est presque toujours présent à la garderie ou à l'école

DÉVELOPPEMENT COMPORTEMENTAL ET AFFECTIF HABILETÉS À PRENDRE SOIN DE SOI

L'enfant est habituellement enjoué et souriant

L'enfant est facile à consoler

L'enfant entre en interaction avec les autres

L'enfant va chercher l'aide d'un adulte ou d'un autre enfant (comment, qui, fréquence)

L'enfant essaie de faire des choses par lui-même

L'enfant développe les habiletés requises à l'acquisition de l'autonomie selon ce qui convient à son âge

L'enfant aime sa routine

RELATIONS FAMILIALES ET SOCIALES

L'enfant prend plaisir à recevoir de l'affection et à être cajolé

L'enfant aime être avec ses parents, sa fratrie ou des personnes significatives

L'enfant aime jouer seul tout en étant près d'un adulte familier

L'enfant aime jouer seul tout en étant près de ses frères et sœurs

L'enfant préfère jouer avec les autres (fratrie, amis)

L'enfant répond au contact des autres enfants. L'enfant initie le contact auprès d'enfants

IDENTITÉ ET PRÉSENTATION DE SOI

L'enfant se reconnaît lorsqu'on l'appelle

L'enfant connaît son nom, son âge et son sexe, selon son âge

L'enfant connaît et désigne les membres de sa famille

L'enfant prend sa place dans sa fratrie, avec ses amis, etc.

L'enfant connaît les routines et les traditions de sa famille

© Initiative AIDES

Crédits: Renée Giguère, CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord/Danielle Lessard et Émilie Varin, Université de Montréal

FIGURE 4.2 : CADRE ILLUSTRÉ/VERSO

2) <u>Compléter avec le parent un cahier d'analyse des besoins de l'enfant (CABE) en fonction de l'âge de l'enfant</u>

AIDES vise l'utilisation du *Core Assessment* qui a été adapté et traduit sous le nom de CABE. Il s'agit d'un outil intégrateur développé en Grande-Bretagne à partir du cadre d'analyse. Le CABE est un outil pratique, structuré et complet. Il a l'aspect d'un cahier qui permet d'explorer à l'aide d'énoncés chacune des dimensions des trois systèmes du cadre d'analyse. Ainsi, il permet :

- De dresser un portrait juste et détaillé des besoins de développement de l'enfant selon sept dimensions (santé, éducation, développement comportemental et affectif, identité, relations familiales et sociales, présentation de soi, habiletés à prendre soin de soi) et en fonction de son âge;
- De tenir compte de la capacité (forces et difficultés) des parents (ou substituts) à répondre aux besoins de l'enfant;
- D'évaluer les facteurs familiaux et environnementaux susceptibles d'influencer les réponses à ces besoins;
- D'élaborer un plan d'action qui conjugue les actions de l'ensemble des partenaires concernés par le bien-être et le développement de l'enfant. Plus précisément, le plan d'action permet d'identifier : les initiatives des figures parentales et des membres de l'entourage de la famille, les interventions de l'intervenant au suivi (plan d'intervention) et les services à mettre en place. De plus, selon la situation, il permet de déterminer la nécessité de procéder à un plan de services individualisé (PSI) avec les partenaires offrant des services ou susceptible d'offrir des services à l'enfant.

Le CABE est disponible pour six groupes d'âge différents. Dans le cadre de l'implantation de l'initiative AIDES, les quatre cahiers de la période prénatale à 5-10 ans sont utilisés.

Groupes d'âge

- De la période prénatale à 1 an;
- 1-2 ans (jusqu'au troisième anniversaire de l'enfant);
- 3-4 ans (jusqu'au cinquième anniversaire de l'enfant;
- 5-10 ans (jusqu'au onzième anniversaire de l'enfant);
- 11-15 ans (jusqu'au seizième anniversaire de l'enfant);
- 16-18 ans.

Selon l'âge de l'enfant, chacune des dimensions comporte des énoncés qui tiennent compte des défis et de l'étape de développement des enfants de ce groupe d'âge. En

plus des énoncés, des annotations permettent de proposer des repères en lien avec le développement de l'enfant, selon la catégorie d'âge ciblé, ce qui alimente la discussion avec les figures parentales et les partenaires qui offrent des services. Le CABE assure que les sept dimensions ne soient pas oubliées par l'intervenant; il structure l'analyse afin d'avoir une lecture complète.
Le CABE est organisé de manière à aider les intervenants dans la collecte et l'enregistrement d'informations. Il permet :

- D'intégrer des informations disponibles à partir de différentes sources afin d'obtenir un portrait complet des forces et des besoins de l'enfant, des forces et des difficultés des figures parentales et des ressources et contraintes liées aux facteurs familiaux et environnementaux;

Sources d'information

- Discussions avec l'enfant, les figures parentales, les autres personnes qui prennent soin de l'enfant, les autres membres de la famille et les professionnels qui sont en contact avec l'enfant et sa famille;
- Observation de l'enfant et de son interaction avec les membres de sa famille ou les personnes qui prennent soin de lui;
- Révision des informations existantes, par exemple les services et les soins que l'enfant a déjà reçus ou les rapports d'évaluation des autres organisations en lien avec l'enfant;
- Utilisation d'outils d'évaluation plus spécifiques afin d'approfondir un aspect de l'évaluation (ex. guide sur l'attachement, etc.);
- Demande pour des évaluations par d'autres spécialistes, par exemple en orthophonie ou en psychologie.

- D'intégrer le point de vue des parents à l'égard des trois systèmes (besoins développementaux de l'enfant, capacité des figures parentales, environnement familial et social);
- D'identifier les aspects moins bien documentés des besoins de l'enfant;
- De partager les informations et la compréhension des besoins de l'enfant avec les figures parentales, les enfants, ainsi qu'avec les différents partenaires impliqués auprès de l'enfant et de la famille;
- De faciliter le processus décisionnel et la planification des actions et des services avec les partenaires et les figures parentales;

- De proposer un plan d'action aux parents, aux enfants ainsi qu'aux partenaires dès que des besoins sont identifiés.
- Afin de favoriser la participation du parent, le CABE ne doit pas être utilisé comme un questionnaire avec les enfants et les familles. L'intervenant dédié[17] (en contexte de protection, il s'agit de la personne autorisée) auprès de l'enfant et de sa famille doit présenter le CABE aux figures parentales et expliquer la démarche qui sera suivie pendant la collecte des informations et l'analyse de la situation de l'enfant.

3) <u>Utiliser une approche participative avec le parent à toutes les étapes de l'intervention</u>

Outre le cadre d'analyse et le CABE, la démarche proposée est largement portée par une approche participative auprès des membres de la famille (père, mère, enfants). Il s'agit d'un élément central de l'initiative AIDES. La poursuite des objectifs visés par l'entremise du cadre et des cahiers CABE nécessite l'emploi d'une démarche participative auprès des parents. Par exemple, le choix de la dimension qui sera explorée lors de la rencontre est déterminé conjointement par l'intervenant et les figures parentales, en fonction des préoccupations des figures parentales, des forces de l'enfant, d'un aspect qui fait consensus ou encore de certaines conditions environnementales particulières qui préoccupent les figures parentales. Le langage utilisé lors de la complétion du CABE doit être accessible pour les figures parentales : les notes rédigées dans le CABE sont en conformité avec les propos utilisés par ces derniers. Finalement, les désaccords sont abordés de façon à permettre aux figures parentales d'exprimer leurs points de vue, leurs croyances et leurs attentes.

Cette démarche repose sur une centration sur l'expérience vécue par les parents dans le cadre de leur vie quotidienne avec leurs enfants (leurs savoirs, leurs préoccupations, leurs intentions et leurs initiatives et les conditions qui façonnent ces éléments), en lien étroit avec le bien-être de leurs enfants. Les éléments constitutifs de la perspective expérientielle des besoins des enfants et des parents selon Lacharité (2009) sont présentés ci-dessous :

[17] L'intervenant dédié est la personne qui coordonne le PSI de l'enfant.

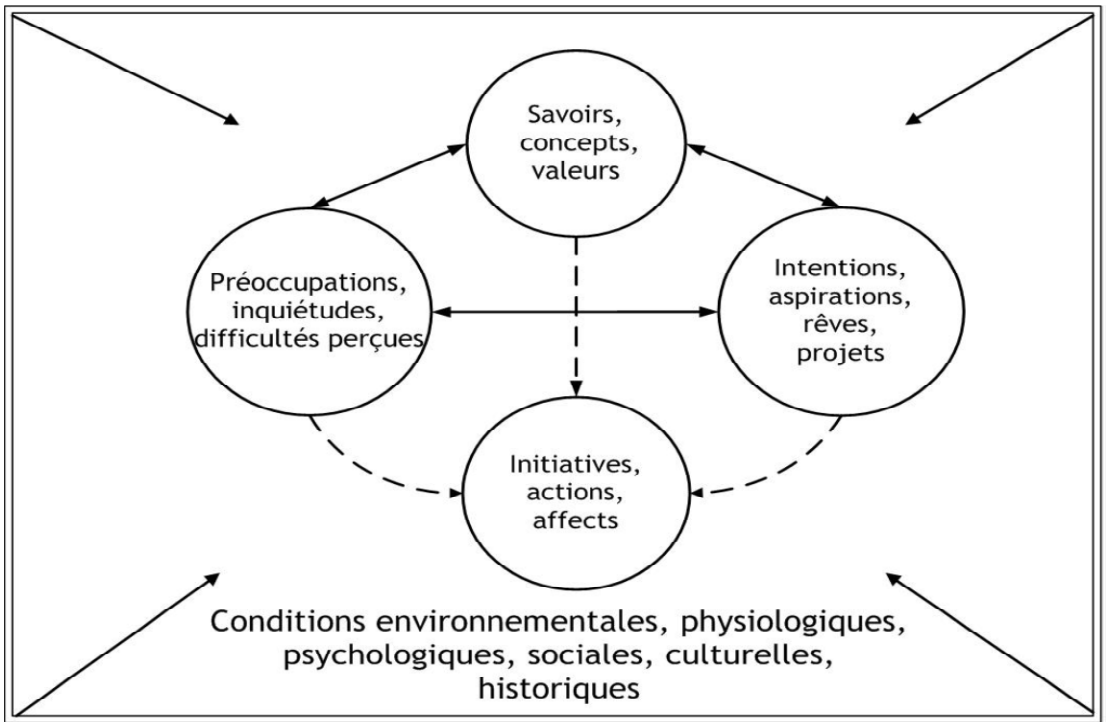


FIGURE 5 : APPROCHE PARTICIPATIVE AUPRÈS DES MEMBRES DE LA FAMILLE

Cette approche vise à soutenir et enrichir l'expérience parentale à l'intérieur d'une compréhension écosystémique du développement des enfants, ainsi qu'à favoriser l'identification conjointe d'actions professionnelles découlant de cette compréhension et s'harmonisant avec les initiatives positives de l'entourage immédiat des enfants.

4) <u>L'intervenant implique le parent et les partenaires présents dans le dossier de l'enfant et met en place un plan d'action (PI, PSI, PSII);</u>

Les questions soulevées dans le CABE, les informations recueillies et les résultats d'évaluation (avec la Grille d'évaluation du développement (GED) par exemple) permettent d'enrichir la discussion, de mieux comprendre les besoins de l'enfant et de faire ressortir le rôle des services actuellement offerts ou qui pourraient être offerts à l'enfant. Dans ce sens, il favorise l'élaboration d'un plan d'action.

Le plan d'action se compose d'un plan d'intervention (PI) et d'un plan de services individualisé (PSI). Les démarches de collaboration entre l'enfant, les parents et les partenaires des différents organismes et réseaux de services devraient, en général, mener à la planification et à la mise en œuvre d'un PSI (Lemay, 2007) pour tous les enfants ciblés par le projet pour lesquels des besoins complexes sont présents et lorsque la situation le requière. Le PSI vise à coordonner les actions des acteurs qui exercent leurs fonctions dans divers établissements et sont impliqués dans la réponse aux besoins d'un enfant et de sa famille (Lemay, 2007), principalement, lorsque des

divergences ou des facteurs organisationnels rendent difficile la mise en place d'action concertées entre les établissements. En continuité et cohérence avec le PSI, le PI spécifie les objectifs et moyens concrets nécessaires au changement dans la situation d'un jeune et de sa famille. Le PI est élaboré en fonction du mandat que porte chaque établissement et vise à coordonner les actions des divers intervenants qui y évoluent.

Ainsi, la mise en œuvre d'un PSI permet : d'assurer une meilleure coordination des services (complémentaires, cohérents et continus); de prévenir les crises; de favoriser la recherche de solutions novatrices; d'informer sur les services disponibles (services utilisés, manquants, requis); et d'améliorer la qualité, la cohérence, la continuité et l'organisation des services.

La démarche d'intervention proposée dans le cadre de l'implantation décrite au point 4, implique que :

a. L'intervenant complète le formulaire PI ou le formulaire PSI lorsque requis et s'assure qu'il soit signé par tous les partenaires impliqués (enfant (selon son âge), parent, intervenants, organisations);

La démarche proposée par l'initiative AIDES est cohérente avec les étapes d'une démarche PI et PSI telle que proposée aux intervenants des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

b. L'intervenant s'assure que les actions planifiées soient mises en œuvre;

Les résumés à compléter à la fin du CABE, le plan d'intervention (PI) ainsi que la démarche PSI permettent de déterminer et de faire le suivi des actions que les figures parentales, le réseau familial et les dispensateurs de services s'engagent à réaliser. Une copie du CABE, du plan d'intervention (PI) et du formulaire PSI est remise aux figures parentales. Le CABE est aussi un outil d'intervention qui met en lumière et qui assure que chacun identifie la place qu'il occupe et respecte les engagements pris afin de répondre aux besoins de l'enfant. La complétion du CABE est donc aussi un levier important afin d'identifier des objectifs au PI de l'enfant.

c. L'intervenant évalue le niveau d'atteinte des résultats escomptés.

La révision du PI et du PSI permet de s'assurer de l'atteinte des résultats ainsi que l'identification de nouveaux objectifs et indirectement, des actions à réaliser afin d'atteindre de nouveaux objectifs. Il permet de valoriser les démarches et les efforts des figures parentales. De plus, un nouveau CABE peut être complété lorsque l'enfant atteint une nouvelle tranche d'âge correspondant à un autre CABE.

La démarche proposée par AIDES doit permettre aux organisations de mener conjointement les différentes étapes à la base d'une intervention cohérente et intégrée.

3.7 Activités prévues pour soutenir l'implantation de l'initiative AIDES

En concertation avec les milieux de la pratique impliqués dans l'implantation du projet AIDES, l'équipe de recherche a prévu de planifier tout au long du déroulement du projet des rencontres d'intéressement, des formations, des rencontres de co-développement et des rencontres individuelles.

Ces différentes activités visent une intégration homogène des moyens promus auprès des intervenants mais aussi auprès des gestionnaires et du personnel au soutien clinique.

Le tableau 5 de la page suivante résume l'ensemble de ces activités qui se sont déroulées entre l'automne 2007 et l'automne 2010.

Tableau 5 : Synthèse des activités prévues pour soutenir l'implantation de l'initiative AIDES

Type d'activités	But et objectifs	Contenu	Auprès de qui	Nombre anticipé
Rencontres d'intéressement	• Favoriser l'adhésion, la collaboration et la planification conjointe des actions à entreprendre pour assurer le bon déroulement de l'implantation.	• Information sur le projet, ses buts et objectifs, la clientèle ciblée et les échéanciers; • Engagement des établissements; • Convenir des processus à mettre en place; • Élaboration du plan d'action local; • Partage des responsabilités; • Suivi de l'évolution de l'implantation;	• Cadres supérieurs, cadres intermédiaires, conseillers cliniques, intervenants et comités éthiques.	Au besoin selon les milieux
		• Information sur le projet, buts et objectifs, clientèle ciblée, échéanciers et établissements engagés dans le projet.	• Diverses organisations (ACJQ, AQESSS, Agences de santé et de services sociaux)	
Formation	• Soutenir la pratique • Assurer l'appropriation des principes de l'initiative AIDES et des outils	• Cadre d'analyse écosystémique (3 heures) et CABE (Cahier d'analyse des besoins des enfants) (3 heures) • Approche participative (3 heures) • Plan de services individualisé (PSI) (5 heures)	• Intervenants, conseillers cliniques, gestionnaires des CJ et des CSSS.	12 (3 par CSSS)
Rencontre de co-développement	• Soutenir la pratique. • Assurer l'appropriation des principes de l'initiative AIDES et des outils	• Cadre d'analyse écosystémique; • CABE (Cahier d'analyse des besoins des enfants) ; Approche participative Plan de services individualisé (PSI).	• Intervenants des CJ et des CSSS • Conseillers cliniques des CJ et CSSS	Au besoin selon les milieux
Rencontres individuelles (en personne ou au téléphone)	• Soutenir un gestionnaire • Soutenir individuellement la pratique d'un intervenant	• Selon les problèmes rencontrés dans le milieu • Selon les besoins de l'intervenant ou du gestionnaire et en lien avec l'approche et les moyens de l'initiative AIDES • Échanges sur les difficultés rencontrées et mises en commun de solutions.	• Gestionnaires et intervenants des CJ et des CSSS.	Au besoin selon les milieux

3.7.1 Rencontres d'intéressement

Les rencontres d'intéressement se sont échelonnées tout au long du projet et se sont adressées à l'ensemble des personnes impliquées ou intéressées par cette initiative. Elles ont rejoint principalement les gestionnaires, les intervenants et les conseillers cliniques des équipes concernées par l'implantation du projet et provenant des CJ et des CSSS et ce, pour chaque territoire. Le but de ces rencontres était de favoriser l'adhésion, la collaboration et la planification des activités reliées au bon déroulement de l'Implantation du projet et d'expliquer les objectifs visés et le déroulement de la recherche évaluative.

Des rencontres d'intéressement ont aussi été organisées auprès de différentes organisations (ministère de la Santé et des Services sociaux, Association des centres jeunesse du Québec ACJQ, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux AQESSS, Agences de santé et de services sociaux). Actuellement, ces rencontres se poursuivent auprès d'autres partenaires (tables de concertation, ministère de l'Éducation, des sports et loisirs).

3.7.2 Formations

Suite aux rencontres d'intéressement, des formations ont été données dans les milieux de pratique. Elles ont rejoint des intervenants, des gestionnaires (conseillers cliniques, chefs de services, chefs de programmes, etc.) des CJ et des CSSS des territoires participant au projet. Les formations ont été offertes par les membres de l'équipe de recherche.

Le contenu des formations aborde les moyens proposés par l'initiative AIDES. La première journée est consacrée aux fondements théoriques et l'approche proposée par l'initiative AIDES, le cadre d'analyse et le cahier d'analyse des besoins de l'enfant (CABE), une deuxième journée aborde l'utilisation de l'approche participative auprès de la famille et des partenaires; et la troisième s'intéresse à la planification d'un plan de services individualisé (PSI).

Les formations ont débuté dans les milieux de pratique en mars 2007 (lors de la mise à l'essai du projet AIDES) et se sont poursuivies jusqu'en avril 2009.

3.7.3 Rencontres de co-développement

Suite aux activités de formation, les rencontres de co-développement sont mises en place. Elles sont offertes conjointement aux intervenants, des CJ et des CSSS des territoires participant au projet. Ces rencontres débutent en septembre 2008 et se poursuivent jusqu'en septembre 2010, selon les besoins exprimés par les milieux. Elles visent à les informer, les soutenir dans leur démarche d'appropriation et offrent des moments d'échange propices pour :

- développer une pratique intégrée et cohérente pour les CJ et les CSSS impliqués dans le projet;

- soutenir l'utilisation du cadre de référence écosystémique britannique et du cahier d'analyse des besoins des enfants (CABE);
- favoriser le développement d'habiletés en lien avec l'approche participative lors des contacts avec la famille et les partenaires;
- soutenir les professionnels afin d'assurer que l'analyse des besoins de l'enfant permette une planification des actions qui soit partagée par la famille et les partenaires;
- assurer que le sens et les objectifs de l'initiative AIDES soient intégrés par les professionnels qui participent à l'implantation ;
- assurer la mise en place de conditions optimales afin de faciliter la mise en œuvre du projet.

3.7.4 Rencontres individuelles

Tout au long du projet, le soutien individuel (rencontres en face à face ou au téléphone) se tient parallèlement aux rencontres de co-développement. Ces rencontres sont mises en place à la demande des intervenants et conseillers cliniques, lorsque leur présence aux rencontres de co-développement de groupe n'a pu être possible ou lorsque certains besoins nécessitaient une réponse rapide. Elles sont des espaces d'échange pour soutenir un intervenant qui expérimente l'utilisation des moyens préconisés par AIDES. Elles permettent d'approfondir la compréhension de l'approche, de favoriser l'appropriation des moyens et de répondre aux questionnements suscités lors de l'intervention auprès de l'enfant et de sa famille. De plus, elles favorisent le partage d'informations riches qui seront transmises aux autres intervenants dans le cadre d'activités de co-développement.

Les rencontres de soutien permettent aussi de répondre aux préoccupations des gestionnaires ou de planifier des actions en lien avec les réalités organisationnelles de leur établissement. Les sujets les plus fréquemment abordés avec ceux-ci sont le roulement de personnel autant des intervenants que des gestionnaires, les difficultés à recruter des familles, la surcharge de travail des intervenants, l'engagement confus de la part de certains intervenants et l'absentéisme aux rencontres de co-développement. La diversité et la complexité des problèmes auxquels nous avons été confrontés nous ont amenés à diversifier les stratégies afin d'assurer un suivi serré et rigoureux du processus de recrutement et du soutien aux milieux.

Soulignons qu'une attention particulière est apportée aux nouveaux intervenants et gestionnaires qui se joignent au projet. Ils sont systématiquement rencontrés sur une base individuelle.

Toutes les activités qui ont été discutées préalablement sont documentées à partir de différentes sources de documents : présentations, comptes-rendus, fiches synthèses, rapports d'activités

3.7.5 Documents de soutien

Il est prévu de développer tout au long de l'implantation des documents d'appui en fonction des activités et/ou des besoins des participants. Le matériel se doit d'être diversifié : présentation power-point, documents de formation, aide mémoire sur les buts objectifs et moyens promus par le projet AIDES; plan d'action du projet AIDES (échéanciers, séquence des activités, etc.); description des dimensions du cadre d'analyse britannique; napperon illustrant le cadre britannique; document synthèse sur la démarche auprès des familles; dépliants explicatifs du projet à remettre par l'intervenant aux parents; cartons résumant les dimensions, etc.

3.7.6 Modes de communication avec les milieux

L'équipe de recherche de l'initiative AIDES a développé deux moyens principaux pour entretenir la communication avec les partenaires du projet. Il s'agit en premier lieu d'un site internet où l'on retrouve toute l'information pertinente sur l'initiative et sa recherche. Celui-ci comprend aussi une partie réservée aux intervenants, chefs de service et gestionnaires des milieux, dans laquelle il est possible de télécharger des documents. Des mises à jour sont faites périodiquement afin de renseigner les visiteurs sur des événements et des publications d'intérêt. L'adresse du site est le www.initiativeaides.ca. En second lieu, l'envoi postal d'un bulletin de liaison bisannuel aux intervenants participant à la recherche permet à ces derniers de prendre connaissance des dernières nouvelles, ainsi que des développements de la recherche, en plus d'être informés sur les projets futurs.

Finalement, en tout temps, les gestionnaires ou les intervenants peuvent entrer en communication avec l'agente de liaison du territoire concerné afin d'obtenir des informations ou pour échanger sur le projet.

3.8 Structures de soutien et mode de fonctionnement

Les milieux d'intervention sont des collaborateurs très précieux et conformément à notre vision d'appropriation, ils participent à toutes les phases de l'étude. Dans un esprit de véritable partenariat, des structures souples et fonctionnelles permettent de suivre de manière soutenue l'implantation de l'initiative AIDES et la recherche qui en découle.

3.8.1 Équipe de recherche

La recherche évaluative de l'initiative AIDES est menée par une équipe multidisciplinaire, composée cinq chercheurs provenant de différentes universités. Ces chercheurs possèdent l'expertise pour réaliser cette importante étude et détiennent une longue expérience de travail sur le terrain. Ils ont été associés à des projets de partenariat universités-communautés et poursuivent d'étroites collaborations avec les milieux de la pratique. Finalement, ces chercheurs ont déjà mené et contribué activement à l'évaluation de nombreuses innovations sociales en protection, prévention et promotion dans le domaine de l'enfance, la jeunesse et la famille.

À cette équipe se joignent la coordonnatrice du projet, les agents de recherche et de liaison et les assistants de recherche qui assurent la réalisation des activités de recherche.

Malgré la présence de deux territoires d'implantation, un seul groupe de travail regroupant l'ensemble des chercheurs veille au bon fonctionnement du projet et aux prises de décision des dossiers de recherche.

3.8.2 Comité consultatif

L'approche participative sur laquelle se base la recherche évaluative de l'initiative AIDES exige de mettre en place un comité consultatif. Cette instance réunit les promoteurs du projet, les gestionnaires des CJ et CSSS où s'expérimente l'initiative AIDES et des représentants d'organisations intéressées par le développement d'innovations sociales destinées aux enfants ciblés par l'initiative AIDES telles que l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ), l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), les agences régionales de santé et des services sociaux des territoires participant au projet (ARSSS), le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Un représentant de l'organisme subventionnaire soit le Centre national de prévention du crime (CNPC) est aussi présent sur ce comité.
Les buts poursuivis par ce comité sont de 1) discuter de l'évaluation et de la mise en place des conditions et des ressources nécessaires pour faciliter la réalisation de l'étude 2) encourager la participation des partenaires terrain et obtenir leur point de vue concernant différents aspects de l'évaluation 3) définir des stratégies de communication appropriées et adaptées aux besoins et aux attentes des communautés afin qu'elles puissent bénéficier des résultats de recherche 4) discuter de la faisabilité et de la généralisation potentielle de la pratique promue par AIDES.

Il vise entre autres à favoriser les meilleurs arrimages entre la recherche et l'intervention.

Depuis le début du projet, le comité s'est réuni à 6 reprises (septembre 2007, novembre 2009, décembre 2009, mai 2010, décembre 2010 et juin 2011). Malgré la fin de l'implantation et de la recherche évaluative, l'équipe de recherche et les participants au comité ont convenu de se rencontrer en décembre 2011 afin de poursuivre les échanges concernant les suites du projet.

3.8.3 Comités locaux de coordination

Les CSSS et les CJ des territoires associés à l'implantation se sont engagés à assumer localement le leadership de l'initiative AIDES et à mettre en place l'ensemble des conditions et des ressources nécessaires pour bien mener à terme l'implantation et l'évaluation de l'initiative AIDES. Ces comités locaux visent à établir des ponts entre l'évaluation et les pratiques quotidiennes. En plus d'être impliqués dans la définition et l'implantation de ces nouveaux modes de pratique en réseau, les acteurs locaux participeront au suivi et à l'évaluation du projet. Ces comités doivent favoriser l'adhésion, la collaboration et la planification conjointe des actions à entreprendre pour assurer le bon déroulement de la recherche.

Sur le territoire de Montréal, ce comité a été créé en 2005 pour soutenir la mise à l'essai du projet AIDES. Il regroupe des cadres intermédiaires, des conseillers cliniques et des praticiens du Centre jeunesse de Montréal/Bureau-nord et du CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord. Ce comité s'est rencontré à plusieurs reprises dans les premiers mois du démarrage du projet.

Sur le territoire de la Maurice et du Centre-du-Québec, c'est le comité de coordination local des équipes du programme PAPFC[2] qui assure le suivi de l'implantation. Il est composé de cadres intermédiaires (chef de service jeunesse du CJMCQ, chef de programme du CSSS et directeur de l'organisme communautaire famille). Il comprend aussi les principaux professionnels impliqués dans l'actualisation du programme. Les membres de l'équipe de recherche participent aux rencontres de comité de coordination pour les trois sites identifiés pour l'implantation d'AIDES. Leur présence assure le suivi de l'implantation de l'initiative AIDES par les équipes qui expérimentent le projet (territoires expérimentaux).

3.8.4 Comité d'évaluation

L'avancement des travaux du projet de recherche a été suivi par un comité d'évaluation formé par un représentant du CNPC, des membres de l'équipe de recherche et deux chercheurs externes. Ce comité s'est rencontré à trois reprises : le 24 mars 2009 pour le rapport préliminaire d'évaluation 1 ; le 25 mai 2010 pour le rapport préliminaire d'évaluation 2 et le 20 décembre 2011 pour la discussion du rapport final.

3.9 Plus-value de l'initiative AIDES

La contribution la plus remarquable de l'initiative AIDES est la suivante : elle intègre en une seule démarche d'intervention plusieurs composantes des programmes destinés à des enfants vulnérables. AIDES propose une démarche cohérente à toutes les étapes d'intervention (analyse, planification, suivi et révision) et elle offre des moyens concrets pour opérationnaliser les buts et les objectifs des différents programmes. En somme, AIDES vient combler les limites des différents programmes.

Le cadre d'analyse et son outil le CABE donnent la possibilité aux différents partenaires (figures parentales, intervenants et organisations) d'analyser et de s'entendre sur les perceptions des besoins des enfants et des familles. Plus spécifiquement, les organisations impliquées peuvent partager une terminologie et une lecture communes des besoins des enfants et de leur famille, des risques auxquels ils sont confrontés et des formes de protection dont ils peuvent profiter.

De plus, AIDES facilite la mobilisation et la participation des figures parentales à toutes les étapes de l'intervention. Ainsi, c'est conjointement que les partenaires concernés peuvent préciser leurs contributions et définir leurs responsabilités en lien avec les actions à mener auprès de l'enfant et de sa famille. Finalement, le cadre de référence et le CABE permettent d'actualiser les principes de l'action concertée en partenariat et encouragent l'actualisation du plan de services individualisé qui est une obligation légale de la loi sur la santé et les services sociaux.

3.10 Retombées espérées et conclusion

L'initiative AIDES souhaite que les retombées pour tous les acteurs (enfant, figures parentales, intervenants, organisations) qui participent au projet soient :

- Ouvrir un espace de dialogue avec les parents;
- Servir de levier pour favoriser et maintenir l'engagement et la participation des parents et des enfants;
- Favoriser le partage d'une terminologie et d'une lecture commune des besoins de l'enfant et de sa famille;
- Permettre de fixer des objectifs clairs et réalistes, de mieux cibler les actions prioritaires à mener, de définir les responsabilités et de préciser les contributions de chacun;
- Favoriser la discussion et l'évaluation des progrès des enfants;
- Établir les modalités de suivi afin d'apporter rapidement les ajustements nécessaires.

Comme la nature et l'ampleur des besoins diffèrent d'un enfant et d'une famille à l'autre, que les facteurs en cause sont complexes et que les milieux de vie sont multiples, la démarche proposée par AIDES favorise des actions concertées, à la fois adéquates, efficaces et opportunes pour les enfants et leur famille. Ces interventions visent donc à contrer plusieurs formes de risques, lesquelles sont liées à des facteurs individuels, familiaux, sociaux et communautaires. Elles permettront également de renforcer les conditions nécessaires pour protéger les enfants.

4. Recherche évaluative de l'initiative AIDES

4.1 But et objectifs généraux

Le projet de recherche évalue l'implantation et l'efficacité de l'initiative AIDES dans quatre territoires au Québec. Plus spécifiquement, deux objectifs sont poursuivis: 1) évaluer l'implantation de l'initiative AIDES; 2) évaluer ses effets sur les enfants et leurs figures parentales; 3) présenter les coûts associés au projet. Cette partie du rapport présente la méthodologie des deux volets. D'abord, les questions et les hypothèses de recherche sont posées, vient par la suite la description des participants, le recrutement et la constitution de l'échantillon puis la méthode utilisée pour chaque question est présentée.

4.2 Questions et hypothèses de recherche

Le *volet évaluation d'implantation* s'effectue à l'aide d'une approche inductive et d'un devis qualitatif. Deux points d'intérêt et cinq questions de recherche structurent ce volet.

Premier point d'intérêt : Conformité entre ce qui a été prévue et ce qui a été réalisée

Question 1 : Est-ce que la clientèle rejointe correspond à la clientèle ciblée?

Question 2: Dans quelle mesure l'implantation de l'initiative correspond-elle à ce qui était prévu? L'initiative AIDES a-t-elle favorisé le développement de pratiques professionnelles axées sur la participation/collaboration des parents?

Deuxième point d'intérêt : Appréciation de l'implantation de l'initiative AIDES par les intervenants et les autres acteurs impliqués

Question 3 : Quelles conditions de pratique ont influencé l'implantation de AIDES?

Question 4 : Comment les participants perçoivent-ils les moyens proposés dans le cadre de l'implantation?

Question 5: Quels changements additionnels sont nécessaires afin d'adapter le modèle britannique au système québécois de services sociaux et pour la poursuite de l'implantation?

Le *volet évaluation des effets* procède par une approche hypothético-déductive et un devis quantitatif de type quasi expérimental; six hypothèses de recherche sont formulées dans ce volet.

La première réfère aux *effets différentiels proximaux* escomptés :

- H1 : Les figures parentales ayant participé à l'initiative AIDES (comparées à des figures parentales ayant reçu les interventions courantes) auront perçu une amélioration de la qualité de la collaboration avec l'intervenant dédié et des pratiques d'aide de ces derniers, et un plus grand contrôle sur les décisions.

Une seconde hypothèse s'attarde aux *effets différentiels intermédiaires* escomptés :

- H2 : Des améliorations dans la situation personnelle des figures parentales (adaptation parentale, exercice des responsabilités parentales) et dans l'environnement familial seront observées au terme de l'intervention AIDES comparativement à celles observées chez les figures parentales ayant été exposées à des interventions courantes.

Une troisième hypothèse s'attarde aux *effets différentiels ultimes* escomptés :

- H3 : Des améliorations dans la situation personnelle des enfants (développement émotionnel et comportemental, cognitif et langagier, victimisation), et en particulier à l'égard des problèmes extériorisés, seront observées au terme de l'intervention AIDES comparativement à celles observées chez les enfants ayant été exposés à des interventions courantes.

Une quatrième et cinquième hypothèse a trait aux *effets médiateurs liés aux figures parentales et aux enfants :*

- H4 : La relation entre le groupe assigné aux enfants (AIDES vs interventions courantes) et la situation personnelle de ces derniers en post-test sera médiatisée par la qualité de l'exercice des responsabilités des figures parentales en post-test. L'effet de l'initiative AIDES sur l'enfant dépendra donc significativement de l'amélioration dans l'exercice des responsabilités des figures parentales que cette initiative aura produite.

- H5 : La relation entre le niveau de risque psychosocial de la famille (accumulation de facteurs de risque) au pré-test et les problèmes de type extériorisé au post-test sera médiatisée 1) par la perception des figures parentales en ce qui a trait aux pratiques d'aide, au contrôle de la décision et à la collaboration avec l'intervenant dédié lors des étapes de l'analyse des besoins, de la planification des actions et de la révision du plan d'action et 2) par la qualité de l'environnement familial et de l'exercice des responsabilités parentales au post-test.

Une sixième hypothèse a trait aux effets modérateurs reliés aux enfants et aux familles :

- H6 : Les effets intermédiaires et ultimes produits par AIDES seront modulés par les caractéristiques de l'enfant (âge, sexe) et de sa situation familiale (structure et taille de la famille, état de son réseau de soutien social, type de problèmes et durée, autres facteurs de risque).

Les questions et les hypothèses sont conçues en fonction du modèle logique présenté à la figure 2 (page 46).

4.3 Description des participants, recrutement et constitution de l'échantillon

L'enfant est l'unité constitutive de l'échantillon de la recherche. Lorsqu'un enfant est recruté, la collecte de l'information est réalisée auprès de ce dernier, de sa figure parentale et de l'intervenant l'ayant référé au projet. Le tableau 6 détaille les participants de la recherche.

Tableau 6 : Description des types de participants et des critères de sélection

Types de participant	Description et critères de sélection
Enfant	• Est l'unité d'analyse de la recherche évaluative; • Reçoit des services de l'un des établissements (CSSS ou CJ) associés à la recherche; • Est ciblé pour participer à la recherche par son intervenant du CSSS ou du CJ parce qu'il répond aux critères de sélection suivants : o est âgé de 0 à 9 ans o vit dans son milieu familial o n'a pas de diagnostic de trouble envahissant du développement ou de déficience intellectuelle au moment de la référence o sa situation familiale est suffisamment détériorée pour susciter des préoccupations significatives face à son développement.
Répondant principal	• Le répondant principal est la figure parentale de l'enfant identifié par l'intervenant pour participer à la recherche; • Il accepte de faire participer son enfant et de participer lui-même à la recherche; • Il signe le formulaire de consentement;
Famille	• Il s'agit de la famille de l'enfant; • Elle inclut tous les membres de la famille de l'enfant.
Intervenant dédié du groupe AIDES ou du groupe témoin	• Il intervient dans l'un des établissements (CSSS ou CJ) associés à la recherche; • S'il est intervenant dédié du groupe AIDES, il expérimente les moyens promus par l'initiative AIDES; • Il a identifié un ou des enfants pouvant faire partie de la recherche parmi les familles auprès de qui il intervient;
Autres acteurs du groupe AIDES	Gestionnaires, coordonnateurs (trices) cliniques, conseillers (ères) cliniques, chefs de service, chefs de programme impliqués dans l'expérimentation de l'initiative AIDES;

Taille de l'échantillon et puissance statistique

La taille de l'échantillon est déterminée à partir de la formule et des tableaux de Cohen (1988). Les paramètres sont fixés aux valeurs suivantes : p = 0.05; *puissance* = 0.95 et *effet* = 0.25. Ces paramètres statistiques suggèrent un N ≥ 170. Toutefois, il est important de tenir compte de trois autres considérations : le nombre de variables qui seront simultanément entrées dans les analyses statistiques, le taux d'attrition de l'échantillon et la probabilité qu'il y ait des données manquantes. Il est prévu que certaines analyses soient effectuées avec environ une dizaine de variables (variables dépendante, indépendantes et contrôle). Nous prévoyons un faible taux d'attrition

(moins de 10%), notamment en raison de la nature du suivi professionnel effectué auprès des familles participantes (partenariat entre les CSSS et les CJ) et d'une compensation symbolique qui leur sera offerte. Nous prévoyons également un faible taux de données manquantes (moins de 5%) en raison du fait que la collecte d'informations auprès des parents et des enfants sera entièrement assistée par des assistantes de recherche dont la fonction sera de s'assurer de la qualité des données recueillies.

Toutes ces considérations nous amènent à viser, en pré-test, un échantillon de 230 enfants/familles, soit 115 enfants/familles participant à l'expérimentation de l'initiative AIDES et 115 enfants/familles formant le groupe témoin.

Caractéristiques des territoires de CSSS où sont recrutés les participants

Les caractéristiques sociodémographiques propres à chaque territoire où s'expérimente la recherche évaluative de l'initiative AIDES sont présentées afin d'illustrer la diversité des environnements sociaux. Puis, le choix des territoires du groupe témoin est discuté.

D'après le recensement de l'Agence Canadienne de santé et des services sociaux réalisé en 2006, Montréal est une région majoritairement urbaine qui regroupe 1,9 million de personnes et dense en termes de population avec 3,715 habitants par kilomètre carré. La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec est plus diversifiée quant aux types de territoires qu'elle occupe (rural semi-urbain et urbain), et beaucoup moins dense (9 personnes par kilomètre carré) que Montréal. Sa grande superficie (46,657 km carrés) et son petit nombre d'habitants en témoignent. La carte de la page suivante montre la situation géographique des régions et des territoires.

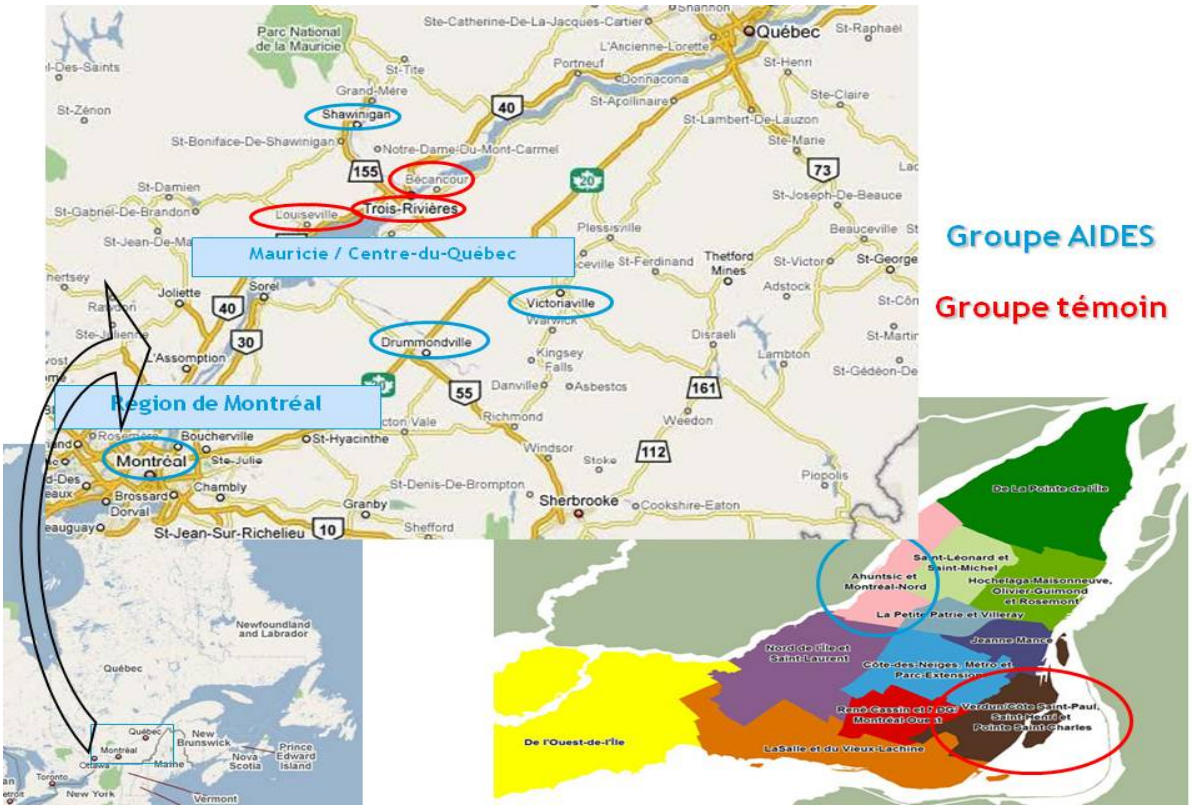


FIGURE 6 : SITUATION GÉOGRAPHIQUE DES RÉGIONS ET TERRITOIRES IMPLIQUÉS DANS LA RECHERCHE ÉVALUATIVE DE L'INITIATIVE AIDES

Pour la **région de Montréal**, le premier indicateur retenu pour le choix d'un territoire de CSSS comparable au territoire expérimental est le taux d'enfants de 0 à 5 ans dont la « sécurité et le développement est compromis ». À partir de ce fait, deux territoires de CSSS sur 11 sont comparables au territoire du CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord (A-MN) soit les CSSS Lucille Teasdale et Sud-Ouest-Verdun (SO-V) (Massicotte *et al.*, 2007). Puis, la présence de facteurs de risque associés aux mauvais traitements a été examinée. C'est le CSSS SO-V qui a été retenu comme territoire témoin en raison de taux similaires ou plus élevés que le territoire expérimental A-MN (voir le tableau 3, page 48). De plus, au-delà des indicateurs, la présence du multiculturalisme, tel que vécu dans le territoire expérimental, est aussi bien présent dans le territoire témoin choisi.

Pour la **région de la Mauricie et du Centre-du-Québec**, trois territoires de CSSS ont été ciblés afin que chaque territoire de CSSS expérimental (Énergie (É), Drummond (D) et ArthabasKa-Érables (A-É)) puisse avoir un équivalent comparable. C'est pourquoi deux territoires se retrouvent en Mauricie et un autre au Centre-du-Québec. En plus de l'équivalence en ce qui concerne les facteurs de risque associés aux mauvais traitements, d'autres raisons ont motivé le choix des territoires. D'abord, le CSSS Bécancour/Nicolet/Yamaska (BNY) est le seul territoire de CSSS situé dans le Centre-du-Québec c'est pourquoi il a été retenu d'office comme territoire témoin. Pour la région

de la Mauricie, le territoire du Haut St-Maurice a été éliminé en raison de la trop grande distance géographique. Le territoire de Trois-Rivières/Cap-de-la-Madeleine (TR) a donc été retenu puisqu'il est déjà partenaire dans différents projets de recherche et que le milieu a lui-même manifesté un intérêt à faire partie du projet. Finalement, le territoire de Maskinongé (M) a été privilégié à celui de Mékinac/des Chenaux en raison de la proximité géographique et de la présence d'indicateurs semblables aux autres territoires témoin (voir tableau 3).

Les populations desservies par les territoires de CSSS des groupes AIDES et témoin présentent plusieurs besoins psychosociaux et cumulent plusieurs facteurs de risque associés aux mauvais traitements. Le tableau 3 illustre les similitudes observées entre les groupes expérimentaux et témoins. En effet, le pourcentage moyen associé à chaque facteur de risque pour l'ensemble des CSSS d'un même groupe (AIDES ou témoin) est comparable.

La répartition des enfants à recruter dans chacun des groupes (AIDES et témoin) est présentée à la figure qui suit.

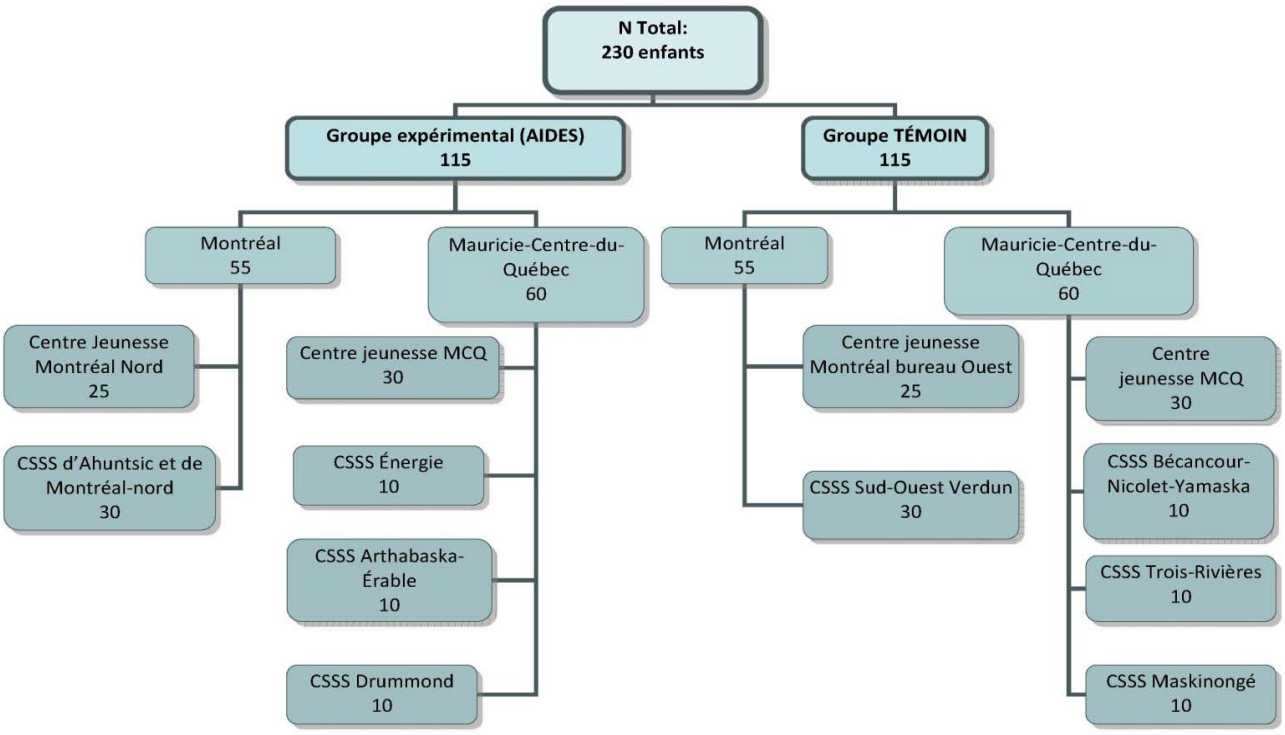


FIGURE 7 : RÉPARTITION PRÉVUE DES ENFANTS À RECRUTER DANS LE GROUPE AIDES ET LE GROUPE TÉMOIN

4.4 Recrutement et constitution de l'échantillon

Le recrutement des participants s'échelonne sur 1 an et 10 mois, soit de juin 2008 à mars 2010. Les procédures de recrutement sont indiquées aux intervenants lors de différentes rencontres organisées par l'équipe de recherche en collaboration avec les gestionnaires des établissements. L'équipe de recherche offre aussi un soutien constant aux intervenants tout au long de la période de recrutement. La section 1 de l'annexe 2 détaille les procédures de recrutement. Lors du recrutement, 203 enfants sur 230[18] sont ciblés par les intervenants et référés à l'équipe de recherche qui, à leur tour, contacte les figures parentales pour concrétiser leur participation et celle de leur enfant à la recherche. Dix-neuf parents (9%) refusent en invoquant les raisons suivantes : manque de temps ou d'énergie, l'enfant a été placé, impossibilité de rejoindre le parent, le parent n'est plus intéressé, etc. Les intervenants sont avisés du refus du parent de participer à la recherche. Ces enfants et leur parent (groupe AIDES) recevront des services dans le cadre des pratiques régulières de l'établissement qui avait sollicité leur participation. La figure qui suit montre la répartition des enfants recrutés (groupe AIDES et groupe témoin) selon qu'ils reçoivent des services d'un CJ ou d'un CSSS.

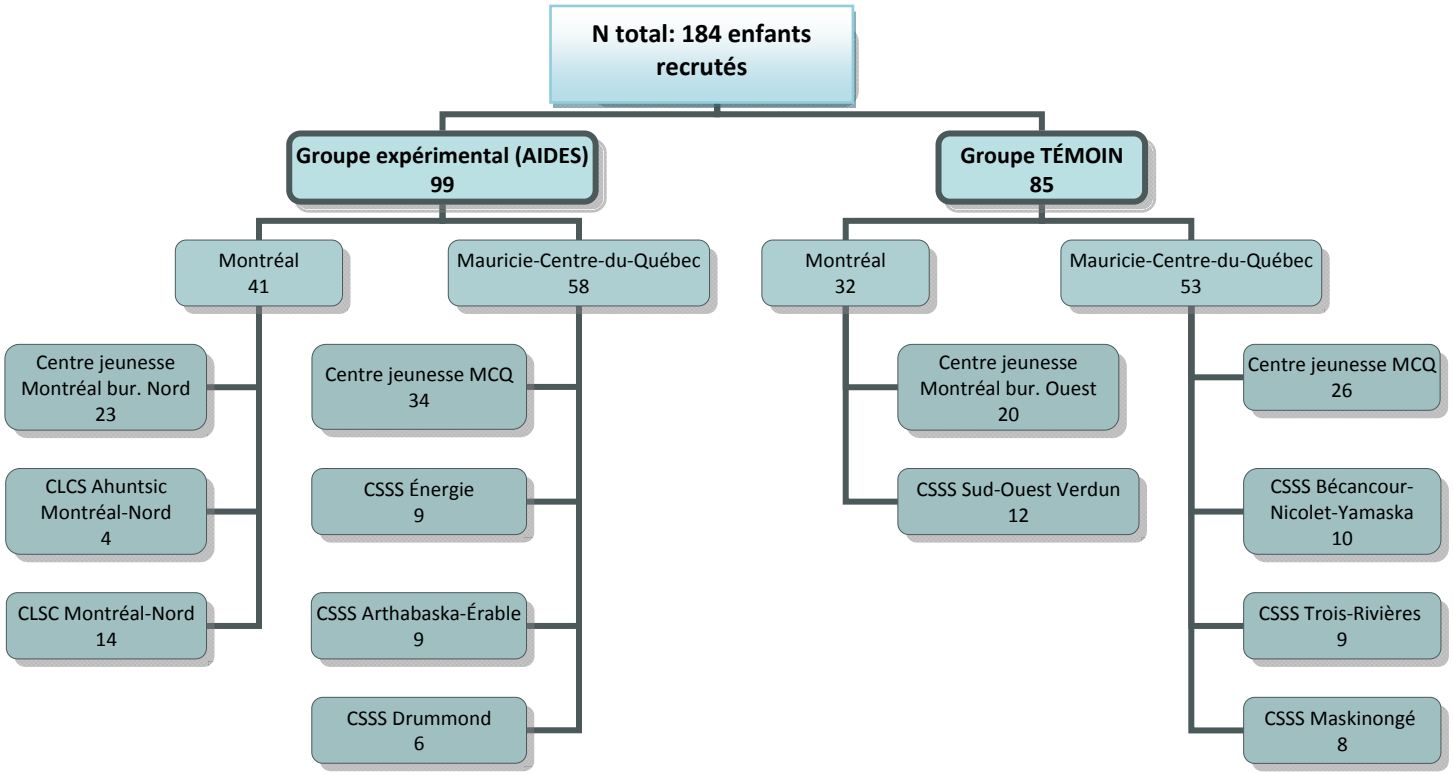


FIGURE 8 : RÉPARTITION RÉELLE DES ENFANTS RECRUTÉS DANS LE GROUPE AIDES ET LE GROUPE TÉMOIN

[18] Certains milieux de pratique ne sont arrivés à recruter le nombre d'enfants prévus initialement.

C'est 80 % de l'échantillon initialement prévu qui a été constitué (184/230).

4.5 Collecte, traitement et analyses des données – volets évaluation de l'implantation et des effets

La collecte, le traitement et l'analyse des données recueillies pour répondre à chacune des questions du volet implantation et pour tester les hypothèses du volet évaluation des effets sont présentés à l'aide des moyens suivants :

- Les tableaux synthèse correspondant aux différentes questions de recherche fournissent l'information suivante : les dimensions documentées (indicateurs), la méthode de collecte, les sources d'information (auprès de qui ou à l'aide de quoi), le lieu et le moment de la capture des données et le nombre de participants par groupes (AIDES ou témoin);
- D'autres éléments méthodologiques (critères de sélection, dates de déroulement des activités, procédures, description des méthodes de collecte) complémentaires aux informations comprises dans les tableaux sont fournis pour favoriser une meilleure compréhension de la collecte;
- Le traitement et le plan d'analyse des données recueillies sont brièvement présentés;
- Les figures et des tableaux intégrés à la fin du chapitre 4 offrent un complément d'informations :
  - Figures de lignes de temps du projet aux pages 96 et 97
  - Tableau 13 **Description des mesures utilisées dans le cadre de la recherche évaluative de l'initiative AIDES** à la page 98 et l'annexe 3 donnent des détails sur les instruments de mesure standardisées utilisés;
- Enfin, les annexes 2 et 4 détaillent le déroulement de la collecte et présentent les questionnaires qui ont été développés dans le cadre de la recherche

4.6 Volet évaluation de l'implantation

La période comprise entre le début de la collecte pré-intervention (pré-test), en juillet 2008, et la dernière collecte de données post intervention (post-test), prévue en mars 2011, est l'objet de l'analyse d'implantation. Cette approche est souvent utilisée en évaluation d'implantation car elle permet d'explorer à fond les processus et les perceptions d'un petit nombre d'individus. Elle vise la compréhension des phénomènes du point de vue des acteurs (Miles et Huberman, 2003) plutôt que la généralisation statistique à une population donnée. Afin de comparer les processus à l'œuvre, tant dans l'initiative AIDES que dans les interventions courantes, plusieurs informations sont recueillies auprès des deux groupes. Cette procédure permet, par exemple, de vérifier si, tel que prévu, AIDES favorise davantage la participation des figures parentales que les interventions courantes. Une collecte d'informations auprès du groupe AIDES

uniquement aurait pu certes nous informer si les figures parentales participent à la démarche d'intervention, mais on ne pourrait s'assurer que cette participation est plus active que dans les interventions courantes.

4.6.1 Est-ce que la clientèle rejointe correspond à la clientèle ciblée? (question 1)

La première question s'intéresse à la conformité entre l'implantation prévue et celle réalisée et elle se divise ainsi: 1) Avons-nous recruté les participants prévus dans la recherche? 2) Le groupe AIDES est-il comparable au groupe témoin? L'information sur la collecte des données de cette question se trouve au tableau 7 de la page 82.

Tableau 7 : Est-ce que la clientèle rejointe correspond à la clientèle ciblée?

Dimensions	Méthode de collecte	Sources	Lieu et temps de mesure	n par groupe AIDES 99	n par groupe Témoin 85
Enfant : âge, sexe, services reçus Répondant principal : âge, lien avec l'enfant, scolarité, emploi, services reçus Famille : structure familiale, nombre d'enfants dans la famille, mode et densité d'occupation, revenu familial, services reçus	Questionnaires maison Renseignements sur la famille	Répondant principal	Visite au domicile Pré-test	99	85
Développement cognitif, langagier, moteur, comportemental et émotionnel de l'enfant	Grille d'évaluation du développement (GED) (≤ 5 ans) Échelle de vocabulaire en images Peabody (EVIP) (≥ 5 ans) Child Behavior CheckList (CBCL) (≥ 1,5 ans)	Enfant Répondant principal	Visite au domicile Pré-test	99	85
Victimisation de l'enfant Adaptation des figures parentales à leur rôle et exercice de leurs responsabilités envers l'enfant Qualité de l'environnement familial auquel l'enfant est exposé	Child Abuse Potential Inventory (CAPI) Questionnaire combiné JPM (PCCTS-JVQ-MNBS) Index de stress parental (ISP) Inventaire de soutien familial (ISF) Home Observation for Measurement of the Environment (HOME)	Répondant principal	Visite au domicile Pré-test	99	85

Autres éléments méthodologiques

Les visites pré-test au domicile des participants recrutés se déroulent de juillet 2008 à mars 2010. Des procédures rigoureuses sont élaborées pour la réalisation de cette visite. La section 2 de l'annexe 2 détaille les étapes de la visite, de sa préparation à sa réalisation, de la restitution des résultats de cette visite au parent et à son intervenant et des considérations éthiques reliées spécifiquement à la visite au domicile des participants.

Traitement et analyse

Des analyses descriptives (fréquence, moyenne, écarts-types) ont été effectuées sur l'ensemble des données recueillies pour les groupes AIDES et témoin. Des analyses inférentielles (Test-t sur les différences de moyennes) et des mesures d'association (X^2)[19] ont été réalisées afin de comparer les données des deux groupes.

La réponse à la question *''Est-ce que la clientèle rejointe correspond à la clientèle ciblée''* se trouve à la page 100.

4.6.2 Dans quelle mesure l'implantation de l'initiative correspond-elle à ce qui était prévu? (question 2)

La deuxième question du volet d'évaluation de l'implantation s'intéresse aussi à la conformité entre l'implantation prévue et celle réalisée. Plus spécifiquement, l'initiative AIDES a-t-elle favorisé le développement de pratiques professionnelles axées sur la participation/collaboration des parents?

L'information sur la collecte des données de cette sous-question se trouve au tableau 8 de la page suivante.

[19] Pour les tableaux de plus de 2 x 2, l'analyse des résidus ajustés standardisés a permis d'identifier les cellules contribuant significativement au calcul du X^2. Les résultats marqués d'un + ou d'un – signifient que la valeur du résidu ajusté est de ± 1,96 et donc, significative ($p \leq 0.05$)

Tableau 8 : L'initiative AIDES a-t-elle favorisé le développement de pratiques professionnelles axées sur la participation/collaboration des parents?

Dimensions	Méthode de collecte	Sources	Lieu et temps de mesure	n par groupe AIDES 15	n par groupe Témoin 15
Expériences favorables et défavorables vécues concernant la participation et collaboration	Guide d'entrevue semi-structurée à l'aide d'un incident critique +/- 30 minutes 6 questions	Répondant principal	Au téléphone Après la réalisation du QPPSR, 12 mois après le pré-test	14**	15
		Intervenant dédié		15	15

**Une entrevue réalisée auprès d'une figure parentale du groupe AIDES n'a pas été retenue en raison de la pauvreté du son contenu.

Autres éléments méthodologiques

Les répondants principaux (figure parentale) sont sélectionnés pour participer à l'entrevue téléphonique après avoir répondu au questionnaire de perception parentale sur les services reçus (QPPSR) 12 mois après le pré-test. Ce questionnaire administré à deux reprises, soit 3 mois et 12 mois après le pré-test, comporte 3 mesures standardisées (QPA, QCPP, ECS formant le QPPSR). Elles portent sur les expériences parentales d'être soutenues dans la réponse aux besoins de leurs enfants et aux expériences parentales de contrôle sur les aspects de leur vie en lien avec les services que leur enfant et eux reçoivent concernant sa perception des services[20].

Le choix des répondants principaux s'effectue par la formation de sous-groupes de 13 répondants au QPPSR. Le nombre de 13 répondants par sous-groupe a été déterminé par une estimation que nous avons fait du nombre de répondants possibles au QPPSR 12 mois après le pré-test. Le sous-groupe devait aussi être assez élevé afin d'observer une représentation des scores extrêmes. Puis la formation d'un sous-groupe s'est effectuée de la manière suivante : 1) lorsqu'un parent a répondu au QPPSR 12 mois après le pré-test, il est joint à un groupe de répondants 2) Un score de satisfaction de 1 (les moins satisfaits) à 5 points (les plus satisfaits) à l'aide des trois échelles standardisées (QPA, ESC et QCPP) est attribué à chaque répondant. 2) lorsque le sous-groupe comprend 13 répondants, les 2 répondants principaux les moins satisfaits et les 2 les plus satisfaits sont sollicités pour participer à l'entrevue téléphonique sur la participation et collaboration.

L'intervenant dédié sélectionné pour participer aux entrevues a référé plus de deux enfants au projet. De plus, tous les milieux de recrutement du groupe AIDES et du groupe témoin sont représentés. La moitié des intervenants sélectionnés auront à nous parler d'une expérience de participation/collaboration avec un parent qui a été difficile, tandis que l'autre moitié nous entretiendra sur une expérience facile sur le plan de la participation/collaboration avec un parent. Les expériences faciles et difficiles sont attribuées au hasard et visent à recueillir une diversité de points de vue.

La technique de l'incident critique est utilisée pour la réalisation des entrevues téléphoniques sur la participation/collaboration (Flanagan, 1954). L'incident est une expérience significative vécue sur le plan de la participation/collaboration choisie et racontée par le participant. Tous les détails de cette expérience (quand, où, avec qui...) permettent une meilleure compréhension des comportements et de l'interaction entre en ce qui nous concerne la figure parentale (répondant principal) et l'intervenant dédié.

Traitement et analyse

Tous les enregistrements audio des entrevues téléphoniques sont d'abord transcrits intégralement. Les transcriptions sont ensuite importées dans le logiciel de soutien à l'analyse de données qualitatives, *NVivo 8.0*.

[20] La section 3 de l'annexe 2 présente le déroulement de la collecte sur la perception parentale des services reçus.

Une grille de codification est construite selon un modèle mixte, c'est-à-dire qu'« une partie des catégories sont préexistantes au départ, tandis que le chercheur laisse place à la possibilité qu'un certain nombre d'autres soient induites en cours d'analyse soit en sus des catégories existantes, soit en remplacement de certaines » (L'Écuyer, 1985, pp. 74-75). Puis, les données sont traitées à l'aide de 3 étapes décrites plus bas.

- *Codification de premier niveau*

La codification des données est effectuée par deux professionnelles de recherche. Les entrevues ont été codifiées pour obtenir un accord inter-juge de 100 % ce qui implique que chaque professionnelle codifie sa partie et confronte ensuite sa perception avec l'autre. À la fin du processus, les membres s'entendent à l'unanimité sur les codes octroyés. Les grandes dimensions analysées sont : les pratiques/actions des parents et intervenants en situation de collaboration, l'attribution de responsabilités évoquées pour qualifier la relation, les conséquences de l'action-interaction et le contexte général dans lequel s'inscrivent les pratiques de collaboration.

- *Création de fiches d'analyse*

Des fiches d'analyses reprenant les grandes dimensions sont produites pour 30 parents et 30 intervenants sélectionnés au hasard, en respectant certains critères. Les entrevues sélectionnées doivent représenter tous les milieux de pratique qui participent à la recherche et une mixité de situations facile et difficile doit être présente. Ces fiches nous permettent d'organiser le contenu de sorte à comprendre et recréer le déroulement de l'incident critique tel qu'il est évoqué par le participant.

- *Codification de deuxième et troisième niveaux*

Les fiches d'analyses ont ensuite été traitées globalement pour faire émerger les principaux thèmes quant aux attributions évoquées par les participants pour qualifier la relation de favorable ou de défavorable. Ces attributions sont mises en lien avec les conséquences produites et le contexte entourant la relation de collaboration. Le discours des parents et des intervenants du groupe AIDES a été comparé à celui du groupe témoin afin de vérifier si les pratiques professionnelles implantées dans le cadre du projet AIDES se différencient des pratiques courantes expérimentées par les participants du groupe témoin.

Les résultats de cette question sont présentés à la page 106.

4.6.3 Quelles conditions de pratique ont influencé la mise en œuvre de l'initiative?

Cette troisième question porte sur l'appréciation de l'expérimentation par les intervenants et les autres acteurs impliqués. Le tableau 9 de cette question se trouve à la page suivante.

Tableau 9 : Quelles conditions de pratique ont influencé l'implantation de l'initiative?

Dimensions	Méthode de collecte	Sources	Lieu et temps de mesure	n par groupe AIDES	n par groupe Témoin
Facilitants et obstacles Éléments liés : à la qualité de l'implantation, aux organisations, aux éléments sociopolitiques, aux collaborations interorganisationnelles, aux aspects individuels et professionnels	Guide d'entrevue semi-structurée Conditions de pratique +/- 30 minutes 2 questions	Intervenant dédié	Au téléphone Dans les 12 derniers mois du projet	19*/27	Ne s'applique pas
***** 8 intervenants n'ont pas participé pour les raisons suivantes : difficultés à rejoindre, désistement, congé de maladie, déménagement.					
Facilitants et obstacles Éléments liés : à la qualité de l'implantation, aux organisations, aux éléments sociopolitiques, aux collaborations interorganisationnelles, aux aspects individuels et professionnels	Guide d'entrevue semi-structurée Conditions de pratique +/- 30 minutes 2 questions	Autres acteurs	Au téléphone Dans les 12 derniers mois du projet	17**/25	Ne s'applique pas

****** 8 autres acteurs n'ont pas participé pour les raisons suivantes : appel non retourné, refus de répondre, se dit non habilité à répondre aux questions.

Autres éléments méthodologiques

Le contenu des entrevues sur les conditions de pratiques est développé à partir de la littérature sur l'implantation d'innovation sociale et le changement organisationnel dans le champ des services destinés aux enfants en difficulté et de leur famille (Bareil, 2004; Callon et Latour, 1986; Cleaver et Walker, 2003; Cleaver *et al.*, 2008; Léveillé et Chamberland, 2010).

Traitement et analyse

Tous les enregistrements audio des entrevues téléphoniques sont d'abord transcrits intégralement au moyen d'un logiciel de traitement de textes. Les transcriptions sont ensuite importées dans le logiciel de soutien à l'analyse de données qualitatives, *NVivo 8.0*. Ces étapes préparent la démarche de préanalyse qui repose sur les procédures systématisées par L'Écuyer (1990) : 1) lectures préliminaires et établissement d'une liste d'énoncés; 2) choix et définition des unités de classification; et 3) processus de catégorisation et de classification.

Les résultats de cette question sont présentés à la page 117.

4.6.4 Comment les participants perçoivent-ils les moyens expérimentés?

Cette quatrième question porte aussi sur l'appréciation de l'expérimentation par les intervenants et les autres acteurs impliqués. La synthèse de la collecte est présentée au tableau 10 de la page 89.

Tableau 10 : Comment les participants perçoivent-ils les moyens expérimentés?

Dimensions	Méthode de collecte	Sources	Lieu et temps de mesure	N par groupe AIDES	N par groupe Témoin
Défis rencontrés avec les moyens promus Facilitants et obstacles Avantages et inconvénients pour les intervenants et les parents	Rencontres de co-développement +/- 2 heures n=39	Intervenant dédié	Dans les milieux de pratique Aux 6 semaines ou selon les besoins des milieux	55*/74	Ne s'applique pas
***** 19 intervenants n'ont pas participé aux rencontres de co-développement pour les raisons suivantes : sont peu impliqués dans le dossier de l'enfant, pas le temps d'y participer, quitte le milieu de pratique, pas d'autorisation de son milieu d'y participer.					
Avantages, forces, difficultés et les faiblesses Cadre d'analyse, CABE, approche participative, PI ou PSI, formation et activités de soutien	Guide d'entrevue semi-structurée Conditions de pratique +/- 30 minutes 3 questions	Intervenant dédié	Au téléphone Dans les 12 derniers mois du projet	19**/27	Ne s'applique pas
****** 8 intervenants n'ont pas participé pour les raisons suivantes : difficultés à rejoindre, désistement, congé de maladie, déménagement.					
Avantages, forces, difficultés et les faiblesses Cadre d'analyse, CABE, approche participative, PI ou PSI, formation et activités de soutien	Guide d'entrevue semi-structurée +/- 30 minutes 3 questions	Autres acteurs	Au téléphone Dans les 12 derniers mois du projet	17***/25	Ne s'applique pas
******* 8 autres acteurs n'ont pas participé pour les raisons suivantes : appel non retourné, refus de répondre, se dit non habilité à répondre aux questions.					

Autres éléments méthodologiques

Deux sources de données sont utilisées pour répondre à cette question : les entrevues téléphoniques sur les conditions de pratique (voir le point précédent) et les rencontres de co-développement. Rappelons que les rencontres de co-développement font parties des activités de soutien mis en place par les promoteurs du projet AIDES et les organisations participant au projet. Elles visent l'appropriation de la démarche d'intervention proposée et des moyens utilisés par les intervenants; l'accompagnement soutenu des intervenants; l'enrichissement dans la façon d'utiliser les outils. Les rencontres se sont déroulées à un intervalle de 6 semaines ou selon le besoin des participants.

Traitement et analyse

Les rencontres des groupes de co-développement ont été enregistrées avec le consentement verbal de tous les participants et ont été par la suite transcrites. Une grille d'analyse du contenu des rencontres a été construite et a permis de dégager les défis, les facilitants et les obstacles rencontrés par les intervenants.

Les résultats de cette question sont présentés à la page 127.

4.6.5 Quels changements additionnels sont nécessaires afin d'adapter le modèle britannique au système québécois de services sociaux?

Cette dernière question n'implique pas d'autre collecte de donnée. Elle est répondue par une analyse transversale de l'ensemble du matériel recueilli. Cette question sera répondue dans la section Leçons et recommandations (voir la page 153)

4.7 Évaluation des effets

Le volet évaluation des effets repose sur un devis quasi-expérimental de changement comparé (*comparative change design*) impliquant un pré-test et un post-test pour un ensemble de participants sélectionnés sur la base de certaines conditions initiales préalablement connues et contrôlées et divisées de manière non aléatoire en deux groupes : le groupe cible et le groupe témoin (Mohr, 1995). L'échantillon a été décrit à la page 75. En raison du fait que le groupe témoin n'est pas un groupe sans intervention, notamment parce qu'il serait socialement inacceptable de ne pas fournir les services prévus par les diverses lois québécoises aux participants de ce groupe, il s'agit d'un devis qui compare les changements observés suite à deux formes d'intervention : le protocole d'intervention fondé sur l'initiative AIDES et le protocole d'intervention fondé sur les pratiques courantes. La formule suivante illustre le devis :

C : $Y_{1\ cible}$	AIDES	$Y_{2\ cible}$
C : $Y_{1\ témoin}$	Intervention courante	$Y_{2\ témoin}$

La sélection des sujets se fait à partir d'informations qui sont centralisées (C). Toutefois, le mode de sélection et leur assignation dans les deux groupes n'est pas aléatoire, mais plutôt contrôlé. Les effets de l'intervention sont évalués à partir d'indicateurs mesurés en pré-test (Y_1) et en post-test (Y_2) pour le groupe cible et le groupe témoin. Le tableau 12 à la page 94 présente un résumé de la méthodologie pour le volet des effets, essentiellement quantitatif.

Le modèle logique d'AIDES prévoit que les actions proposées auront des effets en cascade (proximaux, intermédiaires et ultimes). Le devis de recherche proposé prévoit que des changements seront observés, entre le pré-test et le post-test, dans les dimensions suivantes : l'exercice responsable des rôles parentaux, la qualité de l'environnement familial auquel sont exposés les enfants et la présence d'expériences développementales positives pour les enfants (effets intermédiaires) de même que la sécurité et le développement de ces derniers (effets ultimes). Les effets proximaux, quant à eux, réfèrent principalement aux expériences parentales d'être soutenu dans la réponse aux besoins de leurs enfants et aux expériences parentales de contrôle sur les aspects de leur vie en lien avec les services que leur enfant et eux reçoivent. Dans le cadre du devis de recherche, ces dimensions feront l'objet d'une collecte de données directement associée à des moments-clés de la démarche d'intervention soit trois mois et un an après la visite pré-test ce qui correspond à un cycle d'intervention - analyse, planification, mise en œuvre et révision. Ainsi, il ne s'agit pas à proprement parler d'informations qui seront recueillies en pré-test et en post-test, mais plutôt d'informations recueillies à des moments clés de la démarche d'intervention (pour le groupe AIDES et pour le groupe témoin).

Formation du groupe AIDES+

La qualité de l'implantation de l'initiative AIDES a varié considérablement d'un site d'implantation à l'autre ainsi que d'un intervenant à l'autre, entraînant comme conséquence une variabilité dans les degrés d'exposition des enfants et des parents à l'initiative. Ainsi, certains ont davantage été exposés que d'autres à la pratique d'intervention promue par AIDES. Ce constat nous a amené à considérer, pour les besoins de l'analyse des effets de l'initiative, la création d'un groupe AIDES ayant été soumis à ce qui se rapproche plus de ce qui était prévu au départ; nous avons nommé ce groupe AIDES+. Cette approche, utilisée en médecine sous le nom de *par-protocole*, se distingue de l'approche traditionnelle qui inclut l'ensemble des participants dans les groupes témoins et expérimentaux (approche *Intention au traitement*). Elle a été utilisée à quelques reprises en sciences humaines dans le cadre d'évaluation de programmes d'intervention (Bywater *et al.*, 2009; Scott *et al.*, 2010). Elle permet notamment de rendre compte avec plus de fidélité, des effets réels du programme ou de l'initiative évaluée. En outre, cette approche est davantage recommandée lors du recours à un devis quasi-expérimental (comparativement au devis expérimental) parce qu'elle n'est pas affectée par l'affectation aléatoire des participants.

Les dossiers d'enfants faisant partie du groupe AIDES+ (n=44) ont été sélectionnés car ils figurent parmi les plus conformes à ce qui avait été prescrit dans le cadre de l'initiative AIDES. La conformité est établie à partir de deux dimensions : 1) le degré de complétion du CABE; 2) le degré d'exposition et de soutien de l'intervenant dédié. De plus, les enfants et leur figure parentale doivent avoir été rencontrés en post-test.

- *Degré de complétion du CABE*

L'ensemble des CABE a été soumis à une analyse visant à établir leur qualité quant à leur niveau de complétion par l'intervenant dédié. Une note en pourcentage de 0 à 100 % est attribuée pour la dimension quantitative[21] et qualitative[22] du CABE. Un pourcentage élevé signifie que le CABE contient un maximum d'informations requises pour comprendre la situation de l'enfant et de sa famille. Le tableau 11 fait état des pourcentages obtenus pour les dimensions quantitatives et qualitatives du CABE.

Tableau 11 : Score obtenu aux dimensions quantitative et qualitative du CABE

Score obtenu	Quantitatif % (N)	Qualitatif % (N)
1-25 %	6 (4)	21 (15)
25-50 %	3 (2)	29 (21)
50-75 %	4 (3)	47 (34)
75-100 %	88 (64)	4 (3)
Total	100 (73)	100 (73)

À l'analyse des résultats, nous constatons que la dimension quantitative est bien complétée et ce, pour la majorité des CABE. La dimension qualitative permet quant à elle de mieux discriminer un CABE bien complété d'un autre. C'est donc pour cette raison que nous avons seulement considéré la dimension qualitative pour la sélection des dossiers.

- *Degré d'exposition et de soutien à l'initiative AIDES*

Afin de définir le degré d'exposition et de soutien des intervenants dédiés ayant participé à l'initiative AIDES, une grille d'exposition à AIDES a été construite. Elle détaille le type et le nombre d'activités de soutien auxquels les intervenants ont participé. Elle comptabilise aussi le nombre de familles que l'intervenant a suivi dans le cadre du

[21] La dimension quantitative réfère aux cases que l'intervenant doit cocher pour chaque item du CABE afin de signifier s'il est présent ou non chez le participant.
[22] La dimension qualitative du CABE réfère 1) à la section renseignements généraux, 2) aux commentaires de l'intervenant quant à chaque item coché 3) aux sections résumé de l'intervenant et analyse.

projet et le nombre de CABE qu'il a complété. Pour chaque intervenant, une note de 1 à 5 est donnée - *1 étant très peu exposé à 5 très exposé.*

- *Dossiers retenus*

Les dossiers d'enfant retenus pour faire partie du groupe AIDES + sont ceux dont les CABE ont obtenu un score de 50 % à la dimension qualitative et/ou ceux dont l'intervenant dédié au dossier de l'enfant a obtenu un score d'exposition de 3 et plus. Au terme de la sélection, 44 dossiers ont été retenus.

Analyse des données

Afin de vérifier les hypothèses ayant trait aux effets proximaux, intermédiaires et ultimes escomptés concernant les différences entre les deux processus d'intervention (AIDES versus intervention courante), les données seront analysées en se basant sur des analyses de variance (ANOVA) à mesures répétées et en examinant les effets Groupe x Temps.

Quant aux hypothèses ayant trait aux effets médiateurs et modérateurs, une approche de régression multiple hiérarchique sera utilisée. Les principes énoncés par Baron et Kenny (1988) serviront à examiner la présence d'effets médiateurs.

Tableau 12 : Évaluation des effets

Dimensions	Méthode de collecte	Sources	Lieu et temps de mesure	n par groupe AIDES (99)	Témoin (85)	AIDES+ (44)
Mesures effets proximaux (QPPSR)						
Perception des figures parentales de la qualité des pratiques d'aide employées par l'intervenant dédié Perception des figures parentales du degré de contrôle qu'ils ont sur les décisions portant sur les services envers leur enfant et leur famille Perception des figures parentales de la qualité de la collaboration avec l'intervenant dédié	Questionnaire sur les pratiques d'aide (QPA) Échelle de contrôle face aux services (ECS) Questionnaire sur la collaboration figure parentale-professionnel (QCPP)	Répondant principal	Au téléphone 3 mois après le pré-test 9 mois après le pré-test	54*	60*	29
*54 répondants principaux du groupe AIDES sur 99 et 60 répondants sur 85 du groupe Témoin ont participé à la collecte 3 mois et 9 mois après le pré-test						
Mesures effets intermédiaires Adaptation des figures parentales à leur rôle et exercice de leurs responsabilités envers l'enfant Victimisation de l'enfant Qualité de l'environnement familial auquel l'enfant est exposé	Index de stress parental (ISP) Inventaire de soutien familial (ISF) Child Abuse Potential Inventory (CAPI) Home Observation for Measurement of the Environment (HOME)	Répondant principal	Visite au domicile Pré-test Post-test	54**	78**	44
** 54 répondants principaux du groupe AIDES sur 99 et 78 répondants sur 85 du groupe Témoin ont été visités à leur domicile pour les mesures de pré et post tests						
Mesures effets ultimes Développement cognitif, langagier, moteur, comportemental et émotionnel de l'enfant	Grille d'évaluation du développement (GED) (≤ 5 ans) Échelle de vocabulaire en images Peabody (EVIP) (≥ 5 ans) Child Behavior CheckList (CBCL) (≥ 1,5 ans)	Enfant Répondant principal	Visite au domicile Pré-test Post-test	64***	68***	35
***64 répondants (enfant et figure parentale) du groupe AIDES sur 99 et 68 répondants sur 85 du groupe Témoin ont été visités à leur domicile pour les mesures de pré et post tests						

4.8 Considérations éthiques

Le projet d'évaluation de l'initiative AIDES a été soumis pour approbation à tous les comités d'éthique de la recherche (CÉR) des différentes organisations (universités, CJ et CSSS) impliquées dans le recrutement des participants. Le projet a obtenu 12 approbations éthiques. Chaque demande formulée aux CÉR a représenté de nombreuses productions de documents et a nécessité plusieurs rencontres avec les instances éthiques concernées.

Les approbations éthiques sont renouvelées tous les ans ou selon les ententes convenues avec les différentes organisations.

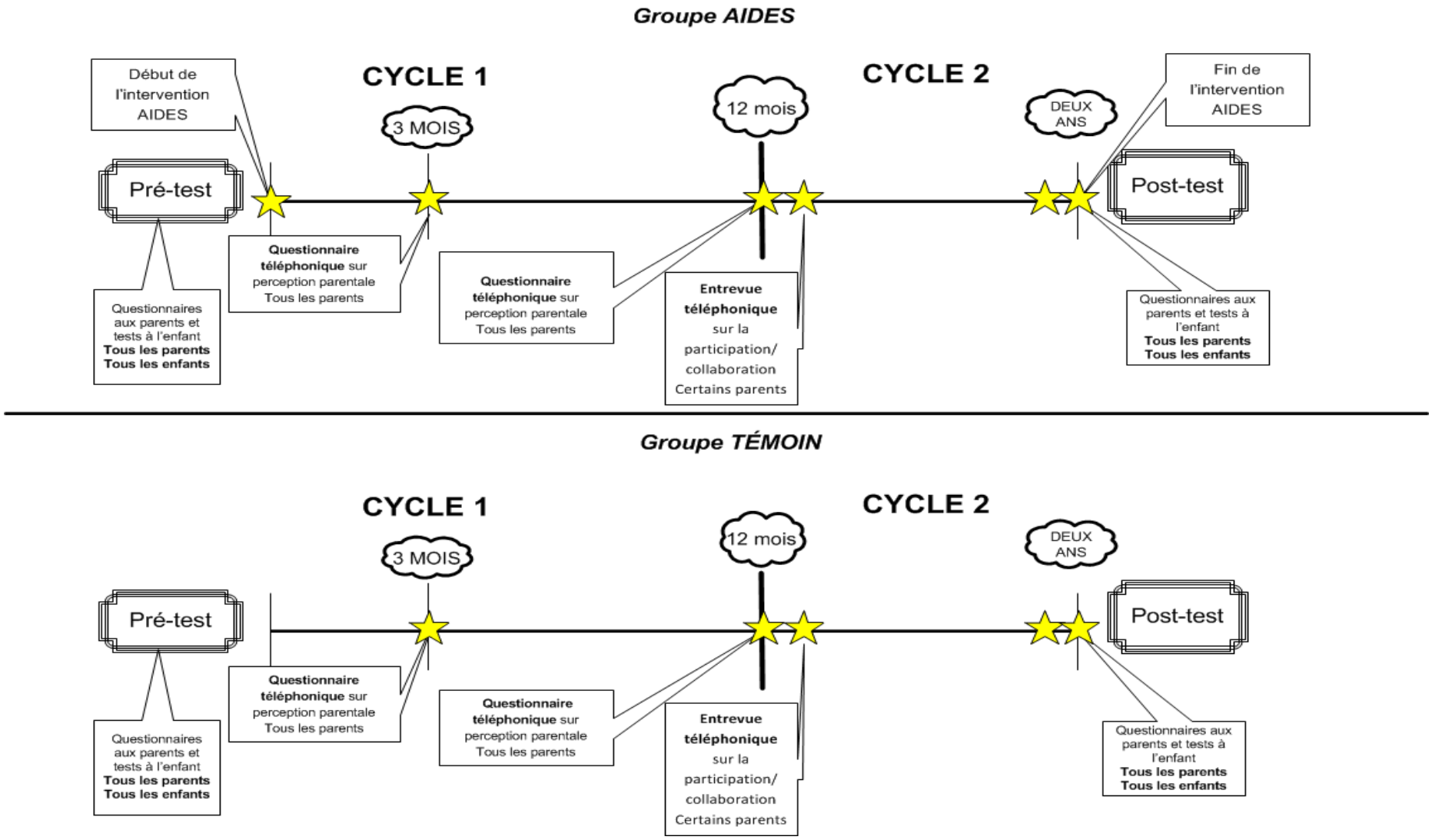


FIGURE 9 : PRISES DE MESURE AUPRÈS DES FAMILLES PARTICIPANT À LA RECHERCHE ÉVALUATIVE DE L'INITIATIVE AIDES

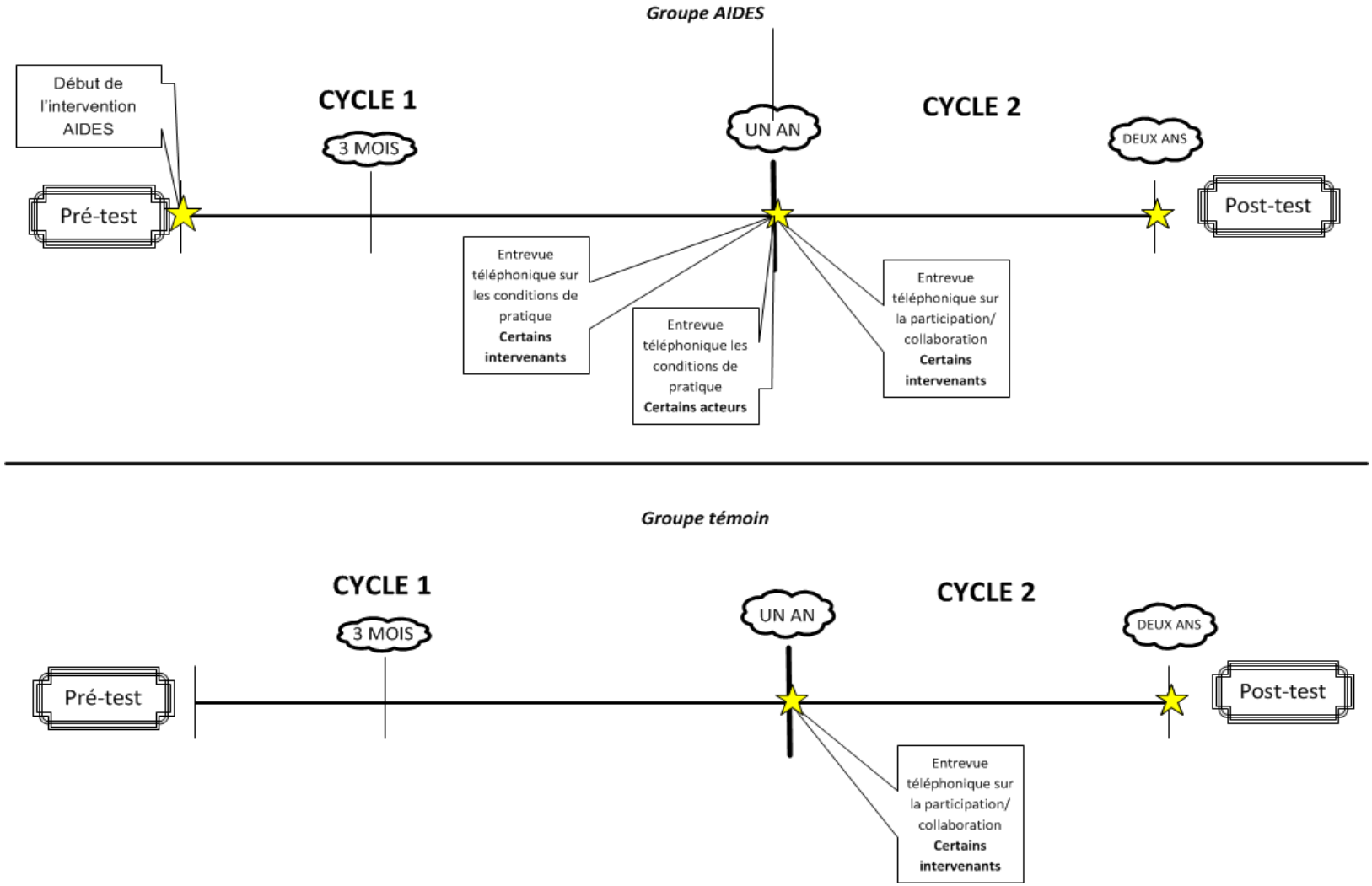


FIGURE 10 : PRISES DE MESURE AUPRES DES INTERVENANTS PARTICIPANT A LA RECHERCHE EVALUATIVE DE L'INITIATIVE AIDES

Tableau 13 : Description des mesures standardisées utilisées dans le cadre de la recherche évaluative de l'initiative AIDES

Mesure	Instrument	Auteurs	Adaptation/ Traduction	*Nombre* d'items	Dimensions	Échelle de réponse
Perception parentale sur les services reçus (QPPSR)	Questionnaire sur le s pratiques d'aide - QPA	Dunst, Trivette et Hamby (1996)		7	Qualité des pratiques	À peu près jamais à Presque toujours
	Échelle de contrôle sur les services reçus-ECS	Affleck, Tennen et Rowe (1991)		1	Sentiment de contrôle	Très peu de contrôle à Énormément de contrôle
	Questionnaire de collaboration parent-professionnel-QCPP[23]	Lacharité, Moreau et Moreau (1999)		15	Qualité de la collaboration	Totalement d'accord à Totalement désaccord
Potentiel d'abus	Inventaire du potentiel d'abus – CAPI (Child Abuse Potential Inventory)	Milner (1994)	Palacio-Quintin (1992)	160	▪ Détresse ▪ Rigidité ▪ Tristesse ▪ Problèmes avec les enfants, la famille et les autres	D'accord Désaccord
Stress parental	Indice de stress parental – ISP	Abidin (1983)	Bigras, Lafreniere et Abidin (1996)	36	▪ Détresse parentale ▪ Difficultés dans l'interaction parent-enfant ▪ Difficultés chez l'enfant	Profondément d'accord D'accord Pas certain En désaccord Profondément en désaccord
Qualité du soutien familial	Inventaire de soutien familial-ISF	Dunst, Jenkins et Trivette (1994)	Lacharité (1996)	18	▪ Personnes ▪ Groupes ▪ Organismes	Pas du tout aidant ou pas eu besoin d'aide à Extrêmement aidant
Qualité de l'environnement Familial	Home Observation and Mesure of the Environment-HOME	Caldwell et Bradley (2003)	Initiative AIDES (2008)[24]	Varie selon le niveau d'âge	▪ Responsabilités parentales ▪ Acceptation de l'enfant ▪ Organisation de l'environnement ▪ Matériel d'apprentissage ▪ Participation parentale ▪ Variété des expériences	Oui Non

[23] Le QCPP est formé d'items tirés de deux questionnaires, le *Questionnaire sur le lien institution-famille* de McGrew et Gilman (1991) et du *Fear-of-Intimacy Scale* de Descutner et Thelen (1991). Les informations sont détaillées à l'annexe 3.

[24] Le HOME a été traduit en français dans le cadre du projet AIDES. La version en français n'a cependant pas fait l'objet d'une validation.

Mesure	Instrument	Auteurs	Adaptation/ Traduction	Nombre d'items	Dimensions	Échelle de réponse
Victimisation et maltraitance	Questionnaire combiné JPM[25]			57	▪ Conduites parentales à caractères violents ▪ Multiples formes de victimisation ▪ Comportements négligents	Fréquence : Jamais arrivé à Arrivé 7 fois ou plus
Comportements problématiques	Liste des comportements pour enfants d'Achenbach – **CBCL** 1.5-5 (Child Behavior Checklist)	Achenbach et Rescorla (2000)	Lacharité (1993)	100	▪ Réactivité émotionnelle ▪ Anxiété/dépression ▪ Somatisation ▪ Retrait social ▪ Sommeil ▪ Attention ▪ Agressivité	Pas vrai Quelques fois vrai Très vrai ou souvent vrai
	Liste des comportements pour enfants d'Achenbach – **CBCL** 6-18 (Child Behavior Checklist)	Achenbach et Rescorla (2001)	Pettigrew et Bégin (1986)	113	▪ Anxiété/dépression ▪ Retrait/dépression ▪ Somatisation ▪ Socialisation ▪ Pensée ▪ Attention ▪ Délinquance ▪ Agressivité	Pas vrai Quelques fois vrai Très vrai ou souvent vrai
Développement de l'enfant 0-5 ans	Grille d'évaluation du développement-**GED**	Pomerleau, Vézina, Moreau, G. et Séguin (2005)		Varie selon le niveau d'âge	▪ Socio-affectif ▪ Cognitif et langagier ▪ Moteur	Échec Réussite
Rendement cognitif et Langagier (5 ans et plus)	Échelle de vocabulaire en image Peabody - **EVIP**	(Dunn et Dunn, 1981)	(Dunn, M. et Dunn, 1993)	170	▪ Niveau lexical réceptif	Échec Réussite

[25] Le *JPM* est formé d'items tirés de trois instruments, *le Parent Child Conflict Tactic Scale-PCCTS (Straus, 1995)*, *le Juvenile Victimization Questionnaire-JVQ (Finkelhor, Hamby, Ormrod et Turner, 2005)* et le *Multidimensional Neglectful Behavior Scale-MNBS* (Kaufman Kantor, Holt et Straus, 2004). Les informations sont détaillées à l'annexe 3

5. Résultats du volet évaluation de l'implantation

Cette partie présente les résultats de l'évaluation de l'implantation en reprenant chacune des questions.

5.1 Est-ce que la clientèle rejointe correspond à la clientèle ciblée? (question 1)

Rappelons que les résultats permettant de répondre à cette question portent sur un échantillon de 184 participants, soit 99 du groupe AIDES et 85 du groupe témoin. Les données ont été recueillies lors de la visite pré-test et traitent des caractéristiques des enfants et de leur famille, le développement cognitif/langagier, émotionnel de l'enfant, les problèmes émotionnels et comportementaux (problèmes internalisés et externalisés), le degré de victimisation de l'enfant, l'adaptation au rôle parental et l'exercice des responsabilités parentales et la qualité de l'environnement familial.

Deux sous-questions seront répondues: 1) Avons-nous recruté les participants prévus dans la recherche? Et 2) Le groupe AIDES est-il comparable au groupe témoin?

Les données comparatives entre le groupe AIDES et le groupe témoin sont présentés à l'annexe 5.

5.1.1 Avons-nous recruté les participants prévus dans l'étude?

Les résultats obtenus permettent d'abord de répondre à la question suivante : « Avons-nous recruté les participants prévus dans l'étude ». Afin de répondre à cette première question, les variables suivantes seront examinées pour l'ensemble des participants, sans égard aux groupes : l'âge des enfants recrutés, les facteurs de risques associés aux mauvais traitements, les services reçus, la situation familiale préoccupante. La réponse à la deuxième question est obtenue par une comparaison du groupe AIDES (n=99) et du groupe témoin (n=85) sur les mêmes variables.

Âge des enfants

L'âge des enfants, au moment de leur recrutement, se situe entre 2 mois et 9 ans et 11 mois et est conforme à ce qui avait été prévu.

Facteurs de risques associés aux mauvais traitements

Les résultats du tableau 14 quant aux facteurs de risques associés aux mauvais traitements montrent que les familles recrutées sont nombreuses à présenter ces facteurs. Près de la moitié d'entre elles sont monoparentales et ont un revenu inférieur

à 15 000 $ annuellement. Une famille sur 3 est considérée nombreuse (3 enfants et +). Soixante et un pour cent des répondants principaux ont un niveau de scolarité inférieur à la 9e année et 76 % d'entre eux n'ont pas d'emploi. En terminant, 10 % des familles habitent dans des conditions d'habitations exigües. Lorsque comparés aux résultats du recensement de 2001 (tableau 3, page 48) auprès de la population en général, nos répondants font davantage l'expérience de ces différents facteurs de risque. Cette affirmation doit cependant être faite avec prudence car il existe probablement des différences méthodologiques entre les études.

Tableau 14 : Facteurs de risques associés aux mauvais traitements

	% total
Familles avec 3 enfants et plus	**35**
Familles monoparentales	**52**
Familles à faible revenu (15 000 $ et moins)	**50**
Population ayant un niveau de scolarité inférieur à la neuvième année	**61**
Sans emploi	**76**
Densité d'occupation élevée	**10**

Services reçus

L'analyse des services reçus dans la dernière année par l'enfant, le répondant principal et la famille permet de constater que les participants de l'étude reçoivent beaucoup de services par plusieurs organisations/secteurs de service. Le tableau 15 montre que 33 % des enfants et 27 % des répondants principaux de l'échantillon total reçoivent des services de plus de trois organisations/secteurs de service. Soixante-et-un pour cent des familles reçoivent trois services et plus destinés à la famille.

Tableau 15 : Enfant, répondants principaux et familles recevant des services de plus de 3 organisations/secteurs de services

	% total
Enfant	**33**
Répondant principal	**27**
Famille	**61**

Situation familiale préoccupante

Afin de documenter le niveau de préoccupation quant à la situation des enfants, de leur parent et de leur famille, les données obtenues auprès de cet échantillon ont été comparées avec les normes populationnelles de chacun des tests et des questionnaires, lorsqu'il était possible de le faire. Les normes associées aux tests et questionnaires se trouvent à l'annexe 3.

Le tableau 16 montre que les enfants de l'étude présentent un niveau de difficultés développementales et comportementales plus élevé que les enfants dans la population en général. Ainsi, les enfants du groupe AIDES et témoin sont de 10 à 15 fois plus nombreux à présenter de graves difficultés au GED dans toutes les sphères de leur développement : cognitif/langagier (groupe AIDES et témoin : 33 %; enfants dans la population en général : 2%); moteur et socio-affectif (groupe AIDES et témoin : 19 %; enfants dans la population en général : 2 %). Quant aux problèmes comportementaux (CBCL), ils sont rapportés 5 fois plus souvent chez les enfants de l'étude que chez les enfants en général (47 % contre 10 %).

Tableau 16 : Développement de l'enfant

Test/Questionnaire	Échantillon recherche %	Population en général%
GED - Zone à surveiller		
Cognitive langagière	30	15
Motrice	30	15
Socio-affective	13	15
GED - Zone de référence		
Cognitive langagière	33	2
Motrice	19	2
Socio-affective	19	2
ÉVIP - Résultat médiocre à faible	15	15
CBCL – Problèmes émotionnel et comportemental élevés à très élevés	47	10

L'analyse de la victimisation des enfants rencontrés, plus précisément quant au risque que l'enfant soit victime de sévices corporels de la part du parent répondant principal (CAPI), soulève également des inquiétudes (tableau 17). Étant donné que le CAPI a été conçu pour être appliqué auprès d'une population de parents signalés à la protection de l'enfance, il n'existe pas de norme pour la population générale. Il permet toutefois de prédire significativement les parents dont le signalement de l'enfant sera retenu. Par conséquent, il est possible de prévoir que dans un groupe de parents « à risque » de mauvais traitements environ 30 à 50 % des parents signalés auront un score élevé. Dans le cas qui nous concerne, 29 % des répondants principaux de l'étude obtiennent un score élevé au CAPI, ce qui est cohérent avec les données normatives.

Des préoccupations sont également présentes quant à la prévalence annuelle des conduites parentales à caractère violent envers l'enfant (PCCTS). En effet, la violence physique sévère (1 fois ou plus) est rapportée trois fois plus souvent par les répondants

principaux que les parents de la population en général (17 % contre 6 %). La violence physique mineure et sévère, lorsque l'expérience est répétée trois fois ou plus, est rapportée par deux fois plus de répondants principaux.

Tableau 17 : Victimisation de l'enfant

Test/Questionnaire	Échantillon recherche %	Population en général%
CAPI – Niveau de risque élevé	29	30 à 50% des cas
JPM – Prévalence 1 fois ou +		
Agression psychologique	68	80
Violence physique mineure	59	43
Violence physique sévère	16	6
JPM – Prévalence 3 fois ou +		
Agression psychologique	55	52
Violence physique mineure	35	17
Violence physique sévère	3	2

En terminant, le tableau 18 montre que les répondants principaux sont trois fois plus nombreux que les parents provenant d'un échantillon normatif à rapporter un faible niveau de soutien social (93 % contre 30 %) et un niveau élevé de stress parental (16 % contre 5 %).

Tableau 18 : Adaptation des figures parentales à leur rôle et exercice de leurs responsabilités envers l'enfant.

Test/Questionnaire	Échantillon recherche %	Population en général%
ISF – Soutien social faible	93	30
ISP – Niveau de stress parental élevé (95e percentile)	16	5

5.1.2 Le groupe AIDES est-il comparable au groupe témoin?

Les analyses inférentielles (Test-t) et les mesures d'association (Khi2) réalisées sur les données recueillies montrent qu'il existe certaines différences significatives entre les groupes AIDES et témoin. La synthèse des différences significatives pour chaque groupe présentée au tableau 19 (page 105) illustre bien cette réalité. Entre autres, les enfants du groupe AIDES sont plus jeunes, éprouvent davantage de difficultés en ce qui a trait à leur développement cognitif, socio-affectif et comportemental (lorsque les difficultés sont très élevées) et vivent davantage de victimisation indirecte (3 fois ou plus dans

l'année). De plus, ils sont plus nombreux à grandir dans des conditions d'habitation exigües. Les répondants principaux quant à eux ont un niveau de stress total plus élevé quant à leurs responsabilités parentales et sont plus enclins à adopter des comportements maltraitants de nature chronique envers leur enfant. Quant au groupe témoin, les enfants rencontrés vivent en plus forte proportion des problèmes internalisés de niveau élevé, de la négligence éducative et sont davantage exposés aux crimes conventionnels au moins une fois dans l'année. En terminant, les répondants principaux sont plus nombreux à rapporter un très bas niveau de stress parental.

Ce constat nous amène à dire que les deux groupes ne sont pas homogènes sur le plan statistique. La différence entre les groupes peut s'expliquer par la présence de l'implantation de l'initiative AIDES. En effet, les intervenants qui ont référé des enfants du groupe AIDES ont participé à diverses activités organisées dans le cadre du projet et ils ont pu percevoir que l'initiative AIDES pourrait bénéficier à des enfants présentant de grands besoins et pour lesquels ils avaient beaucoup d'inquiétudes. Ce qui est généralement le cas avec de très jeunes enfants. Le fait que les enfants du groupe témoin reçoivent plus de services du scolaire est directement relié à la représentation plus importante d'enfants d'âge scolaire dans ce groupe.

Tableau 19 : Différences significatives entre le groupe AIDES et témoin selon les dimensions analysées.

	AIDES	Témoin
Caractéristiques des enfants	Sont en moyenne plus jeunes* et se situent davantage dans la catégorie d'âge 0-24 mois* Reçoivent en plus grande proportion des services spécialisés du milieu scolaire*	Se situent davantage dans la catégorie d'âge de 60 et plus* Sont plus nombreux à recevoir des de services en milieu scolaire† Sont plus nombreux à recevoir des services spécialisés du CLSC de leur quartier*
Caractéristiques des répondants et autres répondants	Répondants en moyenne plus jeunes** et se situent davantage dans la catégorie d'âge des moins de 24 ans**	
Caractéristiques des familles	Vivent en moyenne dans des conditions d'habitation plus peuplée* et sont plus nombreux à vivre dans des conditions d'habitation exiguës **	Davantage de pères chef de famille monoparentale†
Développement cognitif, langagier, comportemental et émotionnel de l'enfant	Sont plus nombreux à éprouver des difficultés dans la sphère socio-affective (GED) † Obtiennent en moyenne des scores plus bas à l'échelle cognitive langagière (GED) * Vivent davantage de difficultés à un niveau **très élevé** de l'indice total du CBCL*	Sont plus nombreux à vivre un niveau **élevé** de problèmes internalisés et de comportements problématiques à l'indice total du CBCL***
Victimisation	Sont plus nombreux à vivre un risque élevé d'être victime de comportements maltraitants de nature chronique de la part du parent répondant (CAPI)** Les répondants se situent moyenne situe dans la zone tendance au CAPI *** Vivent davantage de victimisation indirecte lorsqu'elle est commise plus de trois fois dans l'année (JPM)*	Les répondants se situent moyenne situe dans la zone normale au CAPI*** Sont plus nombreux à vivre de la négligence éducative (besoins cognitifs) 3 fois et + dans une année (JPM)* Sont davantage exposés aux crimes conventionnels lorsqu'ils en sont témoins au moins une fois dans l'année (JPM) †
Adaptation des figures parentales à leur rôle et exercice de leurs responsabilités envers l'enfant	Sont plus nombreux à rapporter une interaction dysfonctionnelle avec l'enfant ciblé par la recherche (ISP) *** Niveau de stress moyen plus élevé (ISP)*	Rapportent davantage et un très bas niveau de détresse parentale (ISP)†
Qualité de l'environnement familial à laquelle l'enfant est exposé	**Aucune différence significative**	

(p < 0.1† p ≤ 0.05* p ≤ 0.01 p ≤ 0.001***)**

La prochaine partie tente de répondre à la question suivante : «Dans quelle mesure l'implantation de l'initiative correspond-elle à ce qui était prévu?» et s'intéresse à la conformité entre l'implantation prévue et celle réalisée.

5.2 L'initiative AIDES a-t-elle favorisé le développement de pratiques professionnelles axées sur la participation/collaboration des parents?

Rappelons que les participants, figures parentales et intervenants, étaient invités, dans le cadre de la recherche, à raconter une expérience significative vécue sur le plan de la participation/collaboration. L'analyse montre pour les deux groupes, que la grande majorité des raisons (ou attributions causales) invoquées pour expliquer les expériences favorables ou défavorables vécues, étaient associées, dans l'ordre : 1) aux actions ou pratiques professionnelles des intervenants, 2) aux actions des parents, et 3) aux caractéristiques individuelles des parents ou intervenants.

Cette partie du rapport porte plus spécifiquement sur les pratiques professionnelles, qui, du point de vue des participants, font une différence sur la qualité de la participation/collaboration des parents. Elle se divise en deux sections. La première examine, du point de vue des parents et des intervenants ayant participé à l'initiative AIDES, les pratiques professionnelles qui ont influencé la participation/collaboration des parents. La deuxième section compare brièvement cette expérience et celle des participants du groupe témoin et présente un tableau synthèse des principales pratiques professionnelles qui, dans les deux groupes (AIDES et Témoin), ont fait une différence sur la qualité de la participation/collaboration des parents. Un code constitué de lettres et de chiffres permet de distinguer les participants de la manière suivante : la première lettre du code représente le type de participant (M=mère, P=père, I=intervenant); la deuxième lettre représente le groupe auquel appartient le participant (A= Groupe AIDES, T= Groupe témoin); l chiffre correspond au numéro de participant.

5.2.1 L'expérience des participants à l'initiative AIDES.

On constate d'emblée que les participants à l'initiative AIDES, les parents comme les intervenants, ont expérimenté des pratiques jugées favorables et certaines, jugées défavorables à la participation/collaboration des parents Ces pratiques professionnelles sont regroupées en fonction des huit grandes dimensions suivantes : 1) Adopter une vision positive des parents et une posture de collaboration, 2) communiquer et informer, 3) soutenir la prise de conscience, 4) soutenir la prise de décision, 5) soutenir la recherche de solutions et l'accès aux services, 6) accompagner les parents à se mobiliser, 7) offrir un soutien rapide, ajusté, et continu, et 8) utiliser l'outil d'analyse (CABE) promu dans AIDES.

La vision et posture de l'intervenant dans sa relation avec le parent

On constate d'emblée que la grande majorité des attributions positives ou négatives associées aux pratiques témoignant de la vision et de la posture de l'intervenant sont davantage formulées par les parents. Également, ce sont les parents suivis par le CSSS qui soulèvent les aspects favorables, et ceux suivis par le CJ qui en dénoncent plutôt les aspects défavorables.

Premièrement, différentes pratiques véhiculent une certaine vision du parent. Essentiellement, les parents apprécient que les intervenants agissent de manière à ce qu'ils se sentent reconnus en tant que personnes, n'ayant pas que des difficultés, mais aussi des forces, voire un côté normal. Ainsi, une pratique favorable de la part de l'intervenant consiste à considérer le parent comme un humain, unique qui ne se réduit pas à une catégorie de personnes en difficulté. Pour ce parent l'expérience vécue dans le cadre de AIDES, s'est avérée fort différente de ce qu'il avait connu auparavant.

> *J'ai rencontré des professionnels, tu les vois, puis t'as l'impression que t'es un numéro, puis un client parmi tant d'autres, puis que t'es pas une personne qui a des sentiments, mais t'es un nom, t'es une dépression, t'es une anxiété généralisée, mais t'es pas une personne. Fait que non, c'est qu'eux autres, y voyaient pas juste le côté dépression, y voyaient le côté humain. C'est tellement important le côté « relations humaines » là là-dedans là, c'est ce qui fait vraiment toute la différence ». (M-A 524)*

Une autre pratique favorable de la part de l'intervenant consiste à normaliser en quelque sorte les difficultés rencontrées par les parents : « *il faut pas que tu sois gênée, tu sais, regarde, ça arrive à tout le monde, tu n'es pas la première » (M-A 508).* Il en résulte pour le parent, le sentiment d'être « soulagé » et d'être « une personne ». De plus, devant l'ampleur de certaines difficultés vécues, le parent apprécie qu'on lui témoigne une réelle « compassion » plutôt que de « la pitié » (*M-A 524*). On souligne également l'effet positif associé à la capacité de l'intervenant de se « *mettre au niveau* » des parents plutôt que de se poser « *plus haut* » qu'eux : « *[...] Je sais qu'elle ne dit jamais des choses croches, elle nous encourage tout le temps. Tu sais, elle ne nous abaisse pas* » *(P-A 137).* Quelques pratiques expérimentées contribuent en quelque sorte à diminuer les égalités de pouvoir dans la relation parent-enfant.

En contrepartie, quelques parents suivis dans le cadre de la LPJ soulèvent les difficultés rencontrées lorsque l'intervenant adopte une vision plutôt centrée sur leurs difficultés. *« Il me pique. Bien, à place de chercher du positif, il cherche tout le temps le négatif et il ne nous remonte pas le positif. »* (*P-A 622*). D'autres pratiques témoignent aussi d'une telle centration, par exemple : blâmer un parent de manière récurrente pour un oubli dans le passé (ex. donner la médication à son enfant). Une autre pratique jugée défavorable consiste à figer en quelque sorte son jugement professionnel en fonction des difficultés passées et de l'histoire du parent. Il en résulte le sentiment de n'être « pas responsable », incapable de « s'occuper » de son enfant (*P-A 622*), ou encore le sentiment de devoir se battre « *pour réussir à leur prouver* » que les choses ont changé (*M-A 573*). Un parent évoque l'impact sur l'estime qu'il a de lui-même, lorsque l'intervenant ne tient pas compte des progrès qu'il a réalisé : « *j'arrête pas de travailler sur moi. Ça tient pas debout, là. Ça joue sur mon estime, ça joue sur le travail que j'ai fait. C'est comme si tout ce que j'ai fait, c'est comme s'ils en tiennent pas compte. Je le ressens, tu sais ».* (*M-A 546*)

Deuxièmement, certaines pratiques révélant une posture d'écoute véritable, de non-jugement et de considération à l'égard du point de vue du parent contribuent à qualifier positivement la relation vécue. Plusieurs parents ont apprécié pouvoir bénéficier d'une *« personne à qui se confier »*, d'*« une bonne oreille » (P-A 137*), d'une écoute « empathique » et *« sans aucun jugement »* (*M-A 162*), d'un intervenant capable de porter toute sa centration sur le parent plutôt que de *« tout prendre en note » (M-A 524*), d'offrir un espace d'écoute individuelle à chacun, à l'enfant comme au parent, d'être capable de se rappeler de son histoire et de ses propos, etc. La posture d'écoute suppose aussi d'accueillir et de respecter de la vision du parent : « *Quand que j'ai quelque chose à dire puis que chu pas d'accord avec son opinion, ben je me sens respectée là-dedans [...] Le dialogue, ça se passe tout en respect » (M-A 161).* En contrepartie, changer de sujet devant les commentaires critiques formulés par le parent, *« choque »* et engendre le sentiment que son point de vue laisse indifférent (*P-A 622*). Enfin, les parents témoignent des effets positifs de la posture et des pratiques d'écoute, d'empathie et de considération de la part des intervenants : se sentir moins « isolé », *« toujours écouté, jamais jugé »*, *« vraiment soutenu »*, ne pas avoir l'impression de parler *« dans le vide »*, d'être respecté dans sa différence, reconnu, etc.

Communiquer et informer

Certaines pratiques de communication et d'information ont contribué à faire une différence dans la relation parent-intervenant. Premièrement, des parents apprécient que l'intervenant fasse preuve de transparence, qu'il dise la *« vérité »* (*M-A 524*), qu'il nomme « *vraiment tout ce qu'il a à dire »*, au risque de déplaire (*M-A 147*). Également, selon une intervenante, le fait d'avoir avisé à l'avance le parent concernant les conséquences de ses choix a fait une différence dans la relation. À l'inverse, des pratiques de communication non congruentes ou non transparentes sont invoquées par deux parents pour qualifier la relation de défavorable, par exemple, changer de discours selon les personnes, ou encore prétendre agir pour d'autres motifs que ceux qui sont sentis par le parent ou encore, ne pas l'informer d'un de ses droits. Enfin, un parent apprécie que l'intervenant normalise les difficultés vécues en partageant en partie son expérience.

Deuxièmement, on constate que certaines pratiques axées sur la confrontation afin d'obtenir l'information juste de la part du parent ont des effets contrastés. L'action suivante a été jugée défavorable par un parent et a entraîné une perte de confiance en l'intervenant : ne pas croire sa version, voire le « *traiter de menteur* » devant des faits contradictoires (*P-A 579*). Selon une intervenante, seule la confrontation permet d'obtenir l'heure juste avec certains parents : *[…] quand on la cloue au ras le mur, là, c'est là qu'elle nous donne l'information.[…] c'est là quand elle se sent confrontée et qu'elle sait que je détiens l'information, là, bien, elle a pas le choix de dire : bien oui, c'est ça, là »* (*I-A 805*). Or, confronter les parents dès le départ, en soulevant trop tôt leurs informations contradictoires, constitue un obstacle : il « *se sent attaqué, se met sur la défensive et se referme* » […] *je savais que c'était des menteries puis il aurait jamais*

fallu que je le dise, puis que je continue toujours à embarquer un peu dans le jeu, puis un moment donné, ça aurait peut-être fait baisser leurs gardes (I-A 914)

Enfin, soulignons aussi que le fait de ne pas donner certaines informations (ex. sur un droit) ainsi que le fait de respecter ou non le caractère confidentiel des informations concernant les parents, font aussi une différence. Un parent souligne qu'il a accepté de s'ouvrir davantage à l'intervenant confiant qu'il ne racontait pas leurs problèmes « *au monde entier* » (*P-A 137*). Par ailleurs, le fait de communiquer au parent certaines informations en présence de ses enfants a été souligné par un parent comme un « *manque de professionnalisme* ». (*P-A 579*)

Soutenir la prise de conscience

Certaines pratiques visant la prise de conscience des parents ou ayant des effets en ce sens influencent la qualité de la relation de collaboration. Essentiellement, il s'agit de : 1) communiquer de l'information objective éclairante, 2) de questionner, refléter, nuancer les situations ou 3) de confronter la vision des parents. Une pratique appréciée consiste à fournir au parent de l'information objective concernant les besoins développementaux de l'enfant.

D'autres actions plus directement orientées vers cet objectif de conscientisation font une différence positive aux yeux des participants, par exemple, refléter au parent l'impact de ses pratiques éducatives sur son enfant, l'aider à voir plus clair dans une situation personnelle ou familiale ou encore l'aider à nuancer ou à évaluer plus justement sa part de responsabilité. Ces pratiques informatives ont des effets positifs, par exemple : mesurer les impacts de ses pratiques éducatives et se réajuster, réaliser qu'il n'a pas que « des torts », se sentir moins coupable, ou encore faire des choix de vie différents : « *me faire comprendre que je n'étais pas la cause de toutes les malheurs, ça a été une étape très importante, t'sais, autant dans ma séparation que dans ma guérison, franchement là » (M-A 524).* À l'inverse, un questionnement confrontant qui ne respecte pas le rythme du parent influence négativement la relation, voire peut provoquer une rupture du lien : *« je l'ai remise en question » […] j'ai voulu aller trop vite » […] elle a eu peur, a arrêté » le suivi* ». (*I-A 804*)

Soutenir la prise de décision.

Un autre ensemble de pratiques professionnelles influencent la qualité de la participation/collaboration. Premièrement, les pratiques suivantes entourant le soutien à la prise de décision sont jugées particulièrement favorables : 1) considérer les propositions formulées par les parents, proposer (influence réciproque) et s'accorder sur les décisions à prendre (consensus); 2) partager ses inquiétudes sans dire au parent « quoi faire », 3) ne pas juger de leurs choix et décisions autonomes (*M-A 147*); 4) faire appel à leur propre jugement et 5) les soutenir à décider de façon autonome : *« Bien, au début, elle m'écoute. Après ça, elle arrive, elle dit : toi, B, qu'est-ce que tu ferais? Elle me retourne des réponses, puis dans mes affaires, bien là, je découvre que j'avais la solution, là »* (*M-A 508*)*;* « *je pouvais juger puis choisir. Prendre ma décision par moi-*

même » (*M-A 524*). Une pratique favorable mentionnée consiste à leur permettre aussi d'exercer du pouvoir sur l'intervention comme telle : leur « *laisser les choisir ou prendre un certain contrôle* » sur les thèmes à aborder en rencontre (*I-A 915*). Ces pratiques engendrent des effets positifs chez le parent : « *je me suis jamais sentie obligée, t'sais forcée dans aucune direction ou t'sais, mal à l'aise de dire mon opinion, jamais non plus »* (*M-A 524*). On peut constater, par ailleurs, qu'une décision unilatérale de la part de l'intervenant (ex. placer les enfants) puisse avoir des effets positifs : « *Bien, ça m'a fait réfléchir là, beaucoup, puis que moi, ça m'a aidée à prendre une décision. Comme de me séparer avant de perdre mes enfants ».* (*M-A 571*)

En contrepartie, les pratiques professionnelles suivantes ont influencé plutôt négativement la relation de collaboration : 1) maintenir sa position-décision malgré les requêtes répétées du parent, 2) modifier une décision sans en parler au préalable, ou encore 3) exclure les parents du processus de prise de décision. Ces pratiques ont engendré un sentiment d'impuissance pour les deux parents concernés *: […] eux autres ont pris des décisions puis que nous autres, il fallait, on ne pouvait pas parler, on ne pouvait pas rien faire, là ».* (*M-A 571*)

Soutenir la recherche de solutions et l'accès aux services requis

Parmi les pratiques qui influencent la relation parent-intervenant, figurent celles qui visent à soutenir les parents ou à s'associer à leurs efforts dans la recherche de réponses à leurs besoins ou de solutions à leurs problèmes. Toutes les attributions mentionnées entourant cette dimension ont contribué positivement à la relation. On mentionne chez l'intervenant son souci pour « *le bien-être des personnes* » et pour « *apporter les meilleures solutions* » dans la situation (*M-A 162*), pour mettre en place tout ce qu'il faut pour à la fois « *alléger* » les parents et répondre aux besoins de l'enfant (*I-A 802*), sa capacité de se centrer sur la recherche de solutions plutôt que de juger le parent ou de s'attarder à ses torts. Lorsque les solutions proposées par l'intervenant s'avèrent efficaces, il en résulte chez le parent un sentiment d'espoir et une ouverture accrue face aux changements proposés : « *À partir du moment où elle m'apporte des choses qui fonctionnent, c'est sûr que moi, je vais lâcher un petit peu les barrières, puis faire de plus en plus confiance à ce qu'elle me propose par la suite [...]* (*M-A 162*). Enfin, soulignons la capacité de l'intervenant de mobiliser les parents dans la recherche de leurs propres solutions. Le témoignage de ce parent illustre les effets positifs de cette pratique sur son sentiment de compétence :

> *Des fois, ça fait du bien de parler des problèmes puis tout ça, puis elle m'aide à trouver une solution. [..] Bien, au début, elle m'écoute. Après ça, elle arrive, elle dit : toi […], qu'est-ce que tu ferais? Elle me retourne des réponses, puis dans mes affaires, bien là, je découvre que j'avais la solution, là.* (*M-A 508*)

Cependant, une intervenante mentionne l'effet positif associé au fait de contraindre un parent à trouver d'autres solutions par lui-même quand le *statuquo* compromet le bien-être de l'enfant.

Enfin, la réponse aux besoins des familles requiert souvent la contribution de plusieurs ressources. Un certain nombre de pratiques ayant fait une différence positive dans le cadre de l'expérience AIDES, consistent essentiellement à favoriser l'accès des parents et familles aux différents services de la communauté. Elles renvoient par exemple aux actions suivantes : 1) introduire un professionnel qui partage la même langue et culture de la famille, 2) favoriser l'accès à des services qui répondent à des besoins de base (ex. nourriture) ce qui engendre chez le parent le sentiment d'être «dépanné», d'être « vraiment *aidé »*ou encore 3*)* intervenir pour accélérer l'obtention de divers services pour la famille (ex : une famille soutien, un médecin, un service de garde, etc.).

Accompagner les parents à se mobiliser

Certaines pratiques influençant positivement ou non la qualité de la relation parent-intervenant consistent à accompagner les parents à se mobiliser dans l'action en vue du changement. Premièrement, la capacité de l'intervenante à se mobiliser elle-même en réaction aux préoccupations et demandes des parents, fait une différence positive : 1) se centrer sur le « *questionnement immédiat*» des parents, 2) être « *attentif*» à répondre à répondre aux besoins, 3) se mettre en action à la demande des parents : « *quand on a besoin de quelque chose [...] Tu sais, si on l'appelle, elle va se mettre en marche de faire des affaires* » (*P-A 137*). Enfin, une intervenante souligne que ce qui a fait une différence avec un parent a été sa capacité de centrer son aide, non seulement en fonction des motifs légaux d'intervention, mais en fonction de ce que le parent lui-même « avait identifié » et de ce qu'il « voulait » a fait une réelle différence dans sa relation avec le parent. Quant aux facteurs défavorables identifiés, ils renvoient à des pratiques inverses caractérisées par l'ignorance, la non réaction ou non mobilisation de l'intervenant, par exemple, ne manifester « *aucune réflexion-réaction* » face aux demandes ou questions du parent, lequel se sent « ignoré » (*M-A 550*).

Certaines pratiques axées sur le soutien concret font aussi la différence. Comme le souligne cette intervenante, accompagner les parents dans l'action ou *faire avec* a des effets positifs sur sa capacité de se mobiliser: « *[…] quand je lui demandais de le faire toute seule, au départ c'était très difficile fait qu'on faisait les choses ensemble, on faisait des démarches ensemble »* (*I-A 802*). D'autres actions associées à la qualité de la relation consistent, par exemple : 1) à rassurer les parents devant les difficultés qui persistent en leur communiquant l'espoir que la situation puisse s'améliorer suite aux efforts déployés, 2) à mobiliser un conjoint absent afin de « partager le poids » de la charge éducative, ou encore, 3) à respecter leur rythme et leur capacité de se mettre en action dans certaines sphères de leur vie (ex. travail). En revanche, un échéancier (PSI) fixé par les partenaires et non ajusté au rythme des parents est soulevé comme un obstacle.

Les pratiques qui influent positivement sur la relation renvoient à une panoplie de petites actions de soutien. Elles peuvent se situer à plusieurs niveaux (parental, conjugal-familial, personnel, matériel). Il peut s'agir par exemple, de conseiller ou de guider le parent quant aux attitudes ou actions ou à prendre avec ses enfants, voire de

lui suggérer des « trucs», des moyens concrets sur le plan éducatif, de soutenir le développement d'habiletés concrètes (ex. budget) qui contribuent à améliorer les conditions de vie de la famille, de rendre de petits services concrets (ex. transport) qui font une différence dans le quotidien du parent, etc. En contrepartie, un parent dénonce la pratique d'un intervenant qui consiste à se centrer uniquement sur l'enfant sans se préoccuper du bien-être individuel du parent : « *[…] elle a décidé de m'envoyer à l'hôpital. […] j'ai eu d'autres rencontres avec madame A, mais, tu sais, elle se renseignait plus sur mon état à moi, là (M-A 571).* Enfin, un parent souligne la contribution positive d'un intervenant qui offre son soutien dans une situation qui ne relève pas de son strict mandat : « *elle m'aide à gérer mes émotions pour le troisième [enfant de la famille recomposée], même s'il est pas dans son dossier, là. [...]*(*M-A 561*). Or, à l'inverse, l'aide peut être jugée « abusive » par le parent, qui évalue que l'intervenant intervient sans que cela ne relève de son mandat ou d'une demande.

Offrir un soutien rapide, ajusté, et continu.

Un bon nombre de pratiques professionnelles qui font une différence sur la qualité de la participation/collaboration des parents renvoient à une forme de soutien caractérisé par : 1) la continuité, 2) l'intensité variable et 3) la rapidité de la réponse aux besoins. On constate que les pratiques professionnelles jugées favorables en ce sens, sont abordées autant par les parents que les intervenants. Par ailleurs, les pratiques défavorables en regard de ces aspects, sont soulevées uniquement par des participants du centre jeunesse, parents ou intervenants.

Certaines relations parent-intervenant s'inscrivent en durée (parfois jusqu'à cinq ans). On constate que du point de vue des participants, le soutien continu, offert par le même intervenant, a des effets positifs sur la participation/collaboration du parent. Ce dernier a davantage de facilité à s'ouvrir et développe l'assurance que l'intervenant est là pour l'aider, il peut montrer moins d'anxiété à faire face à de nouvelles situations, etc. En revanche, un nouvel intervenant méconnaissant de la situation et difficilement capable d'appuyer le parent constitue un obstacle.

Plusieurs autres pratiques soulevées renvoient à l'importance d'ajuster la présence et l'intensité en fonction des besoins et du rythme des parents. Prendre le temps qu'il faut, influence la qualité de la relation et de la participation, comme le souligne cette intervenante :

> *Ben, moi je pense que c'est l'investissement là, auprès de cette famille-là. C'était vraiment d'avoir pris le temps de, d'aller à leur rencontre, mais pas en perdant non plus les points de repère essentiels. T'sais, là, y'a comme des limites quand même à travers tout ça. Quand même lui offrir un certain cadre...Je pense lui offert, lui avoir offert un espace pour elle, puis, pour ses enfants aussi ».* (*I-A 802*)

Non seulement la capacité de l'intervenant d'ajuster ses modalités de soutien influence positivement la qualité de la relation, mais parfois aussi la qualité de la relation parent-enfant :

> *Ça a été vraiment une rencontre : maman, maman et moi, l'enfant seul. Après ça a été les 3 ensembles et j'avais une rencontre seule avec l'enfant aussi. Ça lui a*

> *permis [au parent] d'être plus disposée. Quand je vous parlais qu'elle était pas disposée, c'était surtout au début. Puis plus ça allait, plus qu'elle était disposée pour écouter son enfant, pas juste l'accuser de qu'est-ce qu'y faisait pas de bien, mais aussi être capable de nommer des points positifs, de féliciter.* (*I-A 809*)

Les pratiques suivantes ont également influencé positivement la relation: consacrer les heures qu'il faut ou « *augmenter la fréquence* » des rencontres « *selon le besoin* » des parents, avoir un horaire flexible pour « s'ajuster à leur réalité », et lorsque requis, mettre l'accent sur « *l'intensité* » du soutien aux parents plutôt qu'à l'enfant. À l'inverse, un soutien trop faible ou une trop grande intensité de suivi par rapport aux besoins perçus par les parents, ou une trop courte durée d'intervention en raison des délais légaux prescrits (LPJ), sont vus comme des contraintes. Enfin, soulignons aussi l'importance d'offrir une réponse rapide aux besoins exprimés :

> *J'appelais, y'étaient là, puis ce n'était pas une semaine plus tard là. C'était le plus vite possible, dans les plus brefs délais toujours, t'sais »* (*M-A 524*) ; « *C'est un peu grâce à elle ça, que mes enfants peuvent avoir un médecin de famille aujourd'hui [...] en passant par [l'intervenante], ça été pas mal plus vite [...]* » *(P-A 137*); « *[…] elle m'a trouvé une garderie en même pas une semaine, un CPE, en plus. […]*. (*M-A 147*)

Utiliser l'outil d'analyse (CABE) promu dans AIDES.

Les outils en soutien à l'intervention renvoient, dans le contexte de l'Initiative AIDES, à l'utilisation du CABE. Pour plusieurs intervenants, l'outil s'est avéré utile à deux niveaux : 1) favoriser la participation des parents, et 2) appuyer leur pratique collaborative. Ces effets sont vus comme des facteurs ayant fait une différence sur la qualité de la relation de collaboration parent-intervenant. Premièrement, l'outil influence la qualité de la participation des parents. Il permet de mobiliser les deux parents, chacun peut « *prendre sa place* », « *donner son point de vue* », comparer et discuter (*I-A 915*). Le caractère visuel et concret de l'outil favorise l'intérêt, la centration des parents. En revanche, on souligne la difficulté du parent de se centrer en présence d'une autre personne non impliquée dans la démarche. L'outil appuie la démarche d'analyse permettant aux parents de « *décortiquer les différents aspects* » de la réalité, de « *faire des liens* » (*I-A 921*). L'outil agit comme « *intermédiaire* » et s'avère plus facilitant pour le parent que l'échange en « *face à face* » avec l'intervenant. Il en résulte que le parent nomme plus facilement sa réalité avec transparence, sans se sentir jugé (*I-A 801*). Le parent est plus « *accessible* », s'ouvre sur des aspects de sa réalité non « *identifiés* » auparavant (*I-A 801*), il révèle plus facilement certaines informations « *délicates* » (ex. abus) (*I-A 803*) En diminuant le rapport de « confrontation », le parent est plus « *à l'écoute* », et « c*entré sur la tâche* » (*I-A 921*).

L'outil informe sur "*la normalité des choses*" et la nécessité d'agir, il dépersonnalise (ça ne repose pas seulement sur la vision de l'intervenant), aide le parent à "*se remettre en question* " et à « p*oser des actions* » en vue de répondre aux besoins de l'enfant (*I-A 921*). Les parents peuvent constater « *par eux-mêmes* » les difficultés, «*prendre*

conscience » et « *vouloir trouver des solutions* » (*I-A 808*). De même, l'outil facilite la démarche de bilan de la situation, la possibilité pour tous, de constater l'évolution et les acquis (*I-A 803*). Intégrer l'outil dans sa pratique professionnelle est vu comme un moyen « *rentable* », un « *élément déclencheur* » de la participation du parent et un soutien à l'intervention (*I-A 933*). Un intervenant mentionne les effets positifs pour un parent du fait que la démarche proposée permet de structurer et de planifier à l'avance le contenu de la rencontre. Elle favorise aussi un suivi continu de la démarche entreprise.

Deuxièmement, l'outil a aussi, du point de vue des intervenants, des effets positifs sur leur pratique collaborative. Il est vu comme une « *opportunité* » d'échanger avec le parent. Dans un contexte d'implantation, le caractère nouveau de l'outil proposé, tant pour le parent que pour l'intervenant, offre également des avantages. Un intervenant mentionne avoir adopté une posture « naïve », et s'être situé, à l'instar des parents, comme un apprenti, « ne connaissant pas » l'outil proposé (CABE), et prêt « *à le connaître avec eux, à le compléter avec eux* » (*I-A 915*). Les informations objectives fournies dans le CABE viennent « *renforcer les perceptions* » de l'intervenante, appuyer son propre « *raisonnement* » (*I-A 921*). En retour, l'ouverture accrue du parent permet à l'intervenant « *d'être davantage connecté sur des choses qui étaient importantes* » pour lui (*I-A 801*). L'outil peut être utilisé de manière à permettre une centration sur les forces plutôt que sur les difficultés. Enfin, les effets de l'outil sur la mobilisation des parents diminuent le sentiment de lourdeur de l'intervenant : « *ça nous a permis de ne pas nous sentir de porter tout sur nos épaules* » (*I-A 808*). La façon dont l'intervenant utilise l'outil fait également une différence, par exemple, le fait d' « *avoir en tête les indicateurs* » mais de se centrer sur les besoins du parent plutôt que sur l'outil, permet de « *consolider la relation* » avec le parent (*I-A 802*). À l'inverse, quelques pratiques ont fait obstacle à la participation/collaboration du parent : un manque de maîtrise de l'outil par l'intervenant et une difficulté à s'ajuster, ou encore une utilisation de l'outil tel quel, sans tenir compte de son propre jugement professionnel, notamment quant à la capacité des parents d'aborder certaines questions : *«C'est que j'allais avec les questions une par une là. […] si c'était à refaire, je le referais pas du tout comme ça […] Avec elle, y'a des sujets que je n'aurais pas abordés. Tout simplement. […] Parce que je ne sentais pas madame prête »* (*I-A 804*).

5.2.2 L'expérience comparée avec les pratiques courantes

En quoi les pratiques professionnelles implantées dans le cadre du projet AIDES se différencient-elles des pratiques courantes expérimentées par les participants du groupe témoin? Seront abordés ici quelques grands constats généraux émanant de l'analyse comparée des deux groupes ainsi qu'un tableau synthèse (tableau 20 de la page 116) des principales pratiques professionnelles ayant fait une différence sur la qualité de la participation-collaboration des parents.

Les constats généraux suivants émergent de l'analyse comparative. Elle ne révèle pas de différences marquées entre les deux groupes en ce qui a trait à la nature des pratiques professionnelles qui font une différence sur la qualité de la participation/collaboration des parents. L'expérience des deux groupes est comparable sur plusieurs points. D'une part, des pratiques favorables similaires sont expérimentées tant par les participants du groupe AIDES que ceux du groupe témoin. Il en est de même des pratiques défavorables expérimentées : elles sont aussi similaires dans les deux groupes. D'autre part, ces pratiques professionnelles sont similaires en regard des grandes dimensions mentionnées, à l'exception du recours aux outils promus par AIDES. Les outils d'analyse promus pour soutenir l'intervention dans le cadre de l'initiative AIDES (dimension 8), ont joué un rôle significatif en renforçant certaines pratiques professionnelles favorables à la participation/collaboration des parents.

Enfin, bien que les pratiques professionnelles implantées soient comparables dans les deux groupes, le recours aux outils promus dans le cadre de AIDES renforce certaines pratiques professionnelles, particulièrement favorables au développement du pouvoir d'agir des parents. Premièrement, le recours à l'outil favorise l'adoption d'une vision positive du parent par l'intervenant et d'une posture de non-expert du fait que celui-ci : 1) permet de se centrer sur les forces, 2) crée une opportunité de mobilisation, de dialogue et d'écoute, 3) offre l'occasion d'apprendre ensemble. Deuxièmement, recourir à un « intermédiaire » entre le parent et l'intervenant: 1) procure des informations objectives et dépersonnalisées, 2) diminue le rapport asymétrique et la confrontation, 3) a des effets conscientisant. En retour, la prise de conscience autonome favorise chez les parents un mouvement de remise en question qui soutient leur volonté d'agir en vue du changement.

Le tableau 20 de la page suivante présente les faits saillants concernant les pratiques significatives, favorables ou non favorables eu égard à la participation/collaboration des parents. L'examen des pratiques professionnelles favorables expérimentées dans les deux groupes, permet de constater que plusieurs sont cohérentes avec certains principes d'action propres à une approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir des parents, notamment : 1) les pratiques qui témoignent de la vision positive et de la posture de collaborative de l'intervenant, 2) le soutien à la conscientisation permettant au parent de changer de point de vue sur sa situation ou sur lui-même (relativiser sa responsabilité individuelle en regard des problèmes), 3) le soutien à la prise de décision autonome ou la recherche de consensus, 4) un meilleur accès aux ressources et enfin, 5) un soutien variable, ajusté aux situations particulières des personnes, etc.

Enfin, mentionnons un défi à relever en regard de l'utilisation de ces outils. Certaines pratiques favorables et non favorables à la participation des parents ont montré l'importance de maîtriser le sens de l'outil, de se décentrer de sa forme au besoin pour ajuster son soutien en fonction des caractéristiques et de la réalité des parents.

Tableau 20 : Les pratiques professionnelles qui influencent la participation/collaboration des parents.

Pratiques favorables	Pratiques défavorables
Vision du parent, posture professionnelle*[26]	
• Vision positive : Se centrer sur l'humain, l'unicité de la personne; son côté normal; Garder en tête les difficultés réelles • Faire preuve d'écoute, de non jugement, d'empathie-compassion • Posture collaborative : Se mettre au niveau, accueillir la critique, ne pas blâmer, abaisser	• Vision négative : Se centrer sur les déficits passés, présents ou anticipés • Ne pas souligner les forces, se montrer déçu • Posture d'expert : Regarder « d'en haut » ; Changer de sujet face à la critique; Blâmer, reprocher, traiter de noms • Être partial : Prendre parti pour un parent
Communiquer, informer	
• Faire preuve de transparence, congruence • Se révéler : partager son expérience • Soutenir le parent à communiquer, à nommer • Informer, prévenir P de son action • Faire preuve de discrétion (confidentialité)	• Non transparence, non Congruence (discours-action-écrit) • Ne pas croire le parent; Invalider, déformer ses propos; Confronter les mensonges, • Informer de son action (signalement) ; Ne pas informer d'un droit • Manquer de « professionnalisme » (non confidentialité)
Soutenir la prise de conscience*	
• Fournir des informations objectives • Aider à voir plus clair, refléter, nuancer • Se décentrer du contenu confrontant	• Confronter ou remettre trop vite en question la vision du parent
Soutenir la prise de décision	
• Partager son opinion mais Laisser décider • Décider ensemble, consensus	• Ne pas donner son opinion par peur d'imposer • Décider unilatéralement
Soutenir la recherche de solutions	
• Se centrer plus sur les solutions que sur les torts • Informer des options possibles; Proposer des solutions adaptées, efficaces • Chercher ensemble; faire appel au parent • Contraindre à trouver d'autres solutions	
Accompagner, mobiliser	
• Se centrer sur ce qui est important et agir en fonction de ses demandes • Encourager, rassurer face à l'avenir • Mobiliser un absent, diminuer la charge • Aller au-delà de son mandat • Favoriser l'accès aux ressources • Faire appel à des partenaires, faire la liaison	• Ignorer, ne pas réagir aux demandes • Centrer le soutien sur l'enfant, sans se soucier du bien-être individuel du parent • Intervenir sans cohésion entre les partenaires
Offrir un soutien rapide, ajusté et continu	
• Répondre rapidement aux besoins • Offrir un soutien continu : Continuité du lien P-I; histoire d'utilisation continue des services • Offrir l'aide au bon moment • Ajuster l'intensité en fonction des besoins	• Soutien interrompu : Changement d'intervenant • Soutien non ajusté : trop ou pas assez, ou limité par délais légaux

[26] Les dimensions marquées d'un astérisque ont été renforcées par l'utilisation de l'outil CABE dans le groupe expérimental.

5.3 Quelles conditions de pratique ont influencé l'implantation de AIDES? (question 3)

La partie qui suit présente le point de vue d'intervenants et de gestionnaires sur les conditions de pratique ayant facilité ou entravé l'implantation de l'initiative AIDES. La première section décrit et illustre les trois catégories suivantes : 1- qualité de l'implantation, 2- caractéristiques organisationnelles et 3- caractéristiques personnelles ou professionnelles. Le tableau 21 de la page 126 résume les facilitants et obstacles à la mise en œuvre de AIDES dans les milieux participants dans chacune de ces catégories. Suit le récit de la situation particulière d'un site d'implantation, ainsi que des facilitants et obstacles qui lui sont propres. Un code constitué de lettres et de chiffres permet de distinguer les participants de la manière suivante : la première lettre du code représente le type de participant (M=mère, P=père, I=intervenant, G=gestionnaire); la deuxième lettre représente le groupe auquel appartient le participant (A= Groupe AIDES, T= Groupe témoin); le chiffre correspond au numéro de participant.

5.3.1 Description des conditions de pratique dans l'ensemble des sites

La qualité de l'implantation

La qualité de l'implantation s'intéresse notamment à ce qui a été vécu par les participants dans les divers milieux, ainsi qu'à d'autres éléments concernant l'implantation de l'initiative en soi. Les facilitants et les obstacles concernent les moyens utilisés ainsi que les processus à l'œuvre.

Les moyens

Parmi les moyens utilisés dans le cadre de l'initiative, la formation initiale de groupe, qui vise à familiariser les participants aux principes et outils de AIDES, a influencé la qualité de l'implantation. Ceux qui l'ont jugé facilitante invoquent sa qualité et sa pertinence : *« j'ai trouvé ça très clair »* (I-A 802). Par contre, ceux qui sont entrés plus tardivement dans le projet n'y ont pas participé, ce qui a nui à l'implantation : *« j'étais dans un peu dans le flou (…) au niveau de la philosophie du programme, du CABE et tout ça, je me sentais un peu en décalage* (I-A 807). D'autres se disent insatisfaits des stratégies pédagogiques : *« on venait pour faire une formation sur l'approche participative, mais j'avais l'impression qu'on n'était pas tellement interpellé comme participants ».* (I-A 929)

Le soutien offert, qu'il soit individuel ou de groupe (appelé « codéveloppement »), a aussi influencé positivement la qualité de l'implantation. Il permet une appropriation en profondeur de l'initiative et la résolution continue des difficultés. L'offre de soutien individuel par les agentes de liaison facilite la mise en œuvre. Grâce au cadre intégrateur de AIDES, les rencontres de groupes, *« claires et structurées (…) permettaient d'avoir des discussions cliniques beaucoup plus serrées, beaucoup plus valables (…), c'était pas juste des opinions de chacun »* (I-A 804), même si certains jugent que ça restait *« en survol »* (I-A 912). Effet collatéral, ces rencontres permettent aux conseillers cliniques de mieux

connaître les intervenants : *« Ç'a été révélateur sur certains intervenants et pas toujours positivement »* (I-A 1004). Un calendrier de rencontres préétabli favorise l'engagement. Par contre, certains déplorent l'hétérogénéité des participants aux rencontres de groupe, ce qui nuisait parfois à l'apprentissage des personnes plus expérimentées dans le projet : *« ça devenait redondant. (…) Les nouveaux avaient des questions que nous, (…), on n'avait plus nécessairement »* (I-A 933). Dans certains milieux, le soutien de groupe a été moins régulier *« donc (…) c'était pas vivant du tout, c'était pas dynamique et les gens isolés qui l'avaient expérimenté sans aller au bout avaient trouvé ça lourd »* (G-A 1005). Les documents fournis (approche participative, pouvoir d'agir, etc.) complètent avantageusement la formation et les activités de soutien.

Enfin, la signature d'une entente formelle entre les milieux et les promoteurs-chercheurs a favorisé le maintien de l'engagement organisationnel malgré les embûches : *« c'est sérieux».* (G-A 1004)

Les processus

La qualité des liens entre les promoteurs-chercheurs et les milieux de pratique influence l'implantation de l'initiative AIDES. Une ouverture des premiers aux difficultés des seconds favorise, voire rend tout simplement possible, la réalisation de la recherche évaluative. Par exemple, les milieux accueillent favorablement l'assouplissement des critères de recrutement des enfants, initialement perçus comme trop restrictifs, ce qui avait eu un effet démobilisateur. Inversement, un manque de communication entre les deux parties entrave l'implantation : *« sincèrement, dans la dernière année, j'ai à peu près pas eu d'informations sur où était rendu le projet (…). Je trouve que c'est un élément qui a manqué »* (G-A 1110). Un mode de recrutement des familles inhabituel aux regards des pratiques de l'organisation, attribué aux liens privilégiés de l'agente de liaison avec ce milieu, est aussi perçu comme irritant par un répondant.

Le modelage et l'entraide brisent l'isolement et facilitent grandement l'appropriation du projet par les intervenants et les gestionnaires impliqués. Le modelage se met en place par le partage d'expériences par les agentes de liaison, entre les intervenants eux-mêmes et entre sites d'implantation (ex. : par vidéoconférence entre sites québécois ou lors d'un voyage en Angleterre pour se familiariser avec l'approche) :

> *Écouter les collègues, ça permettait aussi de prendre l'expérience, de répondre à des questions qu'on savait même pas qu'on pouvait peut-être avoir. (…) Ça a facilité beaucoup le projet (…) dans l'encadrement que ça offrait, puis dans le sens que ça pouvait donner au projet aussi, puis à l'utilisation du CABE.* (G-A 1012)

Enfin, le fait que l'intervenant vit l'approche AIDES avec plusieurs familles permet une intensité d'implantation jugée facilitante. Au contraire, ne vivre l'expérience qu'avec une seule famille nuit à l'implantation : *« j'aurais été plus à l'aise si j'en aurais fait comme plus qu'un. Quand c'est la première fois, tu le fais, mais t'es comme pas sûre »* (I-A 911). Aussi, au regard de la durée, lorsque l'analyse des besoins s'étend sur plusieurs

mois, certains constats perdent de leur actualité, ce qui complique l'émission des recommandations. D'autres ont perdu leur motivation avec le temps et disent qu'un délai court et explicite les aurait aidés à mener la démarche à terme.

Les caractéristiques organisationnelles

Organisations elles-mêmes

Voyons maintenant en quoi, selon les participants, les caractéristiques des organisations elles-mêmes ont influencé l'implantation de AIDES. D'abord, la réceptivité du milieu à la recherche en général favorise la réceptivité à AIDES en particulier. D'autres témoignent de la réceptivité de leur organisation aux innovations :

> *En psychosocial, principalement, on a très peu d'outils actuellement, et on a soif de ça. On en veut des propositions, on en veut des idées, on a le goût vraiment d'être challengés dans la pratique clinique. C'est quelque chose qui est très palpable, donc qui crée une ouverture.* (G-A 1111)

La participation volontaire et la stabilité du personnel sont aussi garantes de succès. Ensuite, la cohérence entre AIDES et la vision, les priorités ou la programmation de l'organisation facilite la démarche : *« que ça soit intégré à l'intérieur de programmes qui existaient déjà et qu'on réinventait pas la roue ».* (G-A 1110) Les répondants jugent positivement le fait que AIDES s'inscrive naturellement dans les structures déjà existantes, ou qu'un effort particulier d'arrimage soit déployé. Certains milieux poussent l'appropriation des moyens et principes promus par AIDES plus loin que l'exige l'implantation :

> *C'était une façon de travailler avec l'ensemble des intervenants ici, pas juste ceux qui sont à l'intérieur de la recherche. Donc, c'était de m'en servir pour plus large.*
> (G-A 1005)

> *On a bâti notre offre de service en disant nos familles sont pas toutes les mêmes. (…) À partir des trois côtés du triangle, on a défini le profil de notre clientèle, (…) nos finalités qui sont le milieu du triangle (…). À partir de là, on est venu baser quels étaient les outils cliniques qu'on pouvait utiliser (…) et les programmes qui sont à implanter. (…) On l'a utilisé dans l'ensemble de notre établissement comme façon de réfléchir.* (G-A 1110)

Le soutien offert par l'organisation constitue un autre atout. De manière proximale, ce soutien se traduit par l'appui du chef d'équipe, d'une conseillère clinique ou d'autres collègues : *« [nom], une chance qu'elle était sur place aussi. Dans le fond, d'avoir une personne qui connaissait le projet [dans l'organisation]. (…) Si j'avais des questions, j'allais la voir »* (I-A 807). Le soutien de la direction et des gestionnaires, plus distal, est aussi facilitant (dégagement pour aller aux rencontres de codéveloppement, etc.).

> *Si j'avais pas été backée, en bon français, par mon établissement, ou encouragée à utiliser cette approche-là, je suis pas sûre que nécessairement j'aurais choisi de prendre du temps pour faire les formations, pour faire les supervisions (…). Pour la motivation, ça aide.* (I-A 803)

Par ailleurs, plusieurs caractéristiques organisationnelles entravent l'implantation. Ainsi, une personne rapporte un épuisement quant aux changements et innovations : *« dans les hauts et les bas, (…) je pense qu'on a passé cinq « shots » de programmes [entre] 2005 et 2011 »* (G-A 1004). Les moyens proposés par AIDES sont aussi parfois perçus comme « répétitifs » ou en concurrence avec les outils cliniques déjà en place :

> *Je m'étais dit que j'allais faire le CABE moi-même (…). Remplir le CABE avec la maman, ça devenait un peu redondant, quand elle faisait déjà des évaluations des besoins puis du niveau de développement de son fils. (I-A 803)*

Certains estiment que les intervenants ne maîtrisent pas encore les compétences professionnelles nécessaires à l'exécution de certaines activités prévues dans AIDES, par exemple au regard de la mise en place de partenariats en vue de l'établissement de PSI, ou d'une véritable intégration de l'approche écologique dans les pratiques courantes : *« le PSI, c'était beaucoup trop précoce où étaient les intervenants (…) par rapport au savoir-faire »*. (G-A 1005)

Le roulement du personnel, tant des intervenants que des gestionnaires, nuit à l'implantation. Les nouveaux intervenants n'ont pas reçu la formation initiale, des clients se montrent réticents à poursuivre le CABE avec un nouvel acteur. Sur le plan de la gestion, un répondant rapporte :

> *Quelque chose qui s'est dilué (…), qui s'est perdu d'un à l'autre à l'autre. Je [ne] le sais pas vraiment dans quelle mesure notre chef de programmes actuel (…) a pu s'approprier le projet de recherche. (G-A 1012)*

D'autres stratégies se sont avérées peu porteuses, par exemple que l'implantation repose sur une seule personne plutôt que sur une véritable appropriation organisationnelle :

> *Quand on veut tous tendre à l'implantation d'une approche, d'une philosophie, d'un sens, bien, si on perd le porteur puis qu'on n'a pas (…) gardé une certaine forme de pérennité en ayant du soutien d'agents multiplicateurs, (…) au niveau de l'efficience puis de la plus-value que ça apporte après (…) c'est plus difficile.* (G-A 1114)

Le manque de soutien organisationnel, qu'il se traduise par une absence de dégagement ou par le sentiment d'isolement du seul intervenant impliqué dans AIDES au sein de son équipe, nuit à l'implantation. Une participation imposée entrave aussi la démarche.

Enfin, des répondants jugent AIDES difficilement conciliable avec leur mandat, notamment au regard de la protection:

> *Nous (…) on a un signalement, on n'a pas le choix. (…) Si t'as rien d'objectif, tu peux patiner longtemps avec ton CABE, hein ! avant que le parent ait assez confiance pour te transmettre ce qui se passe vraiment. Ça, ça peut être un piège. (…) On peut pas juste partir de ce que le parent nous dit si on veut pas se retrouver avec des enfants (…) à l'urgence ! (…) C'est beau les principes, mais (…) faut que ça prenne un sens avec les intervenants, (…) pas juste « Je suis à l'écoute des besoins que les parents vont être capables de me nommer ! »*. (G-A 1006)

> *Moi, comme intervenante, j'avais envie d'utiliser la confrontation (…) puis ça, tu peux pas nécessairement le faire dans une telle démarche. Puis, en même temps, tu sais, tu as un contexte d'autorité puis tu as une ordonnance, ce qui fait que des fois, tu as pas le choix de leur mettre des affaires en pleine face (…) C'est l'arrimage des deux, finalement [intervieweur :] qui a été difficile.* (G-A 933)

Enjeux sociopolitiques

Selon les participants, des enjeux sociopolitiques à l'œuvre dans le contexte des services sociaux québécois ont influencé l'implantation de AIDES. Au regard des facilitants, la cohérence entre AIDES et les changements apportés à la Loi de la protection de la jeunesse en 2007 augmente son attrait pour les milieux. Des principes comme la mobilisation des familles et l'exploitation des forces des individus, au cœur des changements de la loi, caractérisent également l'initiative proposée. Aussi, le Ministère de la Santé et des Services sociaux encourage l'élaboration de programmations conjointes entre les établissements, par exemple les programmes « Négligence ». AIDES s'inscrit tout naturellement dans cette foulée.

Cependant, les enjeux sociopolitiques posent surtout des difficultés qui alourdissent ou entravent l'implantation. Ainsi, la création des Centres des services sociaux et de santé (CSSS) par la fusion de plusieurs établissements en une seule structure administrative a constitué *« un contexte qui était vraiment difficile, ça créait de la tension, mais pour autre chose [que AIDES] »* (G-A 1004). Les répondants rapportent aussi une certaine lassitude devant les fréquentes ruptures d'orientations dans les services : *« ce qui est déplorable des fois, c'est qu'on met quelque chose sur pied puis (…) changement de gouvernement, changement d'orientation! »* (G-A 1004). L'incapacité à offrir les services jugés nécessaires suite à l'évaluation des besoins prescrite dans AIDES nuit au projet :

> *La limite va être dans les moyens que chacun a à sa disposition. Puis si [l'établissement] a juste un suivi psychosocial à offrir, parce qu'on n'a pas eu de sous pour avoir des services de réadaptation, (…) il y a comme des limites aux moyens de l'intervenant. Il est pogné avec son beau CABE bien rempli!* (G-A 1005)

À cause d'urgences sanitaires, comme la crainte d'une pandémie de la grippe H1N1, du personnel initialement impliqué dans l'implantation a été affecté à d'autres tâches, parfois pour plusieurs mois. Enfin, des répondants jugent que les systèmes de monitorage sont encore peu adaptés pour rendre compte du travail de partenariat réalisé dans des PSI :

> *Dans le réseau actuellement, je te dirais qu'il y a du travail à faire au niveau des plans de services (…). On nous demande (…) de rentrer des données et là c'est pas toujours compatible avec des systèmes de d'autres établissements, le milieu scolaire, le CSSS. (…) On passe pour réticents (…). Je trouve qu'au niveau des différents ministères, au niveau de l'Agence, y'a un travail à faire. (G-A 1006)*

Collaborations entre organisations

Les répondants n'ont rien à dire sur les conditions ayant influencé la collaboration entre les organisations engagées conjointement dans des situations d'enfants et des familles. Ceci pourrait s'expliquer du fait que bien que l'implantation prévoyait l'élaboration de PSI, très peu d'intervenants y sont arrivés. Les rares opinions au sujet de la collaboration entre organisations concernent donc son déploiement générique. Certains répondants jugent que la participation de leur organisation à l'implantation a alimenté les structures de concertation déjà en place :

> *Un de nos partenaires (…) qui a le goût aussi de développer AIDES, c'est sûr que c'est intéressant pour nous, parce que le partenariat est très important sur notre territoire. Et on a le goût de faire un pas de plus en se disant : « (…) Si dans notre regard, ou dans notre façon d'intervenir, ou dans notre perception des besoins de l'enfant, on est à la même place, mais dans le respect des missions de chacun, ça va être merveilleux.* (G-A 1111)

Le manque de disponibilité pour des rencontres conjointes constitue un obstacle anticipé. Plus profondément, certains craignent que la conciliation des différents mandats et pratiques organisationnels pose problème :

> *Évidemment qu'un professionnel du réseau scolaire a pas le même mandat, il travaille pas de la même façon que quelqu'un du Centre jeunesse ou [du CSSS]. Donc, d'arriver à ce que chacun trouve sa place, tout en développant ensemble le langage commun puis un regard commun aussi, sur les besoins de la famille, (…) je trouve qu'on va avoir à travailler fort.* (G-A 1111)

Selon d'autres personnes, les conditions préalables à la collaboration entre organisations ne sont pas encore réunies, ce qui nuit à la mise en place des moyens collaboratifs promus par AIDES. Une gestionnaire s'exprime ainsi :

> *L'utilisation d'un PSI, il y a plein de préalables qui dépassent AIDES (…). Par exemple, la légitimité des intervenants d'interpeller leurs collaborateurs pour faire leur intervention. (…) Il y a des éléments de partenariat qui sont à travailler à d'autres niveaux. La reconnaissance des partenaires sur la pertinence de s'asseoir pour se mettre au même diapason. (…) Même si l'intervenant s'inscrit dans une démarche AIDES, il va pas nécessairement réussir à faire (…) le lobbying pour convaincre ses collaborateurs d'embarquer.* (G-A 1005)

Les caractéristiques individuelles et professionnelles

Enfin, certaines caractéristiques individuelles ou liées à la profession exercée par l'intervenant influencent l'implantation. Un intérêt ou un a priori favorable à AIDES facilite la démarche, ainsi que la compatibilité du projet avec la philosophie d'intervention antérieure : *« ma profession fait en sorte que c'était pas si loin de ce que je fais habituellement »* (I-A 803). Des qualités personnelles comme la motivation, le dévouement pour les familles ou la capacité à mobiliser ses collègues s'avèrent aussi aidantes. Des personnes convaincues du bien-fondé de AIDES en font aussi la promotion sur diverses plates-formes, amorçant ainsi un effet boule de neige.

Une vision réductionniste, qui ramène le projet à la complétion d'outils plutôt qu'à une nouvelle manière d'intervenir, a nui au projet. Une gestionnaire raconte :

> *Une perspective écosystémique, c'était présent, mais de faire les liens avec le cadre de référence AIDES, (…) c'est ça qui a été différent. Donc, faire les liens que AIDES, c'est pas juste le CABE, mais c'est aussi quand on parle de besoins plutôt que problèmes, ça, (…) [ce n'] était pas du tout dans la conception des gens. Pour eux, le projet de recherche, c'était de remplir des CABE.* (I-A 1004)

Le manque de motivation constitue un autre obstacle, qui se traduit par exemple par des absences ou une participation peu active aux rencontres. D'autres rapportent un inconfort ou un manque de maîtrise des moyens promus par AIDES, parfois attribuable à la formation professionnelle des intervenants :

> *C'est les infirmières qui nous ont rapporté qu'elles avaient des difficultés à compléter les cahiers, à aller si loin que ça avec les clients. (…) Je l'ai pas entendu au niveau des sociaux, je l'ai entendu juste au niveau des infirmières.* (G-A 1115)

Enfin, certains acteurs ont manifesté une résistance au changement proposé, n'en voyant pas les avantages, mais bien toutes les difficultés à venir.

5.3.2 La situation particulière d'un site d'implantation

La présente section porte sur les conditions de pratique ayant influencé l'implantation de AIDES dans un site particulier. Seules sont présentées ici les conditions qui lui sont propres, celles partagées avec d'autres sites étant déjà décrites plus haut. Voici un récit des événements et de l'appréciation qu'en font les acteurs impliqués.

Quelques années avant la présente implantation, des personnes actuellement membres de l'équipe de promoteurs-chercheurs avaient établi une collaboration avec ce site pour que des intervenants utilisent les moyens promus par AIDES. Cette expérience a cependant pris fin, faute de fonds. L'organisation a ensuite procédé à des choix d'outils cliniques différents. Le déploiement de ces outils dans l'ensemble de l'organisation était en cours quand les promoteurs-chercheurs ont sollicité la poursuite de la collaboration, cette fois dans le cadre de la présente implantation.

> *Les gestionnaires en place disaient : « Ben écoute, on peut pas arriver avec deux [outils cliniques] qu'on veut que les gens utilisent. Y réagissent déjà à un, comment on va faire pour utiliser l'autre? » Mais en même temps le projet était déjà convenu. Alors vous voyez qu'on avait pas nécessairement une base porteuse pour construire.* (G-A 1002)

La réactivation de la collaboration entre les promoteurs-chercheur et ce milieu, pour des motifs politiques davantage que d'innovation, ne s'est pas fait sans heurts : *« AIDES 2 reposait plus sur le désir de collaborer avec les chercheurs et de les appuyer que à cause du projet en soi. (…) On avait le souhait d'appuyer [nom du chercheur] dans sa démarche (…) coûte que coûte »* (G-A 1002). Des répondants considèrent que *« dans le fond, [l'organisation] a été mis partenaire principal sans qu'on n'ait vraiment été mis dans le coup dès le départ »* (G-A 1003) et que *« c'est arrivé un petit peu comme un cheveu sur la soupe, cette affaire-là »* (G-A 1007).

Le déploiement de AIDES dans ce milieu a donc repris, mais conditionnellement à l'adoption d'une stratégie inusitée, non prévue dans la planification originale de l'implantation : une tierce personne, appelée « agent facilitateur », a été chargée de compléter l'outil CABE avec les familles participantes à la recherche. Aucun intervenant de cette organisation n'a reçu de formation AIDES, ni de soutien individuel ou de groupe : *« la décision avait été prise que c'était trop lourd de former l'ensemble des intervenants à cet outil-là »* (G-A 1008). Un gestionnaire rappelle les motifs de cette décision :

> *C'était clair que ma position (…) j'ai dit : « Écoute, on s'en va dans le champ, là, si on peut pas avoir une aide externe. Moi, je serai jamais capable de motiver les gens de ma direction à s'embarquer là-dedans. » C'était clair.* (G-A 1007)

Bien que, selon certains, cette solution était nécessaire à l'époque, d'autres considèrent néanmoins qu'elle a engendré des problèmes importants, dont *« dénaturer le sens de l'outil »* (G-A 1007), obliger des rencontres supplémentaires de la famille avec une nouvelle personne et rendre impossible l'appropriation des outils et principes AIDES par les intervenants. Outre ces répercussions internes, une répondante d'une autre organisation de la même région témoigne des répercussions de ce choix pour son propre établissement :

> *Après ça, ils vont parler de légitimité puis travailler en langage commun. Même avec ce partenaire-là qui aurait pu être sensibilisé, puis se dire au moins avec eux, peut-être qu'avec le CRDI, on partage pas la même lecture AIDES, mais qu'avec [eux], on part sur le même pied, bien, c'est pas vrai.* (G-A 1005)

Tableau 21 : Conditions de pratique ayant facilité ou entravé l'implantation de AIDES du point de vue des participants

Conditions de pratique	Facilitants	Obstacles
Qualité de l'implantation		
Moyens	- Qualité de la formation - Qualité du soutien (individuel et groupe) - Pertinence des documents -Entente formelle de collaboration	- Absence/insatisfactions quant à la formation - Redondance des contenus et hétérogénéité des participants (soutien de groupe)
Processus	- Qualité des liens promoteurs-chercheurs/milieux de pratique - Modelage et entraide - Intensité	- Difficultés relationnelles entre promoteurs –chercheurs et milieux de pratique -Manque d'intensité
Caractéristiques organisationnelles		
Organisations elles-mêmes	- Réceptivité à la recherche en général - Réceptivité aux innovations - Participation volontaire des intervenants, stabilité - Cohérence avec la vision, les priorités et la programmation - Appropriation du cadre d'analyse de AIDES plus largement que l'exige l'implantation - Qualité du soutien (proximal et distal)	- Épuisement quant aux innovations - Concurrence avec les outils cliniques en place - Compétences professionnelles préalables non acquises - Roulement du personnel - Implantation mal appropriée par l'organisation - Manque de soutien (proximal et distal) - Participation non volontaire des intervenants - Difficilement conciliable avec le mandat
Enjeux sociopolitiques	- Cohérence avec les changements à la LPJ - Cohérence avec la vision ministérielle de promotion des programmations conjointes	- Création des CSSS - Ruptures dans les choix d'orientations macrosystémiques - Services nécessaires, mais non disponibles - Affectations temporaires pour urgences sanitaires - Non-adaptation des systèmes de monitorage
Collaboration entre organisations	- Contribution aux structures de concertation déjà existantes	- Manque de disponibilité - Mandats organisationnels difficiles à concilier - Conditions préalables non rencontrées
Caractéristiques individuelles et professionnelles	- Intérêt pour AIDES - Compatibilité avec la philosophie d'intervention antérieure - Qualités personnelles - Effet boule de neige	- AIDES perçue comme une recherche et non comme nouvelle pratique - Manque de motivation - Inconfort ou manque de maîtrise des moyens promus - Résistance aux changements

5.4 Comment les participants perçoivent-ils les moyens proposés dans le cadre de l'implantation? (question 4)

Cette partie s'intéresse à l'appréciation de l'implantation de l'initiative AIDES par les intervenants et les autres acteurs impliqués. Plus précisément, elle présente la perception des intervenants sur les moyens proposés soient le cadre d'analyse, l'outil CABE, l'approche participative, la planification d'un plan d'action. Rappelons que ces résultats proviennent de deux sources : 1) les rencontres de co-développement qui consistent en des activités de soutien offertes aux intervenants (voir la description de cette activité à la page 67), et 2) les entrevues téléphoniques sur les conditions de pratique réalisées auprès des intervenants et de différents acteurs. Dans un premier temps, les défis rencontrés par les intervenants lors de l'utilisation de moyens promus et les facteurs qui les ont aidés ou pas à les contrer sont exposés. Puis, les avantages et les inconvénients pour les intervenants et les parents sont décrits.

5.4.1 Défis reliés aux moyens promus par AIDES

Pour rendre compte des défis rencontrés par les intervenants, ils ont été organisés selon qu'ils réfèrent : 1) à l'acquisition de connaissances requises pour l'utilisation des moyens proposés et la compréhension des liens entre chacun de ces moyens, 2) à l'utilisation des moyens dans le cadre de son intervention auprès de l'enfant et du parent, et 3) à la manière d'intervenir auprès du parent et dans sa relation avec des partenaires lors l'utilisation des moyens.

1) L'expérimentation de moyens promus par AIDES a obligé les intervenants à acquérir des connaissances théoriques et conceptuelles. En effet, AIDES a introduit ou rappelé dans le cadre des formations données un ensemble des connaissances (se référer à la partie 3.7.2 du rapport pour la description du contenu des formations) qui ne sont pas nécessairement connues ou assimilées par tous les intervenants impliqués dans l'implantation. En effet, la diversité des professions des intervenants qui ont participé au projet fait en sorte que certains d'entre eux ont dû se familiariser et acquérir des connaissances nouvelles. Pour d'autres intervenants, il s'agissait surtout d'approfondir des connaissances acquises, mais non actualisées dans le cadre de leur fonction courante.

2) L'utilisation du CABE, l'outil de collecte d'informations que devait compléter l'intervenant avec le parent, a nécessité le développement d'habiletés de la part de l'intervenant. En effet, ce dernier devait présenter le CABE au parent qui avait accepté de participer à la recherche et lui expliquer de quelle manière cet outil serait utilisé dans le cadre de son intervention. Puis, l'intervenant devait enregistrer des informations dans chaque partie du CABE et s'en servir pour identifier les actions en lien avec l'analyse réalisée. Enfin, le défi de consacrer le temps nécessaire à compléter l'outil à l'intérieur du suivi avec les familles a aussi été relaté par la majorité des intervenants qui participaient aux rencontres de co-développement.

3) Un troisième défi a consisté pour les intervenants à favoriser un espace de dialogue avec le parent autour des besoins de son enfant. Les intervenants ont aussi dû impliquer les parents et certains partenaires dans la démarche d'analyse. Pour cela, ils ont dû susciter l'ouverture des parents à échanger avec eux et avec les partenaires autour de la situation de l'enfant. La gestion des divergences d'opinion autour des besoins de l'enfant entre les intervenants, les parents et les partenaires a aussi été soulevée comme un défi important. En effet, les éléments abordés dans le cahier CABE suscitaient souvent des points de vue différents chez les personnes concernées par l'enfant.

Ces défis étaient mentionnés par les intervenants et discutés entre eux lors des rencontres de co-développement. Des pistes de solutions étaient alors proposées par les participants pour atténuer les difficultés rencontrées.
Outre les défis qui ont été identifiés, des facteurs facilitant l'implantation et qui ont ainsi contribué à réduire les défis ont été identifié tout comme les facteurs qui ont contribué à les maintenir. C'est de cela qui sera question dans les prochaines pages.

5.4.2 Facilitants

Les facteurs qui ont facilité l'expérimentation des moyens sont attribués par l'intervenant soient à l'intervenant et sa pratique, soit au parent et sa situation familiale ou encore à certains moyens promus par AIDES (principalement le cahier CABE).

Notons d'abord que les intervenants qui ont l'habitude d'utiliser des outils dans leur pratique ont une attitude confiante face à l'utilisation de l'outil CABE. Les intervenants qui ont développé des stratégies personnelles pour l'utiliser et qui l'on introduit comme moyen d'intervention auprès des familles référées au projet ne l'on pas perçu comme une charge supplémentaire, mais comme un autre moyen d'intervenir auprès des familles. Une intervenante témoigne de l'évolution de sa pratique avec le CABE:

> *(…) Tu sais, quand tu ne maîtrises pas quelque chose. (…) Je me sentais inconfortable, je me sentais pas bonne, il faut lâcher prise et se laisser-aller et c'est comme ça que ça va mieux. Quand j'ai enlevé ces résistances-là, c'est comme si je me voyais plus en intervention, je la laissais aller. Finalement, de fil en aiguille, je suis devenue quand même beaucoup plus habile avec ça et j'ai du plaisir aujourd'hui à le faire. (I-A 933)*

L'ouverture de l'intervenant à faire participer le parent à l'analyse des besoins de son enfant soit l'application d'un des moyens importants de AIDES a émergé comme un élément crucial. Une intervenante dit *«…toutes ses interactions, la faire réfléchir sur mettons, si on parle l'environnement, comment cet environnement peut, peut orienter ta façon d'être avec l'enfant. T'sais, avoir tout le temps cette présence d'esprit là, d'avoir tout le temps les trois sphères ensemble et l'aider parent à comprendre…et s'intéresser au besoin de son enfant»*. (*I-A* 922)

Les intervenants ont aussi rapporté des éléments facilitants reliés à l'attitude des parents. En effet, lorsque la figure parentale manifestait de l'intérêt à échanger autour des besoins de leur enfant, qu'il avait une capacité d'introspection, les échanges autour des besoins de l'enfant et de sa capacité à y répondre étaient plus ouverts et la complétion de l'outil s'en trouvait facilitée. De la même manière, l'ouverture de la figure parentale à aborder les facteurs personnels, familiaux et environnementaux qui influencent la réponse aux besoins de l'enfant permettait à l'intervenant de mieux appliquer les moyens proposés.

L'absence de crises familiales à gérer lors des interventions et l'absence de problématiques graves telles que la violence conjugale contribuaient aussi à rendre plus facile l'utilisation de l'outil CABE. Les intervenants ont trouvé que la participation des parents lorsque cette problématique était présente compliquait la gestion des controverses et des divergences autour des besoins des enfants créant un obstacle à l'utilisation des moyens promus par le projet.

Il a aussi été mentionné que l'ouverture de la figure parentale à poursuivre la démarche d'analyse malgré un changement d'intervenant ou d'établissement favorisait la poursuite de l'utilisation des moyens promus par AIDES. L'intervenant pouvait à l'aide de cette ouverture du parent conclure son intervention et transférer son dossier tout en étant assuré que la démarche d'analyse amorcée ou complétée servirait à créer un plan d'intervention. Les informations comprises dans le CABE allaient favoriser la mise en place d'un plan d'intervention dans un autre milieu d'intervention. Un intervenant résume ainsi son expérience :

> *Moi quand je l'ai fini, je l'ai fini la dernière journée de mon suivi en CJ, après ça j'ai fermé le dossier. Je l'ai transmis au CLSC. Les parents étaient tout à fait d'accord… et eux (CLSC) allaient partir de ça (CABE) pour faire leur plan d'intervention. Ça m'a permis d'identifier les forces et les difficultés, la situation globale et avec les ressources à mettre en place pour pallier toutes les difficultés pour qu'ils répondent au besoin de l'enfant. Ce qui fait que vu que tout est en place, on peut transférer au CLSC*. (*I-A* 804)

Pour terminer, d'après les échanges des intervenants, l'usage de l'outil visuel qualifié « d'accrocheurs» ont facilité les échanges avec les figures parentales : *«Bien, en fait, c'est que, ce qui a d'aidant, c'est surtout quand ça devient visuel, parce que, bien, c'est plus parlant que moi qui fais un exposé au parent, là, de dire : « Savez, ç'a des impacts. » Tout de suite, avec les images, c'était plus efficace». (I-A 921)*

5.4.3 Obstacles contribuant au maintien des défis

Peu d'obstacles à l'utilisation des moyens ont été soulevés par les intervenants. Mentionnons cependant que ceux identifiés suscitaient beaucoup d'inconforts principalement en ce qui a trait à la complétion du CABE. Plusieurs ont mentionné que

les situations particulières des familles telles que les crises familiales récurrentes, les caractéristiques personnelles et les problématiques des parents (toxicomanie, violence conjugale, etc.) et des familles créaient des obstacles importants principalement en ce qui concerne la complétion du CABE. En effet, ils font mention que les préoccupations du parent *«…*elle avait la tête ailleurs…elle était juste sur ses problèmes…*»* (*I-A* 921) ne le rend plus disponible pour participer à l'analyse de besoins de son enfant à l'aide du CABE.

5.4.4 Avantages

La majorité des intervenants observe que l'outil CABE structure les échanges avec les parents, même avec ceux ayant des difficultés comme par exemple, une déficience intellectuelle. De plus, parent et intervenant connaissent mieux les besoins de l'enfant. Les divergences autour de l'enfant sont perçues comme des opportunités d'échange et non de la résistance des parents. Les intervenants rapportent que l'intervention proposée donne du pouvoir au parent tout au long de la démarche d'intervention et facilite leur collaboration dans la mise en œuvre du plan d'action. Enfin, lorsque le dossier d'un enfant change d'intervenant ou que le dossier est transféré dans une autre organisation, le transfert en est facilité.

Pour les intervenants

Pour plusieurs intervenants l'ensemble des moyens proposés par AIDES a favorisé un rappel de concepts, de théories et de modèles de compréhension pour intervenir auprès des familles. De plus, les intervenants mentionnent obtenir une compréhension approfondie de l'enfant et de sa situation familiale :

> *(…) moi, le cadre d'analyse, pour moi, en tant qu'intervenante, ç'a été vraiment bénéfique, parce que toutes les sphères sont vraiment notées et on, je pouvais vraiment comme faire des liens. Exemple, le parent qui a une inquiétude au niveau de l'éducation, bien, OK, on regardait par rapport au napperon, bon, comment on pouvait faire des liens, comment on pouvait la supporter, comment lui montrer les forces qu'elle a déjà, qu'est-ce qu'elle a en place, quelles sont les difficultés. Donc, ça permettait justement d'être un outil, bien, de référence. (I-A 809)*

Les moyens (principalement le cadre et le l'outil CABE) proposent une analyse globale de la situation de l'enfant et de sa famille *: «On fait le tour de la situation…».* Les intervenants et les autres acteurs (conseiller clinique) mentionnent que les moyens orientent ses utilisateurs vers des niveaux moins regardés *«…aucune sphère de la vie des familles n'est oubliée»*. Un intervenant mentionne :

> *ça cible vraiment les besoins au niveau soit de l'enfant, soit de la famille, puis je trouve qu'on, tu sais, ça fait tellement le tour de tous les secteurs, là, concernant la famille. On peut quasiment pas passer à côté d'un besoin, en tout cas…Bien, c'est sûr, moi, j'ai trouvé que c'était, moi, j'ai trouvé que c'était aidant…ça m'a*

appris à la connaître encore plus en profondeur, parce que les questions sont tellement, tu sais, il y a tellement de questions dans chaque domaine, qu'il y a peut-être des coins que j'étais pas allée vérifier. (I-A 918)

Un autre aspect qui a été soulevé comme étant un avantage à utiliser dans ce cas-ci plus spécifiquement le CABE est qu'il y a moins de subjectivité dans la compréhension de la situation de l'enfant et de sa famille, comme le mentionne cet intervenant : «*…prendre le temps de comprendre le bon niveau de besoins, de faire ressortir les compétences chez le parent, puis d'enrayer un peu le mode perceptuel, parce qu'on arrive plus sur un mode factuel (I-A 922)*. Un autre souligne «*…on nomme des choses observables, mesurables, évaluables on est moins dans l'anecdotique moins dans le contre-transfert, on est sur des points précis*». (*I-A* 921)

Finalement, le dernier avantage soulevé par les intervenants et certains gestionnaires est que les moyens promus par AIDES aident à la réalisation des PI, car il favorise l'implication des parents, il permet d'identifier des objectifs, de déterminer le rôle des personnes présentes autour de l'enfant. Les deux extraits qui suivent en témoignent :

Bien ça, le plan d'intervention, c'était plus, comment je pourrais dire ça, tu sais, à la fin, quand on analyse tout ça, là, tu sais, comme les forces, les ressources, les problèmes, à la fin du questionnaire que je te parle là. C'est ça, à partir de là, je trouve que c'est plus facile justement d'établir un plan d'intervention puis, tu sais, avec la mère, d'avoir son accord aussi, là. Des fois, si tu as un plan d'intervention puis si ça fait pas partie des besoins de la mère, ça donne pas grand-chose, là. Fait que je trouve que c'est plus facile à ce moment-là, là, d'avoir la participation du parent, en tout cas. (I-A 918)

Bien, c'est surtout après le bilan, parce que, bon, c'est facile de faire ressortir les besoins qui sont présents chez l'enfant. Fait qu'après ça, d'enligner le PI, dans cette famille-là, ça se faisait relativement tout seul, en disant : « Bien, c'est clair, c'est là-dessus, là-dessus, là-dessus qu'on veut travailler. Qu'est-ce qu'on a déjà en place, qu'est-ce qu'on peut aller faire, qu'est-ce qu'on va aller modifier. » Fait que c'était plus facile d'enligner les objectifs, puis d'enligner les rôles des gens autour. (*I-A* 803)

<u>Pour le parent</u>

Les intervenants rapportent que le CABE est concret, simple et accessible pour les parents. Ils perçoivent que les parents se sentent concernés par le contenu du cahier d'analyse et qu'ils reconnaissent leurs réalités. La très grande majorité des intervenants ont souligné que le CABE favorise une prise de conscience du parent à propos des besoins de son enfant et devient mobilisateur:

(…) souvent les parents arrivent très peu à voir, c'est leur impact ou l'impact de l'environnement sur le développement de l'enfant. Il a des zones de pouvoir dans le développement de son enfant. Puis souvent, on dirait qu'il le voit pas ou qu'il

en prend pas conscience ou qu'il l'actualise pas. Fait qu'avoir tout ça (parle des moyens de AIDES), ça fait en sorte que tranquillement, c'est plus facile pour le parent de comprendre qu'est-ce qui se passe dans l'environnement de l'enfant….., j'ai une maman qui a décidé d'héberger une amie avec son enfant qui avait un diagnostic de troubles de l'attention hyperactivité…..elle avait déjà quatre enfants, puis c'était la petite qui était en problème, puis la petite il lui fallait de la stabilité. Bien là, c'était de revenir avec cette décision-là qu'elle avait prise d'héberger cette personne-là avec cet enfant-là, quel impact ça fait sur la petite fille. On disait qu'on voulait de la stabilité, que c'était ça qui allait améliorer son développement, puis là, on vient de la chambouler…….ça créait la réflexion du parent…sur ses décisions « Ah, mais …C'est vrai que moi, dans mes décisions que je prends, je peux soit amener mon enfant à mieux se développer ou soit, bien, un petit peu lui nuire puis lui mettre des bâtons dans les roues dans son développement parce que je réponds pas nécessairement à ses besoins, en répondant aux besoins de mon amie qui vient de se séparer puis qui a besoin d'un logement. »...elle a mis l'amie dehors. (I-A 804)

Plusieurs intervenants ont aussi mentionné que les moyens promus apportent un renforcement positif au parent, car il identifie ses forces, lui montre qu'il réussit des choses et donne la possibilité à l'intervenant à l'encourager à poursuivre dans cette direction : *« …puis dans le fond, partir de loin comme ça avec pratiquement pas de famille, pas de support, puis en arriver où elle est arrivée avec ses enfants, je pense que ça lui a permis de mieux comprendre, dans le fond …les aspects positifs d'où elle est rendue actuellement».(I-A 807)*

Pour l'intervenant et le parent

Les intervenants ont mentionné que de partager les mêmes repères pour discuter des besoins des enfants présentaient un avantage pour le parent et pour l'intervenant.
Les moyens promus par AIDES ont aussi favorisé des échanges de qualité, ouverts, transparents tels que qualifiés par les intervenants. Ils ont mentionné que les discussions sont plus approfondies, il y a partage des opinions et chacun peut s'exprimer librement, car l'outil sert de médiateur aux échanges. L'intervenant perçoit que les échanges ne sont ni dans le *camp* du parent ni dans le *camp* de l'intervenant. Plusieurs mentionnent que même si l'intervenant et le parent n'ont pas le même point de vue sur un aspect des échanges, c'est à partir d'aspects concrets soulevés par le CABE que ces divergences sont échangées.

Un dernier aspect mentionné comme étant un avantage est que le CABE facilite le transfert personnalisé inter et intra organisation.

5.4.5 Inconvénients

Intervenant

Quoique les intervenants aient été moins éloquents sur les inconvénients des moyens promus par AIDES, ils ont cependant été unanimes lorsqu'il est venu le temps de les identifier.

La majorité des intervenants ont à plusieurs reprises mentionné qu'ils ont besoin de temps pour s'approprier les différentes facettes de l'initiative AIDES.

De plus, la grande majorité mentionne que le temps de complétion du CABE est trop long. Il y a trop de résumés et de synthèses à faire. Un intervenant rapporte: *« C'est que c'est la force du CABE qu'il est très complet, en c'est sa faiblesse, c'est que c'est long à faire».* (*I-A* 804)

Les intervenants ont aussi mentionné qu'ils doivent vulgariser le matériel aux parents afin la qu'ils puissent rentabiliser l'utilisation de l'outil alors qu'ils sont eux-mêmes dans un processus d'appropriation.

Pour le parent

D'après les intervenants, le cadre d'analyse et le CABE sont trop complexes. Au-delà du niveau de langage c'est tout le défi de la compréhension de la démarche qui devient difficile pour le parent, un intervenant résume ainsi cet inconvénient : « …*le parent voit que c'est pas juste un écrit qu'on est en train de travailler mais que c'est vraiment, bon, comment l'utiliser dans son quotidien de tous les jours, de se rappeler les notions qu'on a discutées autour du bien-être de son enfant. Donc, c'est ça qui était un petit peu plus difficile avec mes clients, parce que c'était beaucoup, beaucoup, pour certains parents théoriques».* (*I-A* 922)

Certains intervenants ont mentionné que le CABE pouvait insécuriser et provoquer de l'anxiété chez des parents, par exemple, si le parent ne croyait pas que les réponses qu'il donnait étaient les bonnes. Ces derniers pouvaient ne pas se croire à la hauteur comme en témoigne cet extrait :

> *(…)ça l'insécurisait dans le sens que…comme dans le fond, elle était mal à l'aise de pas avoir les bonnes réponses, de pas faire les bons liens, des affaires comme ça… je sentais son anxiété et puis aussi elle faisait beaucoup de diversions par pleins d'affaires autour d'elle. Fait que c'était difficile de garder le focus…va tenter de faire diversion et d'éviter de répondre*. (*I-A* 933)

Aussi, dans le cas où des tensions étaient présentent, l'utilisation du CABE pouvait augmenter la méfiance chez les parents déjà sur la défensive. Des intervenants ont perçu que les parents s'interrogeaient sur le pourquoi toutes les questions soulevées

par le CABE, croyant que l'intervenant avait à sa disposition des moyens supplémentaires « …pour lui taper dessus…». *(I-A 922)*

Les intervenants ont eu l'impression que certains parents se sentaient enquêté avec le CABE. Un intervenant reprend les paroles d'un parent : *«…Ouen, t'as vu toutes ses questions. T'as de la difficulté mettons à décoder ce qu'y a besoin au niveau de la stimulation, au niveau de l'éducation, y'a des problèmes puis tout ça, au niveau affectif». (I-A 932) Il poursuit en ajoutant : « Ben, la, le père prenait ça vraiment comme si j'avais un outil supplémentaire pour lui taper dessus. Du coup il devenait encore plus méfiant». (I-A 932)*

Le tableau 22 de la page suivante présente une synthèse des résultats obtenus.

Tableau 22 : Défis, facilitants et obstacles rencontrés par les intervenants		
1. Défis à relever	**2. Facilitants**	**3. Obstacles**
• Acquérir les connaissances autour des moyens promus par le projet • Appliquer les moyens dans la pratique d'intervention • Impliquer les parents et les partenaires concernés par l'enfant • Concilier le mandat (point traité dans la partie 5.4)	Attitude confiante face à un nouvel outil Appropriation personnalisée de l'outil par l'intervenant Perceptions que les divergences autour des besoins de l'enfant sont des opportunités d'échange et non pas de la résistance des parents; Intérêt des figures parentales à échanger autour des besoins de l'enfant vs difficultés Ouverture des figures parentales à aborder les facteurs personnels, familiaux et environnementaux qui influencent la réponse aux besoins Acceptation des figures parentales à faire participer l'autre figure parentale ou le jeune à l'analyse des besoins Parents sont ouverts à poursuivre l'analyse malgré le changement d'intervenant ou d'établissement Capacité d'introspection du parent Peu ou pas de situations de crises dans la famille Absence de problématiques graves (santé mentale, toxicomanie) Outils visuels sont accrocheurs et ont facilité les échanges avec les figures parentales	Parent a trop de préoccupations Situations de crises dans la famille Problématique graves (santé mentale, toxicomanie) Discontinuité dans le suivi

Tableau 22 suite : Avantages et inconvénients rapportés par les intervenants		
	4. Avantages	5. Inconvénients
Intervenant	• Rappel de concepts, de théories, de modèles de compréhension : approche systémique • Compréhension approfondie de l'enfant et son parent • Plus en mode factuel que perceptuel • Aide à la réalisation des PI	▪ Temps de complétion ▪ Besoin de se l'approprier (en parlant du cahier) ▪ Besoin d'être vulgarisé
Parent	• Plus concret pour le parent • Favorise sa prise de conscience • Offre un espace de dialogue autour des besoins de l'enfant • Renforcement positif • Permet de donner du pouvoir au parent tout au long de la démarche d'intervention et facilite la collaboration du parent dans la mise en œuvre du plan d'action (fait sens pour le parent); • Mobilisateur	▪ Trop théorique pour le parent ▪ Peut insécuriser certains parents ▪ Peut augmenter la méfiance
Intervenant et parent	• Langage commun • Qualité des échanges • Facilite le transfert personnalisé inter et intra organisation	

6. Résultats du volet d'évaluation des effets

Cette partie présente les résultats des analyses statistiques effectuées au pré-test et au post-test en vue de comparer les deux groupes d'enfants et leur parent ayant participé à l'étude évaluative, soit le groupe AIDES et le groupe témoin. Plus précisément, elle présente les résultats obtenus par le groupe AIDES+ (*n*=44) créé pour les besoins de l'analyse (la composition de ce groupe est décrite à la page 91) et le groupe témoin (*n*=85) selon la nature des effets escomptés dans le modèle logique. Ces analyses avaient notamment pour objectif de vérifier six (6) hypothèses ayant trait aux effets différentiels de nature proximale, intermédiaire et ultime ainsi qu'aux effets médiateurs et modérateurs.

Résultats des effets différentiels proximaux.

La première hypothèse concerne les effets proximaux, c'est-à-dire les changements observés en regard du climat de collaboration entre les parents et les intervenants et le sentiment du pouvoir d'agir des parents. En bref, l'hypothèse stipule que « Les parents ayant participé à l'initiative AIDES (comparés à des parents ayant reçu les interventions courantes, le groupe témoin) auront perçu une amélioration de la *qualité de la collaboration avec l'intervenant pivot et des pratiques d'aide* de ces derniers et un *plus grand contrôle sur les décisions*».

Le Tableau 23 présente les résultats obtenus pour chacune des mesures ayant trait aux effets proximaux escomptés (QPA, QCS, QCPP). Les différences de moyennes du groupe AIDES+ et du groupe témoin sont comparées aux deux temps de mesures (pré-test et post-test). Afin de vérifier si les différences observées sont statistiquement significatives, des analyses de variance à mesures répétées ont été effectuées pour chacune des mesures. À titre indicatif, les résultats du groupe AIDES composés de tous les enfants et de leurs parents ayant participé à l'initiative, peu importe leur degré d'exposition, sont présentés.

Tableau 23 : Évolution des moyennes dans le temps aux mesures des effets proximaux

Mesures effets proximaux (sens attendu)	Moyenne (ET)						Évolution de la moyenne (T2 - T1)		
	AIDES (n=54)		*Témoin (n=60)*		*AIDES + (n=29)*				
	T1	T2	T1	T2	T1	T2	*Témoin*	*AIDES +*	*p*
QPA - Qualité perçue des pratiques d'aide (↗) (échelle de 1à 5)	**4,19** (0,90)	**4,10** (1,06)	**4,35** (0,78)	**4,34** (0,75)	**4,39** (0,60)	**4,29** (0,76)	**0,01** (0,74)	**-0,11** (0,73)	*ns*
ECS - Sentiment de contrôle du parent avec l'intervenant (↗) (échelle de 1 à 10)	**7,37** (2,70)	**7,65** (2,56)	**7,15** (2,31)	**7,52** (2,02)	**7,83** (2,36)	**7,97** (1,97)	**0,37** (2,70)	**0,14** (1,66)	*ns*
QCPP - Qualité perçue de la collaboration parent/ intervenant (↗) (échelle de 1 à 5)	**3,87** (0,64)	**3,82** (0,70)	**4,14** (0,59)	**3,95** (0,52)	**4,06** (0,51)	**3,91** (0,51)	**-0,19** (0,58)	**-0,15** (0,59)	*ns*

Les résultats du Tableau 23 montrent que les différences de moyennes entre AIDES + et le groupe témoin ne sont pas significatives (*ns*) au seuil de p≤ 0.10. Le choix d'un seuil de signification de 1% repose principalement sur la petite taille de l'échantillon et la courte durée d'implantation de l'initiative qui rend plus difficile l'observation de changements psychosociaux. D'une part, la taille de l'échantillon visée initialement était de 230 familles. Elle a été calculée à partir de la formule et des tableaux de (Cohen, 1988) avec des paramètres fixés aux valeurs suivantes : p = 0.05; puissance = 0.95 et effet = 0.25. (voir p. 75 du rapport pour plus de détails) En outre, la taille du groupe AIDES+ s'étant avérée beaucoup plus petite, le seuil de signification a été augmenté de manière à mieux déceler les changements selon le groupe et les temps de mesure. D'autres part, la courte durée d'implantation de l'initiative et les difficultés rencontrées (dont la fidélité au protocole) rendent plus difficile l'observation de changements tels qu'attendus. Selon Goodman, Wheeler et Lee (1995), il faudrait de cinq à dix ans à toute initiative communautaire pour produire les changements attendus.

En bref, bien qu'on observe que les changements dans le sens attendu caractérisent davantage le groupe témoin (zone grise), ils ne sont ni significatifs sur le plan statistique, ni importants lorsqu'on considère les seuils cliniques des échelles. En outre, on constate que le nombre de parents AIDES+ qui ont complété les trois mesures est relativement petit comparativement au nombre de parents ayant participé à AIDES (29/44).

Effets différentiels intermédiaires.

La seconde hypothèse qui a été vérifiée dans le cadre de l'évaluation concerne les effets intermédiaires. Cette hypothèse stipule que « des améliorations dans la *situation personnelle des parents* (adaptation parentale, exercice des responsabilités parentales) et dans *l'environnement familial* seront observées au terme de l'intervention AIDES comparée à celles observées chez les parents ayant été exposés à des interventions courantes ». Le Tableau 24 présente les résultats obtenus pour chacune des mesures ayant trait aux effets intermédiaires escomptés, à savoir le stress parental (ISP), le soutien familial formel et informel (ISF), le potentiel d'abus physique (CAPI) et l'environnement familial (HOME).

Tableau 24 : Évolution des moyennes dans le temps aux mesures des effets intermédiaires

Mesures effets intermédiaires (sens attendu)	Moyenne (ET)						Évolution de la moyenne (T2 - T1)		p
	AIDES (n=54)		*Témoin (n=78)*		*AIDES + (n=44)*				
	T1	T2	T1	T2	T1	T2	Témoin	*AIDES +*	
ISP - Stress parental (↘) (Score additif : 36 à 180)	**81,67** (21,21)	**77,79** (21,61)	**74,96** (18,99)	**76,08** (18,46)	**80,16** (22,35)	**78,79** (22,35)	**1,11** (14,89)	**-1,37** (18,81)	*ns*
ISF - Soutien familial informel (↗) (Score moyen : 1 à 5)	**1,79** (0,79)	**1,94** (0,84)	**1,95** (0,70)	**1,99** (0,77)	**1,74** (0,82)	**2,04** (0,90)	**0,03** (0,72)	**0,30** (0,77)	*
ISF - Soutien familial formel (↗) (Score moyen : 1 à 5)	**2,04** (0,69)	**2,03** (0,65)	**2,18** (0,60)	**2,18** (0,69)	**2,04** (0,71)	**2,01** (0,70)	**0,01** (0,76)	**- 0,04** (0,73)	*ns*
ISF - Soutien familial total (↗) (Score moyen : 1 à 5)	**1,90** (0,63)	**1,98** (0,61)	**2,06** (0,52)	**2,08** (0,57)	**1,88** (0,65)	**2,02** (0,67)	**0,02** (0,60)	**0,15** (0,58)	*ns*
CAPI- Potentiel d'abus du parent (↘) (Score pondéré : 10 à 370)	**188,62** (99,01)	**163,17** (93,06)	**147,83** (84,10)	**133,83** (77,30)	**183,23** (96,60)	**158,91** (95,20)	**-14,00** (55,73)	**-24,33** (60,46)	*ns*
HOME - Environnement familial (↗) (Score variable[a])	**37,95** (5,85)	**41,70** (4,77)	**40,58** (5,95)	**43,04** (5,73)	**38,02** (5,30)	**42,16** (4,95)	**2,46** (5,54)	**4,14** (4,93)	*

*p ≤ 0.10

[a]Variable selon le groupe d'âge de l'enfant (0-45 pour 0-36 mois; 0-55 pour 3 à 6 ans; et 0-59 pour 6 à 10 ans)

Les résultats montrent que les différences de moyennes entre AIDES + et le groupe témoin sont significatives au seuil de p≤ 0.10 pour la mesure soutien familial informel (ISF) et de l'environnement familial (HOME). Les autres mesures ne sont pas statistiquement significatives bien que la différence de moyenne est dans le sens attendu pour la plupart des mesures (zone grise) pour le groupe AIDES+.

De manière générale, lorsqu'on examine les seuils cliniques des variables (par exemple, ISP - Stress parental et CAPI -Potentiel d'abus), on constate que les moyennes des familles des groupes AIDES+ et témoin se situent dans la zone normale et (c.-à-d. la majorité des scores se situent en dessous du seuil clinique). Par ailleurs, on avait observé au pré-test qu'un plus grand nombre de familles du groupe AIDES présentait des scores au-delà du seuil clinique au CAPI et à l'ISP comparativement au groupe témoin. Par exemple, 38 % des familles AIDES obtenaient un score d'abus élevé au CAPI comparativement à 18% des familles témoin (p ≤ 0.05). Tel que présenté à l'annexe X, le même phénomène est observé au pré-test en ce qui concerne la mesure du stress général (ISP) et la mesure des interactions dysfonctionnelles parent-enfant (sous-échelles de l'ISP). L'analyse des différences de moyennes et des intervalles de confiance entre les deux temps de mesure montrent cependant que les changements observés sont faibles, bien que le groupe AIDES observe un passage de la catégorie tendance à la catégorie normale pour le CAPI.

En bref, bien que les changements au niveau des seuils cliniques observés soient faibles, ce résultat combiné à celui obtenu à la mesure de l'environnement familial et du soutien informel perçu par les parents, et au constat à l'effet que la très grande majorité des mesures favorisent le groupe AIDES+ au post-test (ex. ISP, ISF, CAPI, HOME), nous amène à conclure que la seconde hypothèse est partiellement confirmée.

Effets différentiels ultimes.

L'hypothèse stipulée en regard des effets ultimes concerne le développement des enfants. Ainsi, il est attendu que « des améliorations dans la *situation personnelle des enfants* (développement émotionnel et comportemental, cognitif et langagier, victimisation), et en particulier à l'égard des *problèmes de type extériorisé*, seront observées au terme de l'intervention AIDES comparée à celles observées chez les enfants ayant été exposés à des interventions courantes ». Le Tableau 25 présente les effets ultimes de l'initiative AIDES sur le développement des enfants.

Tableau 25 : Évolution des moyennes dans le temps aux mesures des effets ultimes

Mesures effets ultimes (sens attendu)	Moyenne (ET)						Évolution de la moyenne (T2 - T1)		p
	AIDES (n=64)		*Témoin (n=68)*		*AIDES + (n=44)*				
	T1	T2	T1	T2	T1	T2	*Témoin*	*AIDES +*	*p*
GED* - Développement cognitif (↗) (Score variable)	**5,51** (3,76)	**7,32** (4,12)	**6,29** (3,23)	**7,59** (4,49)	**5,77** (4,56)	**7,73** (4,88)	**1,29** (5,22)	**1,97** (5,37)	*ns*
GED* - Développement moteur (↗) (Score variable)	**5,19** (2,83)	**6,53** (2,74)	**4,21** (2,04)	**6,50** (2,48)	**5,10** (2,67)	**6,77** (2,87)	**2,29** (2,73)	**1,67** (3,85)	*ns*
GED* - Développement affectif (↗) (Score variable)	**9,60** (2,36)	**10,68** (1,53)	**10,00** (1,94)	**10,76** (1,33)	**9,77** (2,53)	**10,53** (1,53)	**0,76** (1,87)	**0,77** (2,80)	*ns*
EVIP- Développement langagier (↗)** (Score additif : 0 à 170)	**74,57** (20,62)	**89,22** (19,29)	**79,32** (19,4)	**97,23** (16,21)	**70,89** (16,93)	**86,67** (21,54)	**17,90** (14,10)	**15,78** (10,99)	*ns*
CBCL - Problèmes internalisés (↘) (Score normalisé : 33 à 83)	**56,69** (9,59)	**56,89** (10,27)	**56,71** (8,46)	**56,13** (8,66)	**57,80** (9,86)	**58,71** (9,67)	**-0,57** (7,24)	**0,91** (8,75)	*ns*
CBCL - Problèmes externalisés (↘) (Score normalisé : 32 à 83)	**60,48** (10,47)	**60,67** (10,84)	**60,10** (9,16)	**60,88** (9,82)	**61,23** (10,75)	**59,83** (11,50)	**0,78** (7,54)	**-1,40** (8,48)	*ns*
CBC L - Total (↘) (Score normalisé : 32 à 80)	**59,16** (10,43)	**59,75** (10,16)	**59,47** (8,98)	**59,16** (9,43)	**59,49** (10,79)	**59,86** (10,11)	**-0,31** (6,36)	**0,37** (7,14)	*ns*

*Seulement 68 enfants du groupe témoins et 53 enfants du groupe AIDE (dont 35 du groupe AIDES+) ont répondu au GED

**Seulement 31 enfants du groupe témoin et 23 enfants du groupe AIDE (dont 9 enfants du groupe AIDES+) ont répondu à l'EVIP

[a]Échelle variable selon le groupe d'âge de l'enfant (14 versions par tranche de 3-6 mois d'âge de l'enfant)

Les résultats montrent que le groupe témoin et le groupe AIDES+ ne se distinguent pas en regard des différentes sphères de développement (cognitif, moteur, socio-affectif) et des problèmes de comportement des enfants entre les deux temps de mesure. Les seuils cliniques des diverses mesures de développement de l'enfant et de problèmes de comportement ont également été examinés de manière à vérifier le passage d'une catégorie à l'autre (au-delà du seuil clinique vs en dessous du seuil clinique) entre le pré-test et le post-test. Aucun résultat ne permet de montrer que les groupes diffèrent l'un de l'autre sur ces plans. Cela amène donc à infirmer la troisième hypothèse quant aux effets ultimes de l'initiative AIDES+.

En soi, ce constat n'est pas surprenant considérant l'absence d'effets observés au niveau proximal et les effets plutôt faibles observés au niveau intermédiaire. De fait, selon le modèle logique, si l'initiative ne parvient pas à améliorer la collaboration entre le parent et l'intervenant ainsi que sentiment de contrôle parental, peu de changements sont attendus aux niveaux intermédiaires et ultimes (voir la section suivante sur les effets médiateurs). Rappelons toutefois que certains indicateurs de niveaux

intermédiaires favorisent le groupe AIDES+; certaines limites peuvent également expliquer l'absence de résultats au niveau proximal. Ces limites sont à la fois de nature méthodologique (ex. : choix des enfants référés au projet, taille d'échantillon, nombre de questions, sensibilité des mesures) et contextuelle (ex. : courte durée d'implantation, roulement de personnel). Ces facteurs propres à l'initiative elle-même, aux caractéristiques organisationnelles et aux caractéristiques des intervenants et des gestionnaires ont été présentés au chapitre 5.

Effets médiateurs et modérateurs.

Outre des effets attendus au niveau proximal, intermédiaire et ultime, l'initiative AIDES postulait, dans le devis d'évaluation, la présence d'effets médiateurs et modérateurs. En ce qui concerne les effets médiateurs (quatrième hypothèse), il était attendu que « la relation entre le groupe assigné aux enfants (AIDES vs Témoin) et la situation personnelle de ces derniers au post-test sera médiatisée par la qualité de l'exercice des responsabilités parentales en post-test. L'effet de l'initiative sur l'enfant dépendra donc significativement de l'amélioration dans l'exercice des responsabilités parentales que cette initiative aura produite ». En bref, cette hypothèse reprend les principes du modèle logique de l'initiative et stipule que les effets ultimes sur le développement des enfants seront expliqués en partie par les effets intermédiaires sur les capacités parentales et l'environnement familial. Or, considérant les faibles résultats intermédiaires obtenus, cette hypothèse ne peut être confirmée puisque le postulat de base d'une relation de médiation n'est pas totalement rencontré (c.-à-d. absence d'une relation significative entre la variable dépendante – ici l'initiative AIDES - et la variable médiatrice – ici les capacités parentales selon le CAPI) (Baron et Kenny, 1986). En outre, on peut penser que si l'initiative AIDES parvient à plus long terme à entrainer des changements au niveau de l'exercice des responsabilités parentales et dans l'environnement de l'enfant (changements déjà amorcés ici), le développement de l'enfant s'en trouvera amélioré (Harden et Whittaker, 2011; Jaffee, 2007).

La cinquième hypothèse concerne l'effet potentiellement médiateur 1) des principes de l'initiative AIDES (c.-à-d. approche collaborative, sentiment de contrôle) et 2) des caractéristiques de l'environnement familial sur la relation entre le niveau de risque familial au début de l'initiative et les résultats ultimes du développement et des troubles externalisés et internalisés des enfants au post-test. En bref, l'hypothèse stipule que malgré les risques psychosociaux présents initialement dans la famille, une amélioration de la perception de la collaboration avec les intervenants AIDES et du sentiment de contrôle ainsi qu'une amélioration de l'environnement familial auront un effet sur le développement ultérieur des enfants. Pour valider cette hypothèse, des analyses de corrélation entre les différentes variables ont été réalisées avec le groupe AIDE+. Or, aucune relation significative n'a été détectée entre le risque familial au pré-test tel que mesuré par le CAPI, l'ISP et un indice de risque créé avec le JPM et les variables potentiellement médiatrices liées soit : 1) à la qualité de la collaboration avec l'intervenant (QPA, QCPP), au sentiment de contrôle (ECS) ou 2) à l'environnement

familial au post-test (HOME, ISF). Le postulat de base d'une relation de médiation n'étant pas rencontré (Baron et Kenny, 1986), cette hypothèse médiatrice est infirmée.

Enfin, la dernière hypothèse n'a pu être testée compte tenu de l'absence d'effets ultimes observés chez les enfants et des effets partiels obtenus au niveau intermédiaire. En effet, la sixième hypothèse postulait que les effets intermédiaires et ultimes produits par AIDES étaient modulés par les caractéristiques de l'enfant (âge, genre) et de sa situation familiale (structure et taille de la famille, état de son réseau de soutien social, type de problème et durée, autres facteurs de risque).

Limites méthodologiques de l'étude évaluative

Outre la durée de l'implantation de l'initiative, et les nombreuses limites soulevées au chapitre précédent, la présente étude comporte plusieurs limites méthodologiques qui peuvent expliquer l'absence de résultats statistiquement significatifs obtenus aux trois niveaux attendus, et plus particulièrement au niveau proximal et ultime.

Premièrement, rappelons que le devis de type quasi expérimental a été choisi en raison de l'impossibilité de répartir de manière aléatoire les sujets dans les groupes AIDES et témoin. Ainsi, même si des efforts ont été consentis afin d'obtenir des groupes équivalents au pré-test, les enfants et les parents ayant participé à l'initiative se distinguent, sous plusieurs aspects, comme étant dans une situation plus complexe que ceux du groupe témoin (voir le tableau 19 à la page 105). Ces différences initiales entre les groupes ont pu avoir un impact sur l'évolution des variables en fonction du temps et du groupe. Il est possible d'observer qu'au post-test, plusieurs des résultats du groupe AIDES se sont rapprochés de ceux du groupe témoin, mais ses changements ne sont pas statistiquement significatifs (ex. : PSI, CAPI). De plus, ces changements peuvent être expliqués, en partie, par le phénomène de « régression à la moyenne » rencontré dans la plupart des études de type longitudinal. En bref, comme les enfants, parents et familles du groupe AIDES ont plus souvent des valeurs extrêmes au pré-test, ce groupe est davantage touché par ce phénomène.

En second lieu, on peut soulever la question des enjeux reliés aux mesures. En effet, on a observé que les scores liés aux effets proximaux sont très élevés déjà au pré-test chez les familles AIDES. Aussi, il est possible que ces mesures ne soient pas suffisamment sensibles pour saisir les enjeux relationnels entre les intervenants et les parents dans le contexte des services auprès de familles présentant des difficultés majeures. En outre, il est possible que des biais de désirabilité sociale ou de sensibilité de la mesure (ex. : l'ECS comporte une seule question) aient pu affecter les résultats obtenus.

Troisièmement, les analyses de type par-protocole réalisées avec le groupe AIDES+, se rapprochant davantage du protocole d'exposition prévu initialement, souffrent d'une taille de l'échantillon restreinte (n variant de 23 à 44 selon les mesures), ce qui diminue considérablement la puissance statistique de l'étude, c'est-à-dire la possibilité de repérer des effets significatifs. Ainsi, avec un sous-groupe plus important (par exemple,

n=100 sujets ayant été exposés de manière suffisamment intense au protocole prévu), il aurait été possible de trouver certains effets statistiquement significatifs.
La décision d'évaluer une seconde fois la situation des enfants et des parents après un intervalle qui varie entre 12 et 24 mois après le pré-test doit aussi être considérée. La grande complexité des besoins des enfants et des familles ayant participé à l'implantation de l'initiative AIDES rend particulièrement complexe la démarche d'analyse de leurs besoins, la construction d'une vision commune de ceux-ci, la mobilisation du réseau de services et la mise en œuvre d'actions cohérentes. D'une part, plusieurs des dimensions sur lesquelles des changements sont ciblés chez l'enfant et ses parents présentent une grande stabilité dans le temps. C'est le cas notamment des aspects touchant le développement cognitif de l'enfant, mais aussi des dimensions touchant l'exercice des responsabilités parentales qui dépendent étroitement de conditions personnelles ou environnementales qui, elles, peuvent être très stables (par exemple, problèmes de santé mentale du parent, milieu de vie défavorisé). D'autre part, la durée d'exposition à l'initiative AIDES a été relativement courte, voire insuffisante pour permettre d'observer des changements dans la situation des enfants et des parents. Ce constat appuie la nécessité d'accompagner activement les familles en situation de vulnérabilité psychosociale sur une plus longue portion de leur vie avant que des effets puissent être statistiquement repérés.

Finalement, et c'est probablement la limite affectant le plus les résultats, l'intensité de l'exposition des enfants et des parents au protocole prévu n'a peut-être pas été suffisante pour entraîner les effets escomptés. D'une part, il faut souligner que les participants ont été exposés à une initiative en début d'implantation (c.-à-d. en phase de rodage). Ainsi, même les enfants et les parents qui ont été considérés comme ayant bénéficié d'une exposition plus importante à AIDES (groupe AIDE+) n'ont pas nécessairement bénéficié de l'initiative AIDES telle que prévu au départ et ce, pour les nombreuses raisons abordées au chapitre précédent. En effet, l'évaluation de l'implantation a permis de mettre en relief les obstacles de nature organisationnels et individuels à la forme de pratiques sur laquelle s'appuie l'initiative AIDES. Ces obstacles ont probablement constitué des facteurs de dilution de l'intervention initialement prévue. Ces deux éléments (phase de rodage et facteurs organisationnels et individuels) constituent des explications plausibles à l'absence de résultats statistiquement significatifs concernant les effets sur les enfants et les parents. Des constats similaires avaient été faits pour expliquer l'absence d'effets directs auprès des parents et des intervenants en adoption dans le cadre d'une initiative utilisant le même cadre de référence que AIDES (Poirier, Simard, Decaluwe et Beaumier, 2010). Enfin, il importe de mentionner que la fidélité à l'intervention, dans le cas d'une initiative axée sur le changement des pratiques, s'avère un objectif qui nécessite probablement des mesures beaucoup plus intensives et soutenues puisqu'elle se veut une valeur ajoutée à l'intervention courante. Cette situation nécessite la mise en place d'une méthodologie d'évaluation robuste qui mise sur une intervention implantée depuis un temps.

Conclusion

L'analyse quantitative des données recueillies sur l'évolution des enfants et des parents ayant été exposés à l'initiative AIDES+ ne permet pas de constater d'effets proximaux ou ultimes lorsque comparée aux interventions courantes auprès de la même catégorie des familles. Toutefois, deux constats s'imposent, et ce, malgré les limites méthodologiques mentionnées. Le premier constat concerne les indices qui portent à croire que l'initiative AIDES a eu un effet sur l'environnement familial. Le second constat concerne l'absence de détérioration dans la situation des enfants et des parents, et que les changements observés, même s'ils ne pas significatifs, sont habituellement dans le sens attendu.

Des limites inhérentes à l'étude ont été identifiées et peuvent servir de pistes prometteuses dans la poursuite du projet. En premier lieu, ces limites sont liées à l'implantation des pratiques auprès des familles sur lesquelles l'initiative AIDES repose. Les résultats suggèrent que cette forme de pratique constitue un virage important dans les modes d'intervention actuels et que les organisations de services sont peu préparées et soutenues pour les mettre en œuvre. Ainsi, une démarche structurée d'analyse participative des besoins des enfants (et de la situation de leur famille) et de planification partagée des actions à mettre en place pour y répondre s'avère un exercice hautement complexe à l'intérieur des modalités organisationnelles en centre jeunesse et en centre de santé et de services sociaux.

Une autre limite est liée à la faible compréhension dont nous disposons à propos de l'évolution normative des enfants ayant des besoins complexes (et de leurs parents) dans le cadre du dispositif de services sociaux au Québec. Peu d'études permettent de décrire les trajectoires développementales les plus typiques des enfants et des parents qui reçoivent ces services. Cela fait en sorte de rendre particulièrement difficile d'identifier une durée idéale d'intervention autour de laquelle s'articulerait une étude évaluative permettant de repérer des effets positifs. Peut-être que l'initiative AIDES telle qu'elle a été implantée dans le cadre du présent projet ne produira des effets statistiquement observables qu'à la suite d'une exposition allant au-delà de la période de 12 à 24 mois qui a été expérimentée ici. De plus, les dimensions du fonctionnement de l'enfant et des parents que l'initiative AIDES cherche à transformer sont particulièrement stables dans le temps. Peut-être que des changements ont été produits chez les sujets ayant été exposés à l'intervention, mais qu'il faut attendre plus longtemps pour pouvoir les repérer. Un suivi de l'évaluation (*follow-up*) après deux ou trois ans pourrait permettre de rendre visibles ces effets.

Finalement, une dernière limite est liée à la taille de l'échantillon et à la puissance statistique. Un devis d'évaluation des effets de l'initiative AIDES devrait comporter un plus grand nombre de participants ainsi qu'un plus grand nombre de sites de manière à s'assurer que des effets de l'intervention puissent être repérés statistiquement. La répartition aléatoire des familles, même si elle pose des défis éthiques importants et

nécessite un dispositif de recherche beaucoup plus lourd et complexe, devrait faire l'objet de discussions avec les établissements qui participent à l'étude (Flynn et Bouchard, 2005). Le financement d'un tel devis – multi-sites, avec randomisation – devrait aussi faire l'objet de discussion. De ce côté, les pratiques de financement dans le domaine de la recherche sociale ont tendance à grandement minimiser les coûts de ce type d'opération.

7. Discussion générale et conclusion

Cette partie présente une synthèse des apprentissages et constats que l'évaluation d'implantation de l'initiative AIDES permet de dégager.

7.1 Portrait des familles rejointes et évolution des enfants et des familles exposés à AIDES

Au pré-test

En premier lieu, le portrait qui se dégage des deux groupes lors du pré-test met en évidence la complexité des besoins des familles qui ont participé à notre étude. La négligence est la problématique la plus courante (voir le tableau 2 de l'annexe 6). Seulement 32 % des enfants recrutés en CSSS n'ont pas été signalés ou n'ont pas eu un dossier en PJ durant la période du projet; la sécurité et le développement de 24 % de ces mêmes enfants ont été jugés compromis durant la période où l'initiative a été implantée (tableau 3 voir annexe 6). Notons que malgré le fait que ces familles recevaient en moyenne beaucoup de services, tant pour l'enfant, le parent ou pour l'ensemble de la famille, près de trois quarts des parents percevaient être peu soutenus. Ainsi, nous avons rejoint la population visée par le projet pour qui les défis d'intervention sont parmi les plus élevés et le partenariat inter-organisationnel et la concertation, une nécessité.

Il est également important de rappeler que, comparativement au groupe témoin, les participants du groupe AIDES présentaient au pré-test des besoins plus complexes, tant sur le plan personnel que social. D'abord, les caractéristiques du groupe AIDES étaient plus problématiques en terme de facteurs de risque familiaux et environnementaux : un plus grand nombre de figures parentales âgées de moins de 24 ans; un pourcentage plus élevé de logements exigus; un plus grand nombre de parents ayant un potentiel de victimisation très élevé et de détresse parentale (particulièrement en raison d'interactions dysfonctionnelles avec leur enfant). De plus, il y avait un plus grand pourcentage d'enfants qui avaient des problèmes socioaffectifs, des retards de développement langagiers et cognitifs (0-5 ans) ainsi que des problèmes internalisés. Les facteurs de risque plus importants identifiés dans le groupe AIDES sont eux-mêmes associés au risque de maltraitance ainsi qu'à de faibles performances cognitives, sociales et comportementales (Harden et Whittaker, 2011; McKenzie *et al.*, 2011; Palusci, 2011; Park *et al.*, 2011; Slack *et al.*, 2011; Stith *et al.*, 2009). Enfin, près de deux fois plus de parents témoin (66%) qualifiaient, au pré-test, leur niveau de collaboration avec l'intervenant de très bon comparativement aux parents du groupe AIDES (38%). Même si nous avons mis beaucoup d'énergie pour s'assurer de l'équivalence des groupes, il est possible que les intervenants du groupe AIDES aient sélectionné des situations plus

complexes en raison de nouveaux moyens qui leur ont été proposés dans le cadre de l'implantation.

Au post-test

Cependant, au terme de l'implantation de l'initiative, outre le facteur de risque qui ne peut pas être modifié, comme l'âge des enfants et des parents, seuls l'exiguïté du logement[27] et le potentiel de victimisation différencient les deux groupes (en défaveur du groupe AIDES). Et qui plus est, la différence significative au CAPI est maintenant à p<0,05, alors qu'elle était au pré-test à *p<0,001* (plus de parents sont maintenant dans la catégorie normale et moins le sont dans la catégorie élevée). Différentes hypothèses peuvent ici être avancées pour expliquer ces changements positifs pour le groupe AIDES: 1) la régression vers la moyenne ou 2) une certaine amélioration ou récupération du désavantage en partie attribuable à l'effet AIDES. En fait, les sujets de la recherche ne se sont pas détériorés et les familles du groupe AIDES ont rejoint le niveau de fonctionnement des familles du groupe Témoin. Une synthèse des résultats significatifs au pré-test et au post-test se retrouve à l'annexe 7.

L'évaluation de différents programmes de même que les méta-analyses les plus récentes constatent le faible taux de réussite des programmes auprès des familles à risque ou maltraitantes. La majorité des programmes ne parviennent pas à réduire les séquelles ou améliorer le bien-être des enfants (Dufour et Chamberland, 2004; Flynn et Bouchard, 2005; MacLeod et Nelson, 2000; MacMillan *et al.*, 2009; O'Reilly *et al.*, 2010). Les programmes qui obtiennent certains gains chez les parents et leur enfant ciblent des familles avec des besoins moins complexes (Letarte *et al.*, 2010). Ou encore les programmes les plus efficaces pour prévenir les mauvais traitements ne le sont pas lorsqu'on souhaite prévenir sa récurrence (MacMillan et Harpur, 2003). De plus, il existe très peu d'évidences de meilleures pratiques pour les situations de négligence qui furent essentiellement celles que nous avons recrutées dans le projet. Même si les programmes les plus prometteurs sont ceux qui possèdent les principes d'action promus par AIDES, les défis d'implantation sont grands lorsque l'on souhaite mettre en oeuvre une approche écosystémique centrée sur 1) une vision commune des besoins; 2) la participation des enfants et de leur famille 3) la mobilisation de partenaires pour offrir des services et du soutien multidimensionnels et multi stratégiques. Cependant, un virage a été amorcé, des apprentissages réalisés et des acquis sur lesquels on peut désormais s'appuyer pour poursuivre les changements de pratiques souhaités.

7.2 Implantation d'AIDES : qu'avons-nous réussi, que reste-t-il à faire?

L'évaluation d'implantation met en évidence que les moyens promus par AIDES qui ont été davantage implantés sont l'appropriation du cadre d'analyse, de l'utilisation du CABE et le soutien à la participation et au pouvoir d'agir des parents. Nous avons en effet constaté que 44 % des intervenants du groupe AIDES ont été suffisamment

[27] Notons que les enjeux de logements sont plus souvent considérés comme facteurs de risque que comme cible d'intervention.

exposés à l'approche prônée par l'équipe et ont complété le CABE de manière suffisante (le groupe AIDES+). La planification des interventions dans le contexte d'un PSI et sa révision en fonction du niveau d'atteinte des objectifs furent très peu actualisées. Ainsi, il n'a pas été possible d'implanter une approche écosystémique afin de mettre en place des réponses ayant l'intensité nécessaire pour modifier de manière significative les relations parent-enfant et le développement des enfants qui sont très vulnérables.

De bonnes nouvelles

Par ailleurs, les intervenants dédiés du groupe AIDES œuvrant en CSSS[28] semblent mieux connaître la situation personnelle et les conditions de vie des parents. En effet, au terme de l'implantation, les intervenants ont été invités à se prononcer sur la situation personnelle et économique des parents : un plus grand nombre d'intervenants du groupe témoin ont mentionné ne pas avoir l'information nécessaire pour se prononcer sur 7 des 10 dimensions[29] évaluées ($p< 0.05$) (tableau 4, annexe 7). Il est plausible de postuler que l'utilisation appropriée du CABE ait favorisé une meilleure communication et échange d'informations sur les besoins et difficultés du parent. Selon les intervenants rencontrés en entrevue, le CABE a agi comme intermédiaire, renforçant une communication plus transparente, sans jugement qui permet l'échange d'informations délicates[30]. Ainsi, il semble que la relation partenariale soit plus informelle et renforce la confiance, la négociation et le partage d'information; elle serait plus de type « kin relationship » par opposition au type plus formel et structuré « business agreement » généralement observée en contexte de protection (Goldberg et Comins, 2001). Ce contexte socioaffectif est particulièrement pertinent dans les situations de négligence où la relation est l'épicentre de l'intervention (Turney et Tanner, 2001). Ainsi, cet outil a la potentialité d'avoir accès à la subjectivité du parent en même temps que paradoxalement il favorise une certaine objectivation de leur réalité. Les intervenants AIDES ouverts à l'utilisation de cet outil ont mentionné qu'elle permettait une compréhension plus approfondie de la famille, reposant sur un mode plus factuel que perceptuel et plus concret pour le parent. Le CABE soutient aussi le développement du pouvoir d'agir en favorisant des prises de conscience et un meilleur équilibre du pouvoir.

Cependant, une utilisation maladroite ou techno-administrative de l'instrument peut altérer le jugement clinique et être perçue menaçant par le parent. Les recommandations de Munro (2011)[31] et des intervenants d'AIDES invitent à soutenir

[28] Malheureusement, il n'a pas été possible d'analyser les données des intervenants des CJ, car la méthode de collecte n'a pas permis de produire des données valides et de qualité

[29] Les dimensions évaluées sont : les problèmes de santé physique, la déficience intellectuelle, les difficultés conjugales, les problèmes de logement, d'emploi d'isolement et de revenu.

[30] Ces constats ont également été relevés dans les activités de codéveloppement mettant en lien les agentes de liaison et les intervenants.

[31] En juin 2010, le secrétaire d'État à l'Éducation en Angleterre confiait à Eileen Munro, suite à la mort du bébé Peter, le mandat suivant : « Comment s'assurer que les professionnels des services sociaux développent le meilleur jugement possible pour protéger les enfants vulnérables?

l'appropriation continue du cadre d'analyse qui ne doit pas être perçu comme une charge supplémentaire ; il est de plus nécessaire d'accorder un temps suffisant pour se familiariser avec les concepts et le contenu de même que pour compléter l'outil. C'est pourquoi la formation initiale et continue est une condition névralgique. Bien que nous ayons offert plusieurs occasions de soutien, force est de constater que tous les intervenants participant au projet n'ont pas bénéficié d'un tel encadrement. La motivation des intervenants de même que les conditions organisationnelles ont été des facteurs majeurs dans l'implantation des moyens promus par AIDES[32].

Les conditions de pratiques intra et inter-organisationnelles

L'appropriation de l'approche et des outils de même que le développement de plan d'action (PSI) plus intégré suppose des arrangements intra et inter-organisationnels qui étaient bien au-delà du contrôle des promoteurs[33]. D'abord, au niveau intra-organisationnel, deux événements méritent d'être mentionnés. En premier lieu, durant la période d'implantation les CSSS ont connu de profonds remaniements qui ont substantiellement perturbé les structures et la stabilité du personnel. De plus, un organisme de protection avait déjà investi beaucoup de ressources et d'énergie dans une approche d'évaluation centrée sur le risque et la surveillance des parents dont la finalité était d'évaluer les enjeux de permanence pour l'enfant; dès lors, AIDES apportait plus de confusion que de solutions pour l'organisation. Ces contextes ont été en partie des obstacles à l'implantation d'AIDES.

En second lieu, même si les valeurs reliées au partenariat sont présentes depuis la fin des années 1980, déjà perceptible le rapport de la Commission Rochon l'enjeu actuel est sa concrétisation. Or, plusieurs obstacles sont encore bien contemporains notamment, le parallélisme des mandats, les interventions en silo ou encore des cadres de référence, des formations et des outils propres à chaque organisation, secteur ou discipline professionnels. Deux facteurs peuvent notamment être invoqués pour comprendre le morcellement des actions au niveau local. Premièrement, nous n'avons pas de loi de l'Enfant comme en Angleterre; il y plutôt plusieurs lois qui affectent directement ou indirectement la vie des enfants : les lois de la protection des enfants, sur les services de santé et des services sociaux, sur l'instruction publique, etc. Deuxièmement, l'insertion des programmes pour jeunes en difficulté dans un ministère où la santé (et surtout son volet curatif) mobilise la plus grande quantité des ressources (ministère de la Santé et des Services sociaux) a deux impacts : moins d'attention et de ressources pour les volets psychosociaux; cloisonnement des programmes/ressources qui contrôlent des leviers stratégiques ayant un impact sur les milieux de vie des enfants dans d'autres ministères comme celui de la famille et des Aînés ou de l'Éducation, des Sports et des Loisirs. La Loi

[32] Ces mêmes facteurs sont également observés dans l'implantation de plusieurs programmes et innovations. Ils ont d'ailleurs été identifiés dans la méta-analyse de l'implantation de l'approche britannique dans différents pays (Léveillé et Chamberland, 2010).

[33] C'est pourquoi nous recommandons que les promoteurs soient les acteurs directement impliqués dans le soutien aux jeunes et à leur famille.

de l'Enfant révisée en 2004, de même que la création du Ministère de l'Enfant, de la Famille et de l'Éducation en Angleterre dans les années 2000 a permis de réunir les instances névralgiques au plus haut niveau pour mettre en place au niveau local les dispositifs nécessaires au soutien de partenariats qui pourraient faire une différence dans la vie des enfants. Ainsi, les conditions inter organisationnelles qui ont influencé la mise en œuvre d'AIDES ne sont pas sans rappeler certaines lacunes dans notre environnement macrosystémique.

7.3 Des analyses à venir

Afin d'approfondir notre compréhension des liens potentiels entre, d'une part, l'appropriation des moyens promus par AIDES (degré de conformité dans l'implantation) et la qualité des pratiques et de la relation entre le parent et l'intervenant (résultat proximal) et, d'autre part, les effets sur la trajectoire des enfants et des familles, nous avons procédé à l'analyse de deux cas contrastés. Nous avons sélectionné la situation de deux parents, très satisfait et très insatisfait de la collaboration avec l'intervenant dédié à partir du score du QPPSR administré 12 mois après la visite pré-test. Nous présentons en annexe 8 le résultat de cette analyse que nous avons diffusé lors du colloque québécois biennal sur la Maltraitance en octobre 2011. Cela a permis de retracer des liens entre certains processus positifs ou négatifs et l'évolution des familles. Nous escomptons sélectionner entre 15 et 20 cas additionnels dans le futur et si possible, dégager des principes d'intervention à recommander ou au contraire à éviter. Cette analyse secondaire des résultats aura non seulement le mérite de favoriser l'intégration de l'ensemble des informations colligées dans les évaluations d'implantation et d'effet, mais aussi sera utilisée dans les formations et guides de pratique que nous sommes en train de mettre au point.

7.4 Et l'avenir?

Nous annoncions, à la fin de la problématique de ce présent rapport, notre intention de contribuer à l'amélioration des pratiques auprès des enfants à risque et maltraités et leur famille; ce qui est proposé c'est en quelque sorte un changement de paradigme dans l'organisation des services. Nous croyons important d'installer les conditions qui vont favoriser des pratiques axées sur la réponse aux besoins des enfants ainsi qu'une offre de soutien plus intégrée, moins linéaire et hiérarchique, qui mobilisent les forces des familles, mais aussi de l'ensemble des réseaux d'aide disponibles. Les enjeux de sécurité et de développement des enfants doivent être réfléchis en conjonction avec ceux du soutien aux familles (Gilbert *et al.*, 2011)**.** Durant l'année en cours, nous travaillons à bonifier le CABE en nous appuyant sur l'expérience que nous avons collectivement acquise au cours des dernières années. De plus, la mobilisation et l'implication d'un plus vaste réseau d'acteurs (ex. le milieu scolaire, les services de garde; les tables de concertation locales jeunesse; villes et villages en santé, etc.) est une condition nécessaire pour faire en sorte qu'une vision commune et une réponse ajustée aux besoins singuliers des enfants et de leur famille s'actualisent. C'est pourquoi nous travaillons également à adapter d'autres outils développés par les Britanniques notamment le CAF (Common Assessment Framework) pouvant être utilisé

par les professionnels des secteurs de l'éducation, la santé, la justice, la police et les services sociaux afin de déterminer le niveau de besoins additionnels des enfants qui reçoivent des services universels[34]. Des guides de pratique et des formations sont en voie d'élaboration pour soutenir une utilisation optimale du cadre de référence et des outils. Ces produits nous permettront d'assurer une diffusion de l'approche prônée par AIDES à plus grande échelle. Toutefois, nous souhaitons poursuivre la démarche AIDES dans une seconde phase d'implantation; une attention plus grande sera portée sur les enjeux de conformité aux principes et moyens d'action prescrits dans l'approche proposée. Les sites avec lesquels nous avons implanté AIDES ont déjà été sollicités et ont manifesté un intérêt à poursuivre la démarche; d'autres milieux ont exprimé leur intérêt à participer à cette nouvelle étape. Clairement les milieux de pratique de même que le programme jeunes en difficulté du MSSS ont démontré un réel intérêt à être des partenaires engagés[35]. L'approfondissement de l'approche centrée sur les besoins, le partenariat et la collaboration inter-organisationnelle ainsi que la mise en œuvre de plan de soutien plus intégré sont quelques-uns des défis d'implantation de cette nouvelle étape. Les questions de recherche seront co-construites avec les partenaires du milieu. La prochaine partie présente quelques recommandations pour le futur qui s'adressent aux intervenants, gestionnaires, décideurs et chercheurs.

[34] Une subvention de l'organisme « Avenir d'enfants » finance ces travaux.

[35] Le MSSS a déjà réservé une enveloppe monétaire pour soutenir une partie des activités de recherche pour la seconde phase d'AIDES

8. Leçons et recommandations

L'accompagnement des intervenants et les résultats de l'évaluation d'implantation et des effets de cette innovation ont inspiré un certain nombre de recommandations pour une seconde phase de l'approche prônée par AIDES. Cette dernière partie énonce les leçons retenues suite à l'évaluation du projet AIDES et formule quelques recommandations qui s'adressent aux intervenants, gestionnaires, décideurs et chercheurs.

Aux intervenants et gestionnaires

1. ***L'initiative AIDES est pertinente, fait sens et est structurante, car elle constitue un levier concret et opérationnel pour répondre aux principaux enjeux que rencontrent actuellement les milieux qui interviennent auprès des enfants avec des besoins complexes et leurs familles. Par conséquent, cette démarche devrait être poursuivie dans une seconde phase pour consolider les acquis et élargir son champ d'action à l'intérieur des établissements de même que les partenaires à mobiliser.***

Les discours entourant l'amélioration des pratiques pour favoriser le développement optimal des enfants mettent en évidence un certain nombre de défis que ce soit 1) dans le cadre des activités régionales pour offrir une offre de service plus intégrée auprès des enfants en difficultés; 2) dans la mobilisation des territoires autour de thème tels que la maturité scolaire ou encore 3) dans les planifications stratégiques des différentes organisations :

- une vision commune des besoins des enfants;
- la participation et la mobilisation des parents de même que le partage des responsabilités face aux enfants entre les parents et les autres acteurs impliqués dans la promotion du bien-être de ces derniers;
- une approche centrée sur les forces et le pouvoir d'agir de la famille, du réseau informel et de la communauté;
- la pertinence des services préventifs en protection : intervenir sur plusieurs cibles;
- l'intégration des services et le partenariat inter-organisationnel/ intersectoriel pour offrir une action plus concertée et multidimensionnelle prenant différentes formes : les PSI, PSII ou des plans locaux d'actions sur la maturité scolaire;
- des modalités d'intervention et d'action variées.

Le déploiement dans le cadre d'une poursuite de l'implantation de l'initiative AIDES pourrait contribuer à améliorer le développement et le bien-être des enfants si des services, des programmes ou des ressources de qualité sont disponibles dans le milieu, afin de fournir une réponse adéquate en regard aux besoins singuliers d'un jeune et de sa famille. Des secteurs habituellement peu présents comme le logement, l'employabilité ou les loisirs devraient être sollicités. De plus, dans une seconde phase du projet AIDES, le partenariat devrait également mobiliser des collaborations au plus haut niveau entre les ministères suivants : Santé et services sociaux, Famille et Aînés, Éducation, Sport et Loisirs, Solidarité sociale, Justice et les différentes instances municipales pertinentes à la qualité de vie des enfants et de la famille.
Enfin, les principes énoncés dans AIDES s'inscrivent dans un courant écosystémique, en conformité avec les propositions récentes en matière d'intervention pour améliorer le bien-être des enfants (Child Welfare) (Wulczyn *et al.*, 2010).

2-*Le déploiement de l'initiative AIDES doit atteindre l'équilibre entre les adaptations locales, propres à chaque site, et une approche normative quant au respect des principes et modalités essentielles*.

La présente évaluation confirme que l'écart entre la proposition initiale et ce qui a été implanté a parfois compromis l'intégrité de l'initiative, par exemple l'introduction d'un agent facilitateur pour remplir les CABES dans un des milieux ou encore l'insuffisance de formation pour certains intervenants. Par ailleurs, une certaine flexibilité dans les modalités d'implantation est cruciale pour que des milieux acceptent de participer et s'approprient réellement l'initiative afin d'en assurer sa pérennité. Dans un tel contexte, il est primordial de mieux saisir quelles sont les adaptations qui doivent être tolérées et lesquelles doivent être découragées.

3-*Le déploiement futur d'une nouvelle phase de l'initiative AIDES et son évaluation devra prévoir que certaines conditions minimales de réussite soient rencontrées.*

À l'instar de Pauzé (2011, octobre) nous considérons que des critères comme de s'assurer que les intervenants retenus aient les compétences et les ressources nécessaires pour participer, que ce personnel soit stable et soutenu, qu'il soit prêt à revoir ses manières de faire habituelles, etc. sont incontournables dans un contexte de mise à l'essai d'innovations sociales. La présente évaluation souligne à quel point des obstacles périphériques à l'initiative en soi peuvent entraver sa mise en œuvre (voir section : conditions de pratique). C'est pourquoi une seconde phase de l'initiative AIDES doit être expérimentée avec des milieux qui auront pleinement adhéré aux principes et moyens offerts par le projet. Car il faut éviter que des changements sociaux prometteurs puissent être jugés irréalistes ou inappropriés en raison de motifs relevant davantage d'obstacles contextuels que de l'innovation en soi.

4- ***Les milieux de pratique devraient être les promoteurs et les responsables de l'implantation de l'initiative AIDES.***

Dans la présente évaluation, la même équipe de personnes a assumé la double fonction de promoteurs et d'évaluateurs. Cette posture était quasi inévitable dans un contexte d'innovation sociale, puisque cette équipe regroupait les personnes qui connaissaient le mieux le cadre d'analyse, les principes d'action et les outils prônés par AIDES. Dans cette première implantation, les promoteurs ont soumis l'initiative au test de la réalité et ils ont posé un regard critique sur cette expérience. Agir comme promoteurs-évaluateurs présente des avantages comme une connaissance intime de l'initiative évaluée et de sa logique, ainsi qu'un accès à de l'information privilégiée du fait d'une présence active et continue dans les milieux où s'implante le projet. Par contre, cette posture peut être perçue comme manquant d'objectivité (être perçu à la fois comme juge et partie) et elle alimente la confusion quant aux rôles de chacun. Afin d'encourager la pérennité d'AIDES et son appropriation par les milieux de pratique, la poursuite de cette démarche devrait favoriser une division plus claire entre les fonctions de promoteurs et d'évaluateurs. Les milieux de pratique devraient être les promoteurs et les premiers responsables de l'implantation de l'initiative, les chercheurs soutenant son appropriation et agissant à titre d'évaluateurs.

Aux décideurs

5- ***Adopter de grands objectifs sociaux concernant le bien-être de tous les enfants au Québec, transversaux aux mandats institutionnels, puis développer des indicateurs sociaux qui structureront l'ensemble des politiques et programmes destinés aux enfants et leurs familles.***

La prise en compte des besoins de l'enfant dans les processus d'intervention en services sociaux, en santé, en éducation et en services de garde n'est pas une idée nouvelle. Par contre, les politiques sociales et les programmes que les établissements publics mettent en œuvre reposent sur une conception des besoins centrée sur la présence de manques et de problèmes dans la vie de l'enfant. De plus, la réponse à ces besoins est souvent formulée de manière restrictive afin d'être compatible avec le mandat de l'établissement desservant cet enfant et sa famille. Tout besoin dépassant le mandat ou concernant un autre membre de la famille que le client désigné reste souvent non répondu, avec le risque que le besoin s'amplifie ou que des séquelles apparaissent. Bref, la conception des besoins des enfants et la manière d'y répondre dans les services actuels se réduisent souvent à des catégories restreintes et fragmentées.

Malheureusement, la réponse aux besoins des enfants n'est pas souvent considérée sous l'angle de l'organisation sociale qu'elle implique, c'est-à-dire le fait que le bien-être d'un enfant résulte d'une coordination d'actions de la part d'une diversité de personnes dans l'entourage de l'enfant (sa mère, son père, d'autres membres de la famille, des professionnels de divers secteurs de services) plutôt que de mesures isolées les unes

des autres. Par conséquent, l'implantation d'une initiative visant à concrétiser cette conception large et à faciliter son application dans la situation particulière d'un enfant, de sa famille et du réseau des services concernés rencontre des obstacles qui dépassent le contexte immédiat de sa mise en œuvre. Des orientations sociétales doivent appuyer clairement ce type d'initiative, notamment en établissant de grands objectifs sociaux concernant le bien-être de tous les enfants au Québec, en favorisant la collaboration entre partenaires professionnels et en interpellant l'ensemble des acteurs de la société québécoise. Les modèles développés dans d'autres pays (par exemple, l'Angleterre et l'Écosse[36]) pourraient inspirer une telle démarche.

Aux chercheurs

6-*L'évaluation des effets d'une innovation sociale comme AIDES ne doit être réalisée qu'une fois son implantation bien établie, stable et conforme à ce qui était prévu*.

Les écrits scientifiques le confirment, les questions évaluatives doivent s'ajuster au stade de développement du programme évalué (Patton, 1990; Rossi, Freeman et Lipsey, 1999). À l'occasion, de nouveaux programmes aspirent à évaluer les effets produits ou l'efficience. Leur nature instable au cours des premières années fait en sorte que ces enjeux sont en quelque sorte prématurés. Dans le cas d'un programme nouvellement établi, il est donc illusoire d'escompter des effets sur les conditions sociales visées par ce dernier. (Rossi *et al.*, 1999, p. 45). Ces arguments sont d'autant plus pertinents dans le cas de l'initiative AIDES puisqu'elle est complexe, tant dans les moyens proposés que dans les conditions organisationnelles nécessaires à sa mise en place. Comme le montre clairement la présente recherche, une évaluation des effets dès la première implantation s'est avérée prématurée. Une fois l'initiative mature et sa mise en œuvre fidèle au protocole prévu, il sera possible de réaliser une évaluation des effets qui permette réellement de mesurer les changements qui lui sont attribuables.

7-Les évaluations d'innovations sociales doivent porter à la fois sur leur implantation et leurs effets; elles bénéficient en outre de devis évaluatifs mixtes, qui combinent les approches qualitative et quantitative.

Une évaluation d'effets sans évaluation d'implantation ne permet pas de comprendre à quoi attribuer ces derniers ou leur absence de même que la présence d'effets indésirables (Rossi *et al.*, 1999). La méthode qualitative est particulièrement appropriée pour les évaluations d'implantation et de processus, soit un accent sur le processus ou sur la manière dont les choses se produisent plutôt que sur les résultats obtenus. (Patton, 1990, p. 94). Dans la présente évaluation, le volet d'évaluation qualitative d'implantation a permis d'identifier les aspects de AIDES qui ont été implantés, certains changements de pratique et de processus gagnants de même que les nombreux défis et

[36] Every Child Matters et Getting it Right for Every Child.

difficultés rencontrées. Cela a permis de conclure que cette initiative n'a pas été implantée dans toutes les composantes prescrites pour un nombre suffisamment grand de cas permettant un traitement statistique ayant une puissance adéquate. En réalité, dans l'état actuel de la situation, les effets quantitatifs de AIDES peuvent difficilement être évalués. Il faudra donc résoudre un certain nombre de défis organisationnels et opérationnels avant que l'initiative soit assez mature pour être soumise à ce type d'évaluation. En somme, les devis mixtes présentent des avantages de plus en plus reconnus en évaluation de programmes (Creswell et Plano Clark, 2007; Tashakkori et Teddlie, 2003) et doivent être favorisés.

9. Exposé sommaire des faits

Au Québec, il y a une volonté accrue de se centrer sur le bien-être des enfants, la mobilisation des parents et la concertation avec les partenaires institutionnels, intersectoriels et communautaires afin d'offrir des services et du soutien plus diversifiés. C'est dans ce contexte que l'initiative AIDES a été implantée et évaluée entre le 1 août 2007 et le 30 juin 2011.

AIDES est une innovation sociale qui a pour mission de favoriser et de soutenir les démarches de collaboration entre les parents, les intervenants impliqués auprès de l'enfant et sa famille et l'ensemble des réseaux (ex. services de protection, services de santé et sociaux, services spécialisés, écoles, centres de la petite enfance (CPE), sécurité publique, organismes communautaires) qui œuvrent auprès d'enfants âgés de 9 ans et moins exposés à de multiples facteurs de risque qu'ils soient signalés ou non à la Direction de la protection de la Jeunesse. AIDES propose des moyens concrets, durable et complémentaire aux pratiques en cours dans les centres de la santé et des services sociaux (CSSS) et les centres jeunesse (CJ) à l'endroit des enfants et ce, afin d'améliorer le développement des enfants et leur sécurité.

Concrètement, les processus qu'AIDES cherche à mettre en œuvre sont les suivants :

- L'intervenant réalise avec le parent et les partenaires une analyse centrée sur l'ensemble des besoins de développement des enfants à l'aide du cadre d'analyse écosystémique préconisé (voir la figure à la page suivante) ;
- L'intervenant et le parent complètent un CABE (Cahier d'analyse des besoins de l'enfant) en fonction de l'âge de l'enfant;
- L'intervenant utilise une approche participative avec le parent à toutes les étapes de l'intervention;
- L'intervenant implique les partenaires dans le dossier de l'enfant et met en place un plan d'action (PI, PSI etc) pour l'enfant et sa famille pour la famille;

En concertation avec les milieux de la pratique impliqués dans le projet AIDES, des rencontres d'intéressement, des formations, des rencontres de co-développement et des rencontres individuelles se sont déroulés tout au long du déroulement du projet.

Ces activités ont favorisé une intégration homogène des moyens promus auprès des intervenants mais aussi auprès des gestionnaires et du personnel au soutien clinique. L'implantation de l'initiative AIDES a rejoint 99 enfants et ses figures parentales et 55 intervenants sur 4 territoires de centres de la santé et des services sociaux (CSSS) dans la région de Montréal et de la Mauricie et du Centre du Québec.

Recherche évaluative de l'initiative AIDES

Le projet de recherche a poursuivi deux objectifs: 1) évaluer l'implantation de l'initiative AIDES et 2) évaluer ses effets sur les enfants et leurs figures parentales. Un échantillon de 184 enfants comprenant le groupe expérimental (n=99) et un groupe témoin (n=85) est constitué. Le recrutement des participants s'est effectué dans huit territoires de CSSS et 2 CJ[37] de la région de Montréal et de la Mauricie et du Centre du Québec.

Le *volet évaluation d'implantation* s'effectue à l'aide d'une approche inductive et d'un devis qualitatif. Il s'intéresse à la conformité entre l'implantation prévue et réalisée et son appréciation par les intervenants et les autres acteurs impliqués (perceptions des participants des moyens promus par AIDES, conditions de pratique,). Le *volet évaluation d'effet* procède par une approche hypothético-déductive et un devis quantitatif de type quasi-expérimental. Les hypothèses réfèrent aux : *effets différentiels proximaux* (amélioration de la qualité de la collaboration, des pratiques d'aide et du contrôle des parents sur les décisions) ; *effets intermédiaires* (amélioration de l'adaptation et de l'exercice du rôle parental ainsi que de l'environnement familial) ; *effets ultimes* (développement émotionnel et comportemental, cognitif et langagier, victimisation). Pour les besoins de l'analyse des effets de l'initiative, nous avons créé un sous-groupe AIDES + qui a été soumis à ce qui se rapproche le plus de ce qui était prévu au départ. Au terme de cette sélection, 44 dossiers d'enfants ont été retenus.

Principaux résultats

En premier lieu, soulignons que nous avons rejoint la population de familles que nous visions. Le portrait qui se dégage des deux groupes lors du pré-test met en évidence la complexité des besoins des familles qui ont participé à notre étude.

Évaluation de l'implantation

Le point de vue des parents sur les pratiques professionnelles

L'examen des pratiques professionnelles favorables expérimentées dans les deux groupes, permet de constater que plusieurs sont cohérentes avec certains principes d'action propres à une approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir des parents. Bien que les pratiques professionnelles soient comparables chez les deux groupes, les processus implantés par AIDES renforcent certaines pratiques professionnelles, particulièrement favorables au développement du pouvoir d'agir des parents. Premièrement, le recours à l'outil favorise l'adoption d'une vision positive du parent par l'intervenant et d'une posture de non-expert du fait que celui-ci : 1) permet de se centrer sur les forces, 2) crée une opportunité de mobilisation, de dialogue et d'écoute, 3) offre l'occasion d'apprendre ensemble. Deuxièmement, recourir à un « intermédiaire » entre le parent et l'intervenant: 1) procure des informations

[37] Centre jeunesse

objectives et dépersonnalisées, 2) diminue le rapport asymétrique et la confrontation, 3) a des effets conscientisant. En retour, la prise de conscience autonome favorise chez les parents un mouvement de remise en question qui soutient leur volonté d'agir en vue du changement.

Le point de vue des intervenants et des gestionnaires sur les conditions de pratiques

Le point de vue d'intervenants et de gestionnaires sur les conditions de pratique ayant facilité ou entravé l'implantation de l'initiative AIDES et se déclinent selon les trois catégories.

1- Soutien à l'implantation : Qualité des activités de formation et de codéveloppement offertes aux intervenants (intensité, durée, homogénéité des participants, etc.) et participation des intervenants; Pertinence des documents de soutien à la pratique produits et leur utilisation par les intervenants; Qualité du lien entre promoteurs et milieux (partage des buts, intensité, etc.)

2- Caractéristiques organisationnelles : Cohérence des processus AIDES avec les orientations ministérielles ; Qualité de la collaboration interétablissement ; Réceptivité à la recherche et à l'innovation touchant les pratiques dans les milieux ; Appropriation du cadre de référence par la hiérarchie organisationnelle ; Qualité du soutien interne.

3- Caractéristiques personnelles ou professionnelles : l'intérêt personnel pour AIDES, la compatibilité avec la philosophie d'intervention antérieure, un effet boule de neige.

<u>Évaluation des effets</u>

Les résultats que nous présentons se centrent essentiellement sur la différence pré/post-tests entre les groupes AIDES+ (n= 44) et témoin (n=).

Les effets proximaux : Les résultats montrent que les différences de moyennes entre AIDES + et le groupe témoin ne sont pas significatives pour les trois questionnaires qui évaluent la perception des parents à propos des pratiques professionnelles.

Les effets intermédiaires : Les résultats montrent que les différences de moyennes entre AIDES + et le groupe témoin sont significatives au seuil de $p \leq 0.10$ pour la mesure soutien familial informel (ISF) et de l'environnement familial (HOME).

Les effets ultimes : Au pré-test, les enfants et leurs figures parentales du groupe AIDES+ présentaient un profil de risque plus élevé. Cependant au terme de l'implantation, les résultats n'indiquent aucune différence entre les 2 groupes. Cela peut indiquer une tendance à une amélioration plus grande de leur situation du groupe AIDES+ comparativement au groupe Témoin.

Conclusion

L'évaluation de différents programmes de même que les méta-analyses les plus récentes constatent le faible taux de réussite des programmes auprès des familles à risque ou maltraitantes. Même si les programmes les plus prometteurs sont ceux qui possèdent les mêmes principes d'action promus par AIDES, les défis d'implantation sont grands lorsque l'on souhaite mettre en œuvre une approche écosystémique centrée sur 1) une vision commune des besoins; 2) la participation des jeunes et de leur famille 3) la mobilisation de partenaires pour offrir des services et du soutien multidimensionnels et multi stratégiques. Nous pouvons cependant conclure que dans le cadre de l'implantation de AIDES un virage a été amorcé, des apprentissages réalisés et des acquis solides pour poursuivre les changements de pratiques souhaités.

Nous croyons important d'installer les conditions qui vont favoriser des pratiques axées sur la réponse aux besoins des enfants ainsi qu'une offre de soutien plus intégrée, moins linéaire et hiérarchique, qui mobilisent les forces des familles, mais aussi de l'ensemble des réseaux d'aide disponibles.

Leçons apprises et recommandations

Les résultats de l'évaluation d'implantation et des effets de cette innovation ont inspiré un certain nombre de recommandations pour une seconde phase de AIDES.

Aux intervenants et gestionnaires

- Initiative AIDES est pertinente, fait sens et est structurante;
- Déploiement de l'initiative AIDES doit atteindre l'équilibre entre les adaptations locales, propres à chaque site, et une approche prescriptive;
- Nouvelle phase de l'initiative AIDES et son évaluation devra prévoir que certaines conditions de réussite soient implantées;
- Milieux de pratique devraient être les promoteurs et les responsables de l'implantation de l'initiative AIDES.

Aux décideurs

- Adopter de grands objectifs sociaux, transversaux aux mandats institutionnels;
- Développer des indicateurs sociaux qui structureront l'ensemble des politiques et programmes destinés aux enfants et leurs familles.

Aux chercheurs

- L'évaluation des effets d'une innovation sociale comme AIDES ne doit être réalisée qu'une fois son implantation bien établie, stable et conforme à ce qui était prévu;
- Les évaluations d'innovations sociales doivent porter à la fois sur leur implantation et leurs effets; elles bénéficient en outre de devis évaluatifs mixtes, qui combinent les approches qualitative et quantitative.

10. Estimation du coût d'une intervention réalisée auprès d'une famille

Au Royaume-Uni, Ward et Holmes (2008) ont développé une méthodologie sophistiquée permettant de mettre en relation le coût des interventions réalisées par les praticiens et le coût associé à des données reliées aux besoins des enfants comme par exemple la durée et le type de placements.

Au Québec, l'analyse des coûts des interventions dans le domaine de la protection des enfants est peu pratiquée. Les projets en évaluation d'implantation inscrivent peu ou pas ce type d'évaluation dans leur protocole de recherche. L'exemple du projet SOCEN en témoigne (Poirier, Noël et Boislard, 2009). C'est aussi le cas de la recherche évaluative du l'initiative AIDES où il n'était pas prévu de procéder à une analyse de coût. La demande d'estimer un coût au projet a été formulée par l'organisme subventionnaire après que le projet ait démarré. L'équipe de recherche a réfléchi à la manière de répondre à cette demande et a formulé la question suivante : à combien peut-on estimer le coût moyen d'une intervention réalisée auprès d'un enfant et sa famille à l'aide des moyens promus par l'initiative AIDES?

L'objectif est de fournir une indication sur le coût supplémentaire d'une intervention avec les moyens promus par l'initiative AIDES afin qu'un milieu de pratique intéressé à son implantation ait quelques repères concrets concernant les implications financières d'un tel projet. Pour réaliser cette estimation, trois sources d'information ont été considérées. La première provient de la compilation des activités de formation et de soutien offertes aux milieux de pratique par l'équipe du projet. La seconde découle du suivi en temps d'une intervention avec les moyens promus par AIDES réalisé par les intervenants dédiés des familles référées au projet. La troisième source est l'inventaire du matériel nécessaire pour l'intervention dans le cadre du projet.

Il est important de formuler des mises en garde en ce qui concerne l'interprétation des résultats obtenus. D'abord, l'équipe de recherche soutient que des connaissances et des compétences sont nécessaires dans ce domaine précis et spécialisé de l'analyse du coût d'une intervention dans le champ du social. Ainsi la méthode développée pour collecter l'information nécessaire à cette analyse ne rencontre probablement pas toute la rigueur nécessaire pour une estimation réelle du coût d'une telle intervention. L'équipe de recherche considère donc ne pas avoir l'expertise nécessaire pour fournir des résultats valides. De plus, l'introduction d'une collecte supplémentaire d'information auprès des intervenants n'a pas été facile considérant le nombre d'activités qui leur était demandé de réaliser. C'est pourquoi, plusieurs intervenants n'ont pas fourni des informations complètes sur le suivi de leur intervention réduisant de ce fait la quantité d'informations disponibles. Finalement, seul le soutien offert par l'équipe de recherche aux intervenants a été comptabilisé dans l'estimation du coût. Celui offert par les gestionnaires, chefs de service, coordonnateurs cliniques ou autres spécifiquement dans le cadre de l'implantation n'a pas été pris en considération en raison de la complexité

(technique de collecte utilisée, temps de monitoring demandé à des personnes déjà très occupées et à qui on a demandé de participer à des entrevues téléphoniques) de la collecte d'information auprès de ce personnel. Ce qui ne nous permet pas une estimation réelle de l'implantation.

10.1 Méthode de collecte de l'information

Cette partie présente la méthode de collecte des trois sources d'information. Elles représentent les ressources en temps d'intervenants et en ressource matériel.

Ressources en temps d'intervenant

Les ressources nécessaires pour utiliser les moyens promus par AIDES sont regroupées en trois catégories: *reliées à la famille; indirectes et reliées à la famille;* et *indirectes, non reliées à la famille*. Elles sont reliées à du temps de personnel.

Les ressources reliées à la famille sont celles où l'enfant et sa famille ont directement impliqués. Cette catégorie inclut les rencontres avec l'intervenant dédié, les rencontres pour compléter le CABE, les rencontres PSI et les contacts téléphoniques possibles. Il est cependant à noter que les rencontres PSI et les contacts avec les partenaires n'ont pu être pris en considération dans le calcul en raison de leur trop faible nombre.

Les ressources indirectes et reliées à la famille comprennent les activités concernant la famille mais où celle-ci n'y participe pas: la planification des rencontres de complétion du CABE, l'analyse des informations collectées à l'aide du CABE, les rencontres individuelles entre l'intervenant dédié et un partenaire, les rencontres PSI impliquant plusieurs professionnels et les contacts téléphoniques possibles avec les partenaires. Il est à noter que les rencontres PSI et les contacts avec les partenaires n'ont pu être pris en considération dans le calcul en raison de leur trop faible nombre.

Une grille de suivi simple à compléter est développée par l'équipe de recherche pour colliger les ressources reliées à la famille et celles indirectes et reliées à la famille (voir l'annexe 9). Chaque intervenant dédié compile à chaque semaine la fréquence et l'intensité de l'utilisation des ressources mentionnées précédemment auprès d'une famille.

Les ressources indirectes non reliées à la famille représentent les divers moyens mis en place pour s'approprier les moyens proposés par AIDES et s'assurer de la qualité de ceux-ci. Ces ressources ne sont pas reliées aux services offerts à une famille en particulier. Elles comprennent la formation de base de trois jours, les rencontres de co-développement et les rencontres individuelles (en face à face ou au téléphone), l'appropriation du matériel (CABE et lectures reliées à AIDES).

Pour les ressources dites indirectes non reliées à la famille, la compilation est effectuée par les deux agentes de liaison du projet à l'aide des synthèses effectuées après chaque activité.

L'ensemble des informations recueillies est ensuite comptabilisé dans un tableau excel. Puis les ressources consommées en temps sont transformées en valeur monétaire à l'aide du salaire horaire moyen (voir le tableau 26) des professions occupées par les intervenants participant au projet.

Tableau 26 : Salaire moyen des professions dans le domaine de la santé et des services sociaux au Québec, 2011

Profession	Taux horaire moyen (01-04-2010 au 31-03-2011)
Travailleuse sociale (p.II.12)	29.87 $ (p.III.41)
ARH (p.II.14)	29.87 $ (p.III.41)
Infirmière clinicienne (p.II.12)	29.87 $ (p.III.15)
Psychoéducatrice (p.II.17)	29.87 $ (p.III.40)

(Ministere de la santé et des services sociaux, 2011)

Matériel

Le coût en matériel comprend uniquement les frais de photocopies pour la formation, le matériel soit le napperon plastifié et le cahier d'analyse des besoins de l'enfant (CABE) développé par les promoteurs du projet. Seules ressources supplémentaires occasionnées par le projet ont été considérées. Ainsi, certaines ressources n'ont pas été prises en compte, comme les espaces de bureau utilisés par les intervenants, les frais de déplacements, de télécommunication etc.. Ces ressources sont disponibles peu importe que la famille reçoive une intervention dans le cadre régulier des services offert par le milieu ou dans le cadre du projet AIDES.

10.2 Résultat

L'estimation du coût total (temps d'intervenant et matériel) d'une intervention réalisée avec les moyens promus par l'initiative AIDES s'élèvent à environ 1 400,00$ (1392,72).

Ressources en temps d'intervenant

Environ 46 heures ont été consacrées par un intervenant ce qui porte l'estimation du coût en temps que qu'il doit consacrer à 1374,02$ plus les avantages sociaux du milieu de pratique. Le tableau qui suit détaille le coût selon la catégorie de ressources.

Tableau 27 : Temps d'intervenant selon les catégories de ressources

Catégorie de ressources	Temps en moyenne	Estimation de coûts (basée sur un taux horaire de 29.87 $)*
Reliées à la famille Complétion du CABE (4 rencontres d'une heure – 4 heures)	4	119,48$
Indirectes et reliées à la famille Planification des rencontres avec le CABE (1 heure par rencontre x par 4 rencontres) Analyse et résumé des informations collectées à l'aide du CABE (2 heures) Transfert à la famille (1 heure)	4 2 1	209,09$
Indirectes non reliées à la famille Formation – 18 heures Rencontres de co-développement – 12 heures Soutien individuel – 1 heure Appropriation individuelle des moyens promus - 4 heures	35	1045,45$
Total	**46**	**1374,02$**

* Ce montant ne tient pas compte des avantages sociaux.

Matériel

Le coût du matériel est estimé à 15,00$. Il s'agit principalement de frais de photocopies pour reproduire le matériel déjà développé. Les coûts les plus importants sont ceux reliés à la formation. Il est à noter que le coût du matériel pour l'intervention auprès d'une famille s'élève à environ 6,00$ (+ taxe). Le tableau 28 montre les coûts estimés du matériel selon les catégories de ressources.

Tableau 28: Matériel selon les catégories de ressources

Catégories	Description du matériel	Estimation de coûts
Reliées à la famille	Napperon plastifié en couleur (1, 50$) CABE (4,00$) Dépliant en noir et blanc/recto-verso (,20$)	5,70$
Indirectes et reliées à la famille	Matériel de la pratique courante	0$
Indirectes non reliées à la famille	Pour la formation : photocopies et un napperon plastifié pour l'usage de participant à la formation Matériel de co-développement	10,00$
Total		**15,70$ + taxe**

Il est à noter que le montant de 10,00$ attribué aux ressources indirectes non reliées à la famille ne doit pas être comptabilisé pour chaque famille puisqu'il s'agit de matériel de formation et de soutien.

10.3 Conclusion

Il faut mentionner que ce coût par famille représente le coût à l'étape de l'implantation du projet. Un budget à moindre coût est envisagé lorsque le projet sera institutionnalisé et l'approche intégrée dans la pratique par les intervenants et leur milieu. Bien que les coûts reliés à la formation et au soutien pour s'approprier les outils proposés seront à soustraire lorsque l'appropriation sera réalisée, un coût relié à des activités souhaitables et occasionnelles d'approfondissement et de consolidation des acquis sont prévoir. Un mouvement dans le personnel amènera aussi de nouveaux coûts de formation et de soutien

Pour terminer, il est important d'indiquer que le coût d'une intervention ne peut pas être mis en lien avec les mesures d'effets sur les enfants.

Références

Abidin, R. R. (1983). *Parenting stress index*. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.

Achenbach, T. M., et Rescorla, L. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Achenbach, T. M., et Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Acoca, L., et Dedel, K. (1998). *No place to hide : understanding and meeting the needs of girls in the California juvenile justice system*. San Francisco, CA: National Council on Crime and Delinquency.

Affleck, G., Tennen, H., et Rowe, J. C. (1991). *Infants in crisis : how parents cope with newborn intensive care and its aftermath*. New York, NY: Springer-Verlag.

Agathonos-Georgopoulou, H. (2004). Child abuse and neglect and juvenile delinquency : communicating chambers ? *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society, 11*(2), 141-161.

Aldgate, J., et Statham, J. (2001). The children act now : messages from research. Repéré à http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006258

Armstrong, H. (1997). *Refocusing children's services conference: Department of Health, Association of Directors of Social Services : 26 September 1996*. London: Great Britain: Department of Health. Repéré à www.scie-socialcareonline.org.uk/profile.asp?guid=929e332e-058c-4331-9088-74b27a80cfc3

Association des Centres Jeunesse du Québec. (2011). La violence change l'enfance. Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse / directeurs provinciaux 2011. Repéré à http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/pdf/dpj/bilan_dpj_2011.pdf

Association des centres jeunesse du Québec. (n.d.). Les centres jeunesse : leurs services. Repéré le 21 décembre 2011à http://www.acjq.qc.ca/?06B18B93-94DB-4585-AE00-3DD40BBB633C

Bae, H. O., Solomon, P. L., et Gelles, R. J. (2009). Multiple child maltreatment recurrence relative to single recurrence and no recurrence. *Children and Youth Services Review, 31*(6), 617-624. doi: 10.1016/j.childyouth.2008.11.005

Bareil, C. (2004). La résistance au changement : synthèse et critique des écrits Repéré à http://web.hec.ca/sites/ceto/fichiers/04_10.pdf

Barlow, J., et Stewart-Brown, S. (2005). Child abuse and neglect. *Lancet, 365*(9473), 1750-1752. doi: 10.1016/s0140-6736(05)66389-1

Baron, R. M., et Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research. Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1173-1182. doi: 10.1037/0022-3514.51.6.1173

Belsky, J. (1985). Exploring individual differences in marital change across the transition to parenthood : the role of violated expectations. *Journal of Marriage and Family, 47*(4), 1037-1044.

Berger, L. M., Bruch, S. K., Johnson, E. I., James, S., et Rubin, D. (2009). Estimating the "impact" of out-of-home placement on child well-being : approaching the problem of selection bias. *Child Development, 80*(6), 1856-1876. doi: 10.1111/j.1467-8624.2009.01372.x

Bickman, L., Heflinger, C. A., Northrup, D., Sonnichsen, S., et Schilling, S. (1998). Long term outcomes to family caregiver empowerment. *Journal of Child and Family Studies, 7*(3), 269-282.

Bigras, M., Lafreniere, P. J., et Abidin, R. R. (1996). *Indice de stress parental : manuel francophone en complément à l'édition américaine*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.

Bowlby, J. (1984). Violence in the family as a disorder of the attachment and caregiving systems. *American Journal of Psychoanalysis, 44*(1), 9-27.

Bronfenbrenner, U. (1996). Le modèle "processus- personne- contexte- temps" dans la recherche en psychologie du développement : principes, applications et implications. Dans R. Tessier et G. M. Tarabulsy (dir.), *Le modèle écologique dans l'étude du développement de l'enfant* (p. 9-59). Sainte-Foy, QC: Presses de l'Université du Québec.

Bronfenbrenner, U., et Ceci, S. J. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective : a bioecological model. *Psychological Review, 101*(4), 568-586.

Bugental, D. B., et Happaney, K. (2000). Parent-child interaction as a power contest. *Journal of Applied Developmental Psychology, 21*(3), 267-282.

Bugental, D. B., et Lewis, J. C. (1998). Interpersonal power repair in response to threats to control from dependent others. Dans M. Kofta, G. Weary et G. Sedek (dir.), *Personal control in action : cognitive and motivational mechanism* (p. 341-362). New York, NY: Plenum Press.

Bugental, D. B., et Lewis, J. C. (1999). The paradoxical misuse of power by those who see themselves as powerless : how does it happen ? *Journal of Social Issues, 55*(1), 51-64.

Bywater, T., Hutchings, J., Daley, D., Whitaker, C., Yeo, S. T., Jones, K., . . . Edwards, R. T. (2009). Long-term effectiveness of a parenting intervention for children at risk of developing conduct disorder. *British Journal of Psychiatry, 195*(4), 318-324. doi: 10.1192/bjp.bp.108.056531

Caldwell, B. M., et Bradley, R. H. (2003). *HOME observation for measurement of the environment : administration manual*. Little Rock, AR: University of Arkansas.

Callon, M., et Latour, B. (1986). Les paradoxes de la modernité. Comment concevoir les innovations ? *Perspective et santé, 36*, 13-25.

Cameron, G. (2004). Analyse de cas en protection de la jeunesse; une comparaison internationale: Demande de subvention au CRSH.

Cameron, G., et Birnie-Lefcovitch, S. (2000). Parent mutual aid organizations in child welfare demonstration project : a report of outcomes. *Children and Youth Services Review, 22*(6), 421-440.

Casanueva, C. E., Cross, T. P., et Ringeisen, H. (2008). Developmental needs and individualized family service plans among infants and toddlers in the child welfare system. *Child Maltreatment, 13*(3), 245-258. doi: 10.1177/1077559508318397

Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. (2011). Programme-cadre montréalais en négligence. Modèles, applications, programmes en négligence. Repéré à http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/infolettre/decembre2011/Negligencepartie2_13dec2011_min.pdf

Chamberland, C. (2003). *Violence parentale et violence conjugale des réalités plurielles, multidimensionnelles et interreliées*. Sainte-Foy, 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.

Chapple, C. L., Tyler, K. A., et Bersani, B. E. (2005). Child neglect and adolescent violence : examining the effects of self-control and peer rejection. *Violence and Victims, 20*(1), 39-53. doi: 10.1891/vivi.2005.20.1.39

Cleaver, H., et Walker, S. (2003). *Assessing children's needs and circumstances : the impact of the assessment framework*. London, OH: Jessica Kingsley.

Cleaver, H., Walker, S., Scott, J., Cleaver, D., Rose, W., Ward, H., et Pithouse, A. (2008). *Integrated children's system enhancing social work recording and inter-agency practice*. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley.

Clément, M.-È., Chamberland, C., et Trocmé, N. (2009). Épidémiologie de la maltraitance et de la violence envers les enfants au Québec. *Santé, société et solidarité, 1*, 27-38.

Clément, M. E., 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. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.04.005

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Connolly, M. (2005). Differential responses in child care and protection : innovative approaches in family-centered practice. *Protecting Children, 20*(2-3), 8-20.

Connolly, M., et Smith, R. (2010). Reforming child welfare : an integrated approach. *Child Welfare, 89*(3), 9-31.

Creswell, J. W., et Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Currie, J., et Widom, C. S. (2010). Long-term consequences of child abuse and neglect on adult economic well-being. *Child Maltreatment, 15*(2), 111-120. doi: 10.1177/1077559509355316

Dagenais, C., Bastien, M. F., Begin, J., Tourigny, M., Bouchard, C., et Fortin, D. (2003). Evaluation de l'implantation et des effets d'un programme de soutien intensif offert a des familles afin d'eviter un placement en milieu substitut. *Canadian Journal of Program Evaluation, 18*, 47-70.

Dagenais, C., Nault-Brière, F., Dupont, D., et Dutil, J. (2008). Implementation and effects of a service coordination program for youths and their families in complex situations : a mixed evaluation design. *Children and Youth Services Review, 30*(8), 903-913. doi: 10.1016/j.childyouth.2007.11.014

Dakil, S. R., Sakai, C., Lin, H., et Flores, G. (2011). Recidivism in the child protection system : identifying children at greatest risk of reabuse among those remaining in the home. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 165*(11), 1006-1012. doi: 10.1001/archpediatrics.2011.129

Davies, D. (2004). *Child development : a practitioner's guide*. New York, NY: Guilford Press.

Day, C., Hibbert, P., et Cadman, S. (2008). A literature review into children abused and/or neglected prior custody. Repéré à http://www.yjb.gov.uk/publications/Resources/Downloads/Abused%20prior%20to%20custody.pdf

DeGue, S., et Widom, C. S. (2009). Does out-of-home placement mediate the relationship between child maltreatment and adult criminality ? *Child Maltreatment, 14*(4), 344-355. doi: 10.1177/1077559509332264

Department for Education and Skills. (2004a). Every child matters : change for children Repéré à https://www.education.gov.uk/publications/standard/publicationdetail/page1/DfES/1081/2004

Department for Education and Skills. (2004b). Every child matters: the next steps. Repéré à https://www.education.gov.uk/publications/standard/publicationDetail/Page1/DfES%200240%202004

Department for Education and Skills (2006). *The Common Assessment Framework fo children & youth people: Supporting tools.* Repéré à https://www.education.gov.uk/publications/standard/publicationDetail/Page1/CAF-SUPPORT-TOOLS

Department of Health. (1989). Children Act 1989. Repéré à http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1989/41/contents

Department of Health (1995). *Child protection : messages from research*. London, R.-U.: HMSO.

Department of Health. (1997). Responding to families in need: Inspection of assessment, planning and decision-making in family support services. Repéré à http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4005988

Department of Health. (1999). Convention on the rights of the child : second report to the UN committee on the rights of the child by the United Kingdom. Repéré à http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4008238

Department of Health. (2000). Framework for the assessment of children in need and their Families. Repéré à http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4003256

Department of Health. (2004). Children Act 2004. Repéré à http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2004/31/contents

Department of Health, et Social Services Inspectorate (1998). *Social services facing the future: The seventh annual report of the Chief Inspector, Social Services Inspectorate, 1997/98*. London, R.-U.: Department of Health.

Descutner, C. J., et Thelen, M. H. (1991). Development and validation of a fear-of-intimacy scale. *Psychological Assessment, 3*(2), 218-225.

Drake, B., Jonson-Reid, M., Way, I., et Chung, S. (2003). Substantiation and recidivism. *Child Maltreatment, 8*(4), 248-260. doi: 10.1177/1077559503258930

Dufour, S., et Chamberland, C. (2004). The effectiveness of selected interventions for previous maltreatment : enhancing the well-being of children who live at home. *Child & Family Social Work, 9*(1), 39-56.

Dunlap, K. M. (1997). Family empowerment : one outcome of cooperative preschool education. *Child Welfare, 76*(4), 501-518.

Dunn, L. M., et Dunn, L. M. (1981). *Peabody picture vocabulary test, revised*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Dunn, L. M., M., T.-W. C., et Dunn, L. M. (1993). *Échelle de vocabulaire en image Peabody - adaptation française du Peabody picture vocabulary test-revised*. Toronto, ON: Psycan.

Dunst, C. J., Jenkins, V., et Trivette, C. M. (1994). Family needs scale. Dans C. J. Dunst, C. M. Trivette et A. G. Deal (dir.), *Supporting and strengthening families : Vol. 1. Methods, strategies and practices*. Cambridge, MA: Brookline Books.

Dunst, C. J., et Paget, K. (1991). Parent-professional partnerships and family empowerment. Dans M. J. Fine (dir.), *Collaboration with parents of exceptional children* (p. 25-44). Brandon, VT: Clinical Psychology.

Dunst, C. J., et Trivette, C. M. (1996). Empowerment, effective helpgiving practices and family-centered care. *Pediatric nursing, 22*(4), 334-337, 343.

Dunst, C. J., Trivette, C. M., et Hamby, D. W. (1996). Measuring the helpgiving practices of human services program practitioners. *Human Relations, 49*(6), 815-834.

Dunst, C. J., Trivette, C. M., et Lapointe, N. (1992). Toward clarification of the meaning and key elements of empowerment. *Family Science Review, 5*(1-2), 111-130.

Dunst, C. J., Trivette, C. M., et Lapointe, N. (1994). Meaning and key characteristics of empowerment. Dans C. J. Dunst, C. M. Trivette et A. G. Deal (dir.), *Supporting and strengthening families : Vol. 1. Methods, strategies and practices* (p. 12-29). Cambridge, MA: Brookline Books.

Elizur, Y. (1996). Involvement, collaboration, and empowerment : a model for consultation with human-service agencies and the development of family-oriented care. *Family Process, 35*(2), 191-210.

English, D. J., Marshall, D. B., Coghlan, L., Brummel, S., et Orme, M. (2002). Causes and consequences of the substantiation decision in Washington State Child Protective Services. *Children and Youth Services Review, 24*(11), 817-851. doi: 10.1016/s0190-7409(02)00241-4

English, D. J., Upadhyaya, M. P., Litrownik, A. J., Marshall, J. M., Runyan, D. K., Graham, J. C., et Dubowitz, H. (2005). Maltreatment's wake: The relationship of maltreatment dimensions to child outcomes. *Child Abuse and Neglect, 29*(5 SPEC. ISS.), 597-619. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.12.008

English, D. J., Widom, C. S., et Brandford, C. (2002). Childhood victimization and delinquency, adult criminality and violent criminal behavior : a replication and extension, final report. Repéré à https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/192291.pdf

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. doi: 10.1016/s0145-2134(99)00151-9

Ethier, L. S., Couture, G., Lacharite, C., et Gagnier, J.-P. (2000). Impact of a multidimensional intervention programme applied to families at risk for child neglect. *Child Abuse Review, 9*(1), 19-36. doi: 10.1002/(sici)1099-0852(200001/02)9:1<19::aid-car584>3.0.co;2-4

Éthier, L. S., et Lacharité, C. (2007). Physical abusers in the family. Dans M. Hersen et J. C. Thomas (dir.), *Handbook of interviewing adults and children* (Vol. 1, p. 427-445). Thousand Oaks, CA: Sage.

Éthier, L. S., Lemelin, J. P., et Lacharité, C. (2004). A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child Abuse and Neglect, 28*(12), 1265-1278. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.07.006

Evans, R. G., Barer, M. L., et Marmor, T. R. (1996). *Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Paris, France: John Libbey Eurotext.

Fallon, B., Trocmé, N., et MacLaurin, B. (2011). Should child protection services respond differently to maltreatment, risk of maltreatment, and risk of harm ? *Child Abuse and Neglect, 35*(4), 236-239. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.03.001

Fallon, B., Trocmé, N., MacLaurin, B., Sinha, V., et Black, T. (2011). Untangling risk of maltreatment from events of maltreatment : an analysis of the 2008 canadian incidence study of reported child abuse and neglect (CIS-2008). *International Journal of Mental Health and Addiction, 9*(5), 460-479. doi: 10.1007/s11469-011-9351-4

Finkelhor, D., Hamby, S. L., Ormrod, R., et Turner, H. (2005). The juvenile victimization questionnaire : reliability, validity, and national norms. *Child Abuse and Neglect, 29*(4), 383-412. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.11.001

Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., et Hamby, S. L. (2005). The victimization of children and youth : a comprehensive, national survey. *Child Maltreatment, 10*(1), 5-25. doi: 10.1177/1077559504271287

Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin, 51*(4), 327-358. doi: 10.1037/h0061470

Fluke, J. D., Shusterman, G. R., Hollinshead, D. M., et Yuan, Y. Y. T. (2008). Longitudinal analysis of repeated child abuse reporting and victimization : multistate analysis of associated factors. *Child Maltreatment, 13*(1), 76-88. doi: 10.1177/1077559507311517

Flynn, R. J., et Bouchard, D. (2005). Randomized and quasi-experimental evaluations of program impact in child welfare in Canada : a review. *Canadian Journal of Program Evaluation, 20*(3), 65-100.

Forrester, D., McCambridge, J., Waissbein, C., et Rollnick, S. (2008). How do child and family social workers talk to parents about child welfare concerns ? *Child Abuse Review, 17*(1), 23-35. doi: 10.1002/car.981

Fortin, A., Cyr, M., et Chénier, N. (1996). *Questionnaire sur la résolution de conflits : stratégies utilisées par les parents envers les enfants*. Document inédit. Université de Montréal. Montréal, QC.

Garbarino, J., et Ganzel, B. (2000). The human ecology of early risk. Dans J. P. Shonkoff et S. J. Meisels (dir.), *Handbook of early intervention* (2e éd., p. 76-93). New York, NY: Cambridge University Press.

Gauthier, Y., Jéliu, G., et Fortin, G. (2007). L'attachement de jeunes enfants à leurs parents d'accueil. Dans C. Chamberland, S. Léveillé et N. Trocmé (dir.), *Enfants à protéger-parents à aider : des univers à rapprocher* (p. 166-177). Sainte-Foy, QC: Presses de l'Université du Québec.

Gilbert, N., Parton, N., et Skivenes, M. (2011). *Child protection systems international trends and orientations*. New York, NY: Oxford University Press.

Gilbert, R., Kemp, A., Thoburn, J., Sidebotham, P., Radford, L., Glaser, D., et MacMillan, H. L. (2009). Recognising and responding to child maltreatment. *The Lancet, 373*(9658), 167-180. doi: 10.1016/s0140-6736(08)61707-9

Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., et Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet, 373*(9657), 68-81. doi: 10.1016/s0140-6736(08)61706-7

Goldberg, D., et Comins, M. (2001). Struggling with partners : the use of the term 'partnership' in practice. *Anthropology and Medicine, 8*(2-3), 255-264. doi: 10.1080/13648470120101390

Goodman, R. M., Wheeler, F. C., et Lee, P. R. (1995). Evaluation of the heart to heart project : lessons from a community-based chronic disease prevention project. *American Journal of Health Promotion, 9*(6), 443-455.

Gutiérrez, L. M., Parsons, R. J., et Cox, E. O. (1998). *Empowerment in social work practice : a sourcebook*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Hamel, S., Cousineau, M.-M., et Vézina, M. (2006). Guide d'action intersectorielle pour la prévention du phénomène des gangs. Repéré à http://centrejeunessedemontreal.qc.ca/recherche/PDF/Publications/34-3.pdf

Hamilton, C. E., et Browne, K. D. (1999). Recurrent maltreatment during childhood : a survey of referrals to police child protection units in england. *Child Maltreatment, 4*(4), 275-286.

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. doi: 10.1016/j.childyouth.2011.04.009

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.

Heflinger, C. A., Bickman, L., Northrup, D., et Sonnichsen, S. (1997). A theory-driven intervention and evaluation to explore family caregiver empowerment. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 5*(3), 184-191.

Hélie, S. (2005). *Fréquence et déterminants de la récurrence du signalement en protection de la jeunesse analyse de survie d'une cohorte montréalaise.* (thèse de doctorat non publiée, Université du Québec à Montréal, Canada).

Hélie, S., et Laurier, C. (2011, Décembre). *Récurrence de la violence, subie ou agie, suite à une première intervention en protection de la jeunesse.* Communication présentée à la 10e Journée annuelle de la recherche, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.

Hindley, N., Ramchandani, P. G., et Jones, D. P. H. (2006). Risk factors for recurrence of maltreatment : a systematic review. *Archives of Disease in Childhood, 91*(9), 744-752. doi: 10.1136/adc.2005.085639

Hughes, J. R., et Gottlieb, L. N. (2004). The effects of the Webster-Stratton parenting program on maltreating families : fostering strengths. *Child Abuse and Neglect, 28*(10), 1081-1097. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.02.004

Hussey, J. M., Marshall, J. M., English, D. J., Knight, E. D., Lau, A. S., Dubowitz, H., et Kotch, J. B. (2005). Defining maltreatment according to substantiation : distinction without a difference ? *Child Abuse and Neglect, 29*(5 SPEC. ISS.), 479-492. doi: 10.1016/j.chiabu.2003.12.005

Jaffee, S. R. (2007). Sensitive, stimulating caregiving predicts cognitive and behavioral resilience in neurodevelopmentally at-risk infants. *Development and Psychopathology, 19*(3), 631-647. doi: 10.1017/s0954579407000326

Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., et Taylor, A. (2004). Physical maltreatment victim to antisocial child : evidence of an environmentally mediated process. *Journal of Abnormal Psychology, 113*(1), 44-55. doi: 10.1037/0021-843x.113.1.44

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. doi: 10.1016/s0145-2134(00)00107-1

Kaufman Kantor, G., Holt, M., et Straus, M. A. (2004). *The parent-report multidimensional neglectful behavior scale*. Durham, NH: Family Research Laboratory.

Kelley, B. T., Thornberry, T. P., et Smith, C. A. (1997). *In the wake of childhood maltreatment*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

Kendall-Tackett, K. A., et Giacomoni, S. (2005). *Child victimization*. NJ: Civic Research Institute: Kingston.

Kim, J., et Cicchetti, D. (2004). A longitudinal study of child maltreatment, mother-child relationship quality and maladjustment : the role of self-esteem and social competence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 32*(4), 341-354. doi: 10.1023/B:JACP.0000030289.17006.5a

Koenig, A. L., Cicchetti, D., et Rogosch, F. A. (2004). Moral development : the association between maltreatment and young children's prosocial behaviors and moral transgressions. *Social Development, 13*(1), 87-106. doi: 10.1111/j.1467-9507.2004.00258.x

Kohl, P. L., Jonson-Reid, M., et Drake, B. (2009). Time to leave substantiation behind : findings from a national probability study. *Child Maltreatment, 14*(1), 17-26. doi: 10.1177/1077559508326030

Kotch, J. B., et Thomas, L. P. (1986). Family and social factors associated with substantiation of child abuse and neglect reports. *Journal of Family Violence, 1*(2), 167-179. doi: 10.1007/bf00977251

L'Écuyer, R. (1985). L'analyse de contenu : notion et étapes. Dans J.-P. Deslauriers (dir.), *La recherche qualitative : résurgence et convergences* (p. 65-88). Chicoutimi, QC: Université du Québec à Chicoutimi.

L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale des contenus. Méthode GPS et concept de soi*. Sainte-Foy, QC: Presses de l'Université du Québec.

Lacharité, C. (1993). *Version française de l'Inventaire d'Achenbach pour les enfants de 2 à 5 ans*. Document inédit, GREDEF, Université du Québec à Trois-Rivières.

Lacharité, C. (1996). *Inventaire de soutien familial, version française*. Document interne, GREDEF, Université du Québec à Trois-Rivières.

Lacharité, C. (1999). Typologie des problèmes comportementaux chez les enfants maltraités : description et implications pour l'intervention. *Revue Québécoise de Psychologie, 20*(1), 133-145.

Lacharité, C. (2009). L'approche participative auprès des familles Dans C. L. e. 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., Éthier, L. S., et Couture, G. (1999). Sensibilité et spécificité de l'indice de stress parental face à des situations de mauvais traitements d'enfants. *Canadian Journal of Behavioural Science, 31*(4), 217-220.

Lacharité, C., Éthier, L. S., et Nolin, P. (2006). Vers une theorie ecosystemique de la negligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie, 59*(4), 381-394.

Lacharité, C., Moreau, J., et Moreau, M.-L. (1999). Le point de vue des parents et des intervenants sur la collaboration dans le cadre des services en pédopsychiatrie. Repéré à http://www.erudit.org/livre/sqrsf/2000/000159co.pdf

Larrivée, M.-C. (2005). *L'abus physique et sa cooccurrence avec d'autres formes de mauvais traitements. Ampleur du phénomène et contribution à une étiologie différentielle.* (thèse de doctorat non publiée, Université du Québec à Montréal, Canada).

Lau, A. S., et Weisz, J. R. (2003). Maltreatment among clinic-referred children : Implications for presenting problems, treatment attrition, and long term outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*, 1327-1334.

LeBossé, Y., et Dufort, F. (2001). Le pouvoir d'agir (empowerment) des personnes et des communautés : une autre façon d'intervenir. Dans F. Dufort et J. Guay (dir.), *Agir au cœur des communautés : l'intervenant comme agent de changement social* (p. 75-115). Sainte-Foy, QC: Presses de l'Université Laval.

Leiter, J., Myers, K. A., et Zingraff, M. T. (1994). Substantiated and unsubstantiated cases of child maltreatment : do their consequences differ ? *Social Work Research, 18*(2), 67-82.

Lemay, L. (2007). *Ensemble vers un même horizon : manuel de référence pour la réalisation des plans de services individualisés (PSI) et intersectoriels (PSII) : volet jeunesse, région de Laval*. Laval, QC: Agence de la santé et des services sociaux de Laval.

Lemelin, J.-P., et St-Laurent, D. (2002). *Traduction révisée du CBCL pour l'ASEBA School-Age Forms*. Université du Québec à Trois-Rivières, QC.

Letarte, M. J., Normandeau, S., et Allard, J. (2010). Effectiveness of a parent training program "Incredible Years" in a child protection service. *Child Abuse and Neglect, 34*(4), 253-261. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.06.003

Léveillé, S., et Bouchard, V. (2007a). Des univers parallèles ? Dans C. Chamberland, S. Léveillé et N. Trocmé (dir.), *Enfants à protéger, parents à aider : des univers à rapprocher*. Sainte-Foy, QC: Presses de l'Université du Québec.

Léveillé, S., et Bouchard, V. (2007b). Prendre le risque d'intervenir, ensemble. Forum sur les politiques sociales. Dans C. Chamberland, S. Léveillé et N. Trocmé (dir.), *Enfants à protéger, parents à aider : des univers à rapprocher*. Sainte-Foy, QC: Presses de l'Université du Québec.

Léveillé, S., et Chamberland, C. (2010). Toward a general model for child welfare and protection services : a meta-evaluation of international experiences regarding the adoption of the rramework for the assessment of children in need and their families (FACNF). *Children and Youth Services Review, 32*(7), 929-944. doi: 10.1016/j.childyouth.2010.03.009

Léveillé, S., Chamberland, C., Trocmé, N., et Brown, I. (2010). An evaluation of canadian research-community partnerships in child welfare. Dans S. Léveillé, N. Trocmé, I. Brown et C. Chamberland (dir.), *Research-community : partnerships in child welfare* (p. 231-277). Toronto, ON: Centre of Excellence for Child Welfare

Lewis, D. O., Lovely, R., Yeager, C., et Della Femina, D. (1989). Toward a theory of the genesis of violence : a follow-up study of delinquents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28*(3), 431-436.

Loman, A., et Siegel, G. (2004). Differential response in Missouri after five years. Repéré à http://www.iarstl.org/papers/MODiffResp2004a.pdf

Lyons-Ruth, K., Alpern, L., et Repacholi, B. (1993). Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom. *Child Development, 64*(2), 572-585.

MacLeod, J., et Nelson, G. (2000). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment : a meta-analytic review. *Child Abuse and Neglect, 24*(9), 1127-1149. doi: 10.1016/s0145-2134(00)00178-2

MacMillan, H. L., Wathen, C. N., Barlow, J., Fergusson, D. M., Leventhal, J. M., et Taussig, H. N. (2009). Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *The Lancet, 373*(9659), 250-266. doi: 10.1016/s0140-6736(08)61708-0

MacMillan, K. M., et Harpur, L. L. (2003). An examination of children exposed to marital violence accessing a treatment intervention. *Journal of Emotional Abuse, 3*(3-4), 227-252. doi: 10.1300/J135v03n03_04

Massicotte , K., Dufour, S., Blais, M.-F., et Pitre, P. (2007). Caractéristiques de la clientèle de Montréal – Institut universitaire et de ses milieux de vie. Un portrait géographique de la situation. Repéré à http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/recherche/PDF/Publications/Rapports/PIBE/64%20MASSICOTTE.Caracteristiques%20de%20la%20clientele%20du%20CJM-IU.pdf

May-Chahal, C., Bertotti, T., Di Blasio, P., Cerezo, M. A., Gerard, M., Grevot, A., . . . Al-Hamad, A. (2006). Child maltreatment in the family : a european perspective. *European Journal of Social Work, 9*(1), 3-20. doi: 10.1080/13691450500480706

McCallum, S., et Prilleltensky, I. (1996). Empowerment in child protection work : calues, practices, and caveats. *Children et Society, 10*(1), 40-50.

McGrew, K. S., et Gilman, C. J. (1991). Measuring the perceived degree of parent empowerment in home-school relationships through a home-school survey. *Journal of Psychoeducational Assessment, 9*(4), 353-362.

McKenzie, K., Debbie Scott, D., Fraser, J. A., et Dunne, N. P. (2011). Assessing the concordance of health and child protection data for 'maltreated' and 'unintentionally injured' children. *Injury Prevention*. doi: 10.1136/ip.2011.031849

McRae, R. E. (2002). *The treatment of child neglect through a comprehensive service strategy including home-based therapy, play therapy, parent education, and parent-child interaction therapy.* (3061081, Alliant International University, San Diego, United States -- California). Repéré à https://symbiose.uqo.ca/apps/LoginSigparb/LoginPourRessources.aspx?/docview/305479912?accountid=14724 Accessible par ProQuest Dissertations & Theses (PQDT); ProQuest Dissertations & Theses A&I. (305479912)

Meltzer, M. L., Marquart, J. W., et Mullings, J. L. (2005). Going to the other side – An analysis of resilience among institutionalized youth. Dans K. A. Kendall-Tackett et S. M. Giacomoni (dir.), *Child victimization* (p. 5-18). Kingston, NJ: Civic Research Institute.

Miles, B. M., et Huberman, A. M. (2003). *Analyses des données qualitatives*. (2e éd.). Bruxelles, Belgique: De Boeck.

Milner, J. S. (1990). *An interpretive manual for the child abuse potential inventory*. Webster, NC: Psytec Corporation.

Milner, J. S. (1994). Assessing physical child abuse risk : the child abuse potential inventory. *Clinical Psychology Review, 14*(6), 547-583. doi: 10.1016/0272-7358(94)90017-5

Ministere de la santé et des services sociaux (2011). *Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux.* Repéré à http://www.apqc.ca/includes/documents/2011-2015_Nomen-titres-emploi%20RSSS.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1995). Naître égaux - grandir en santé. Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1995/95-807.pdf

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2004). Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Cadre de référence. Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-836-02W.pdf

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2011). Création de 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) au coeur des 95 réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS). Repéré à www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/index.php

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). Loi sur la protection de la jeunesse. Repéré à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/P_34_1/P34_1.html

Mohr, L. B. (1995). *Impact analysis for program evaluation*. (2e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Moreau, J., Chamberland, C., Oxman Martinez, J., Roy, C., Léveillé, S., Laporte, L., et Tabakian, N. (2001). Transmission intergénérationnelle de la maltraitance : étude des liens entre les facteurs de protection et les facteurs de risque auprès d'une population de mères en difficulté : rapport d'activités scientifiques. Récupéré du site du centre jeunesse de montreal, section publications: http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/recherche/PDF/Publications/19-X.pdf.

Moss, E., Tarabulsy, M. G., Saint-Laurent, D., Bernier, A., et Cyr, C. (2007). L'intervention auprès des familles maltraitantes fondée sur les principes de l'attachement. Dans C. Chamberland, S. Léveillé et N. Trocmé (dir.), *Enfants à protéger, parents à aider : des univers à rapprocher* (p. 181-203). Sainte-Foy, QC: Presses de l'Université du Québec.

Munro, E. (2011). The Munro review of child protection : final report - A child-centred system. Repéré à http://www.education.gov.uk/munroreview/downloads/Munrointerimreport.pdf

Nault-Brière, F. (2006). *Relever le défi des plans de services individualisés (PSI) au Québec : leçons tirées de l'expérience des équipes d'intervention jeunesse (ÉIJ).* (thèse de maîtrise non publiée, Université de Montréal, Canada).

Nolin, P., et Ethier, L. (2007). Using neuropsychological profiles to classify neglected children with or without physical abuse. *Child Abuse and Neglect, 31*(6), 631-643. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.12.009

Normandeau, S., et Allard, J. (2007). Évaluation des effets du programme CAI au Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire : une étude de dossiers. Rapport de recherche no 3. Repéré à http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/recherche/telechargement_rapports.php

O'Reilly, R., Wilkes, L., Luck, L., et Jackson, D. (2010). The efficacy of family support and family preservation services on reducing child abuse and neglect : what the literature reveals. *Journal of child health care : for professionals working with children in the hospital and community, 14*(1), 82-94.

Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson Jr, C. R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., . . . Luckey, D. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect : fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association, 278*(8), 637-643.

Palacio-Quintin, E. (1992). Comment les enfants perçoivent leurs parents : méthode de dépistage des enfants maltraités. *Comprendre la famille : actes du 1er Symposium québécois de recherche sur la famille*. Repéré à http://www.erudit.org/livre/sqrsf/1992/000034co.pdf

Palusci, V. J. (2011). Risk factors and services for child maltreatment among infants and young children. *Children and Youth Services Review, 33*(8), 1374-1382. doi: 10.1016/j.childyouth.2011.04.025

Park, J. M., Fertig, A. R., et Allison, P. D. (2011). Physical and mental health, cognitive development, and health care use by housing status of low-income young children in 20 American cities : a prospective cohort study. *American Journal of Public Health, 101*(SUPPL. 1), S255-S261. doi: 10.2105/ajph.2010.300098

Parton, N. (1997). Child protection and family support tensions, contradictions and possibilities. Repéré à http://public.eblib.com/EBLPublic/PublicView.do?ptiID=180165

Parton, N. (2011). Child protection and safeguarding in England : changing and competing conceptions of risk and their implications for social work. *British Journal of Social Work, 41*(5), 854-875. doi: 10.1093/bjsw/bcq119

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, CA: Sage.

Pauzé, R. (2011, octobre). *Les défis de l'implantation de programmes probants*. Communication présenté 5e Colloque québécois sur la maltraitance envers les enfants et les adolescents, Montréal, QC.

Peirson, L., Laurendeau, M.-C., et Chamberland, C. (2001). Context, contributing factors, and consequences. Dans I. Prilleltensky, G. B. Nelson et L. Peirson (dir.),

Promoting family wellness and preventing child maltreatment : fundamentals for thinking and action. Toronto, ON: University of Toronto Press.

Pennell, J., et Burford, G. (2000). Family group decision making : protecting children and women. *Child Welfare, 79*(2), 131-158.

Pettigrew, F., et Bégin, G. (1986). *The child behaviour checklist – age 4 to 18 years. Unofficial french translation*. Université du Québec à Trois-Rivières. Trois-Rivières, QC.

Poirier, M.-A., Noël, V., et Boislard, J. (2009). *L'approche SOCEN: Étude des effets de l'approche sur le bien-être et le développement des enfants placés ainsi que sur les pratiques des intervenants et des parents d'accueil. Rapport d'analyse descriptive des coûts.*

Poirier, M.-A., Simard, M.-C., Decaluwe, B., et Beaumier, I. (2010). Le projet SOCEN au Québec - sommaire exécutif du rapport final. Repéré à http://www.acjq.qc.ca/public/a14178bc-45b5-4a12-b27e-38017be2da39/socen/documents/sommaire_executif_du_rapport_final.pdf

Pomerleau, A., Vézina, N., Moreau, J., G., M., et Séguin, R. (2005). *Guide d'utilisation de la grille d'évaluation du développement de l'enfant de 0 à 5 ans (GED)*. Montréal, QC: Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP).

Reading, R., Bissell, S., Goldhagen, J., Harwin, J., Masson, J., Moynihan, S., . . . Webb, E. (2009). Promotion of children's rights and prevention of child maltreatment. *The Lancet, 373*(9660), 332-343. doi: 10.1016/s0140-6736(08)61709-2

Resendez, M. G., Quist, R. M., et Matshazi, D. G. M. (2000). A longitudinal analysis of family empowerment and client outcomes. *Journal of Child and Family Studies, 9*(4), 449-460.

Rossi, P. H., Freeman, H. E., et Lipsey, M. W. (1999). *Evaluation : a systematic approach*. (6th^{e} éd.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Ryan, J. P., et Testa, M. F. (2005). Child maltreatment and juvenile delinquency : investigating the role of placement and placement instability. *Children and Youth Services Review, 27*(3), 227-249. doi: 10.1016/j.childyouth.2004.05.007

Saini, M., et Léveillé, S. (2010). Research-community partnerships : a systematic synthesis of qualitative research. Dans S. Léveillé, N. Trocmé, I. Brown et C. Chamberland (dir.), *Research-community : partnerships in child welfare* (p. 1-41). Toronto, ON: Centre of Excellence for Child Welfare

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. doi: 10.1016/s0190-7409(02)00226-8

Scott, S., O'Connor, T. G., Futh, A., Matias, C., Price, J., et Doolan, M. (2010). Impact of a parenting program in a high-risk, multi-ethnic community : the PALS trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 51*(12), 1331-1341. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02302.x

Sedlak, A. J., et Broadhurst, D. D. (1996). *Third National Incidence Study of Child Abuse and Neglect : final report*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families.

Shields, A., et Cicchetti, D. (2001). Parental maltreatment and emotion dysregulation as risk Factors for bullying and victimization in middle childhood. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 30*(3), 349-363.

Slack, K. S., Berger, L. M., DuMont, K., Yang, M. Y., Kim, B., Ehrhard-Dietzel, S., et Holl, J. L. (2011). Risk and protective factors for child neglect during early childhood : a cross-study comparison. *Children and Youth Services Review, 33*(8), 1354-1363. doi: 10.1016/j.childyouth.2011.04.024

Slep, A. M. S., et Heyman, R. E. (2006). Creating and field-testing child maltreatment definitions : improving the reliability of substantiation determinations. *Child Maltreatment, 11*(3), 217-236. doi: 10.1177/1077559506288878

Smith, C., et Thornberry, T. P. (1995). The relationship between childhood maltreatment and adolescent involvement in delinquency. *Criminology, 33*(4), 451-481.

Stahmer, A. C., Hurlburt, M., Horwitz, S. M., Landsverk, J., Zhang, J., et Leslie, L. K. (2009). Associations between intensity of child welfare involvement and child development among young children in child welfare. *Child Abuse and Neglect, 33*(9), 598-611. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.07.008

Stein, A., et Lewis, D. O. (1992). Discovering physical abuse: Insights from a follow-up study of delinquents. *Child Abuse and Neglect, 16*(4), 523-531. doi: 10.1016/0145-2134(92)90068-3

Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., . . . Dees, J. E. M. E. G. (2009). Risk factors in child maltreatment : a meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior, 14*(1), 13-29. doi: 10.1016/j.avb.2006.03.006

Straus, M. A. (1995). *Manual fur the Conflict Tmics Scales*. Durham, NH: Family Research Laboratory, University of New Hampshire.

Straus, M. A., Hamby, S. L., Finkelhor, D., Moore, D. W., et Runyan, D. (1998). Identification of child maltreatment with the parent-child conflict tactics scales : development and psychometric data for a national sample of american parents. *Child Abuse and Neglect, 22*(4), 249-270. doi: 10.1016/s0145-2134(97)00174-9

Stuewig, J., et McCloskey, L. (2005). The impact of maltreatment on adolescent shame and guilt : Psychological routes to depression and delinquency. *Child Maltreatment, 10*, 324-336.

Tashakkori, A., et Teddlie, C. (2003). *Handbook of mixed methods in social & behavioral research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Totsika, V., et Sylva, K. (2004). The Home Observation for Measurement of the Environment Revisited. *Child and Adolescent Mental Health, 9*(1), 25-35. doi: 10.1046/j.1475-357X.2003.00073.x

Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Lavergne, C., Trocmé, N., Hélie, S., . . . Larrivée, M.-C. (2002). *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalées à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec : rapport final*. Montréal, QC: Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales.

Trivette, C. M., Dunst, C. J., et Hamby, D. W. (1996). Factors associated with perceived control appraisals in a family-centered early intervention program. *Journal of Early Intervention, 20*(2), 165-178.

Trocmé, N., et Chamberland, C. (2003). Re-involving the community: The need for a differential response to rising child welfare caseloads in Canada. Dans N. Trocmé, D. Knoke et C. Roy (dir.), *Community collaboration & differential response* (p. 45-56). Ottawa, ON: Child Welfare League of Canada.

Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Daciuk, J., Felstiner, C., Black, T., . . . Cloutier, R. (2005). *Canadian incidence study of reported child abuse and neglect - 2003 : major findings*. Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada.

Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Sinha, V., Black, T., Fast, E., . . . Holroyd, J. (2010). Étude canadienne sur l'indice des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants - 2008 : données principales. Repéré à http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/pdfs/nfnts-cis-2008-rprt-fra.pdf

Trocmé, N., Knoke, D., Fallon, B., et MacLaurin, B. (2009). Differentiating between substantiated, suspected, and unsubstantiated maltreatment in Canada. *Child Maltreatment, 14*(1), 4-16. doi: 10.1177/1077559508318393

Trocmé, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Billingsley, D., Tourigny, M., . . . McKenzie, B. (2001). Canadian incidence study of reported child abuse and neglect: final report. Repéré à http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cisfr-ecirf/pdf/cis_e.pdf

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.

Turcotte, D., Saint-Jacques, M.-C., et Pouliot, E. (2005). Les pratiques auprès des familles en difficulté : convergences et divergences entre les réalités en centre jeunesse et en CLSC. *Intervention, 122*, 90-101.

Turnbull, A. P., Turbiville, V., et Turnbull, H. R. (2000). Evolution of family-professional partnerships : collective empowerment for the early twenty-first century. Dans J. P. Shonkoff et S. J. Meisels (dir.), *Handbook of early childhood intervention* (2e éd., p. 630-650). New York, NY: Cambridge University Press.

Turney, D., et Tanner, K. (2001). Working with neglected children and their families. *Journal of Social Work Practice, 15*(2), 192-204.

UNICEF. (2003). Tableau de classement des décès d'enfants par suite de maltraitance dans les nations riches. Repéré à http://www.unicef-irc.org/publications/532

Waldfogel, J. (1998). Rethinking the paradigm for child protection. *Future of Children, 8*(1), 104-119.

Waldfogel, J. (2009). Prevention and the child protection system. *Future of Children, 19*(2), 195-210. doi: 10.1353/foc.0.0037

Ward, H. (1995). *Looking after children : research into practice : the second report to the Department of Health on assessing outcomes in child care*. London, R.-U.: H.M.S.O.

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 Holmes, L. (2008). Calculating the costs of local authority care for children with contrasting needs. *Child & Family Social Work, 13*(1), 80-90. doi: 10.1111/j.1365-2206.2007.00517.x

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*. London; OH: Jessica Kingsley.

Webb, N. B. (2003). *Social work practice with children*. New York, NY: Guilford Press.

Weeks, R., et Widom, C. S. (1998). Self-reports of early childhood victimization among incarcerated adult male felons. *Journal of Interpersonal Violence, 13*(3), 346-361.

Widom, C. S., et Maxfield, M. G. (2001). *An update on the "cycle of violence"*. Washington, DC: National Institute of Justice.

Wiebush, R. G., McNulty, B., et Le, T. (2000). Implementation of the intensive community-based aftercare program. Repéré à https://www.ncjrs.gov/App/Publications/AlphaList.aspx

Wise, J. B. (2005). *Empowerment practice with families in distress*. New York, NY: Columbia University Press.

Wulczyn, F., Barth, R. P., Yuan, Y. T., Harden, B. J., et Landsverk, J. (2006). *Beyond common sense : child welfare, child well-being, and the evidence for policy reform*. New Brunswick, NJ: Aldine Transaction.

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

Zingraff, M. T., Leiter, J., Myers, K. A., et Johnsen, M. C. (1993). Child maltreatment and youthful problem behavior. *Criminology, 31*(2), 173-202.

ANNEXE 1 : DESCRIPTION DES DIMENSIONS DU CADRE D'ANALYSE

Dimensions des besoins de développement de l'enfant

selon le modèle développé en Grande-Bretagne (Department of Health, 2000)

SANTÉ	**Comprend le bien-être physique et psychologique.** Cette dimension tient compte de l'impact des facteurs génétiques et de l'histoire médicale de l'enfant (maladies chroniques ou incapacités). Elle permet de s'assurer que l'enfant reçoit tous les soins médicaux préventifs (vaccination, suivi médical de routine) ou appropriés pour ses problèmes ou incapacités et qu'il est soigné correctement lorsqu'il est malade. Elle tient compte de tous les éléments qui sont susceptibles d'affecter sa santé (régime alimentaire, consommation d'alcool, de drogues ou de médicaments)
ÉDUCATION	**Couvre l'ensemble du développement cognitif d'un enfant à partir de sa naissance.** Cette dimension comprend l'ensemble des opportunités offertes à l'enfant pour se développer (jouer et interagir avec d'autres enfants; avoir accès à des livres; acquérir des habiletés et développer des intérêts; vivre des succès dans ses apprentissages…). Elle implique qu'un adulte s'intéresse aux activités éducatives et aux progrès de l'enfant et lui manifeste son approbation face à ses réussites (encouragements, compliments...). Cette dimension tient aussi compte, si nécessaire, des besoins éducatifs spéciaux de l'enfant.
DÉVELOPPEMENT COMPORTEMENTAL ET AFFECTIF	**Concerne la manifestation appropriée des sentiments et des actions de l'enfant** Cette dimension inclut le développement des liens d'attachement, la capacité d'adaptation aux changements, la réponse aux évènements stressants et le degré approprié de maîtrise des émotions en fonction des circonstances et des personnes (figure parentale et lorsque plus âgé, les autres personnes de son entourage).
IDENTITÉ	**Se rapporte à la conscience de l'enfant d'être distinct des autres, de posséder des caractéristiques particulières et d'être apprécié.** Cette dimension inclut la perception que l'enfant a de lui-même, de ses capacités, de son image de soi, de son estime de soi et de son individualité. Plusieurs éléments contribuent au développement de son identité : l'origine ethnique, la religion, l'âge, le sexe, la sexualité, l'incapacité physique, le sentiment d'appartenir et d'être accepté par sa famille, ses pairs et la société, incluant l'ensemble des groupes culturels.
RELATIONS FAMILIALES ET SOCIALES	**Englobe la capacité de l'enfant de faire preuve de sympathie et de compassion envers les autres.** Cette dimension tient compte des relations stables et harmonieuses que l'enfant entretient avec ses parents, sa fratrie et les personnes de son entourage. Elle réfère aussi à sa capacité de se faire des amis de son âge et de s'entendre avec eux. Elle comprend aussi le soutien qu'apporte le parent aux relations que l'enfant a développées avec ses pairs et autres adultes.
PRÉSENTATION DE SOI	**Traite de la compréhension de l'enfant concernant la manière dont son apparence, ses comportements, ses défauts et ses qualités sont perçus par le monde extérieur et de l'impression que cela crée chez les autres.** Cette dimension observe si l'enfant est habillé convenablement compte tenu de son âge, de son sexe, de sa culture et de sa religion; qu'un adulte veille à son hygiène personnelle et que l'enfant reçoive des conseils sur la manière de se présenter selon les circonstances.
HABILETÉS À PRENDRE SOIN DE SOI	**Concerne l'acquisition progressive de compétences pratiques, d'autonomie émotionnelle et d'habiletés sociales qui sont nécessaires au développement de l'indépendance chez l'enfant/jeune.** Cette dimension comprend l'apprentissage des activités quotidiennes (se prodiguer les soins personnels de base, se vêtir, s'alimenter, être en sécurité…), l'opportunité de développer sa confiance, l'occasion de pratiquer des activités en dehors de la famille. Elle inclut l'encouragement à développer des approches de résolution de conflits.

Dimensions des capacités parentales

selon le modèle développé en Grande-Bretagne (Department of Health, 2000)

SOINS DE BASE	**La figure parentale* répond aux besoins physiques de l'enfant, fournir les soins médicaux et dentaires nécessaires.** Cette dimension tient compte que l'alimentation est suffisante, adéquate et nutritive selon l'âge de l'enfant; que les vêtements portés par l'enfant sont appropriés et qu'il reçoit une hygiène personnelle adéquate.
SÉCURITÉ	**La figure parentale prend les mesures nécessaires pour protéger l'enfant contre les accidents, la violence et l'abus tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la maison.** Cette dimension implique que le parent montre à l'enfant comment jouer de façon sécuritaire, qu'il le renseigne sur les comportements à risque et qu'il s'assure que l'enfant a des relations sécuritaires avec les adultes ou les autres enfants de son entourage.
AMOUR	**La figure parentale répond aux besoins affectifs de l'enfant.** Cette dimension s'assure que le parent estime, admire et démontre à l'enfant de l'amour et de l'affection. Qu'il veille à ce que l'enfant développe une image positive de soi et de son identité. Qu'il soit sensible et réagisse de manière appropriée aux besoins de l'enfant. Que par des gestes et des comportements appropriés il montre à l'enfant qu'il l'admire, le respecte et l'encourage.
STIMULATION	**La figure parentale supporte le développement intellectuel de l'enfant. Il encourage constamment l'enfant, manifeste son approbation devant ses réussites et lui propose des activités et des occasions de se développer.** Cette dimension regarde de quelle manière la figure parentale participe au développement du potentiel de l'enfant : ses interactions, sa capacité d'expliquer et de répondre à ces questions, ses encouragements, sa participation et son accompagnement aux activités de l'enfant (jeux, scolarité, travail). S'intéresse aux opportunités que le parent offre à l'enfant de vivre du succès et s'assure que le parent veille à ce que l'enfant se scolarise. Tient compte que les méthodes éducatives sont appropriées (attentes réalistes, moyens stimulants, climat chaleureux).
ENCADREMENT	**La figure parentale établit des limites, assure une supervision uniforme et bienveillante et utilise différentes méthodes positives pour encourager l'enfant à exprimer ses émotions et à bien se comporter.** Cette dimension s'assure que le parent par l'exemple montre quels sont les comportements appropriés, comment contrôler les émotions et comment interagir avec les autres et conseille l'enfant/jeune sur la manière de régler des conflits. Cette dimension s'assure que l'enfant se développe afin de devenir un adulte autonome possédant ses propres valeurs et étant capable de le démontrer aux autres par des comportements appropriés plutôt que d'être dépendant de règles extérieures.
STABILITÉ	**La figure parentale fournit un environnement familial suffisamment stable pour permettre à l'enfant de se développer.** Cette dimension inclut : l'assurance que les liens d'attachements solides ne sont pas perturbés, que le parent est cohérent, constant et prévisible dans sa manière de répondre à l'enfant pour un même comportement. Les réponses parentales changent et évoluent en fonction du développement de l'enfant. De plus, cette dimension tient compte que l'enfant entretienne des contacts avec les membres de sa famille ou avec d'autres personnes significatives.

*La figure parentale réfère aux personnes suivantes : mère/père, grand-mère/père, oncle/tante, frère/sœur, gardien (ne)

Facteurs familiaux et environnementaux

selon le modèle développé en Grande-Bretagne (Department of Health, 2000)

AUTRES SPHÈRES DE LA VIE ADULTE	**S'intéresse aux problématiques personnelles des figures parentales.** Par exemple : les maladies physiques; problèmes de santé mentale; difficultés d'apprentissage; problème d'abus d'alcool/drogues; violence conjugale; violence durant l'enfance; historique de violence envers les enfants.
HISTOIRE FAMILIALE ET FONCTIONNEMENT DE LA FAMILLE	**L'histoire familiale inclut les facteurs génétiques et psychosociaux.** **S'intéresse au fonctionnement de la famille qui est influencé par sa composition et par la nature des liens qu'entretiennent ses membres entrent eux. S'intéresse à la relation des membres de la famille avec l'enfant.** Cette dimension tient compte des changements significatifs survenus dans la composition de la famille. Relate le vécu des parents en tant qu'enfant dans leur famille d'origine. Note la chronologie des événements de vie significatifs et leurs impacts sur les membres de la famille. Décrit la composition actuelle de la famille et son mode de fonctionnement (garde de l'enfant, droits d'accès…). S'intéresse aux relations développées et entretenues entre les membres de la famille incluant les enfants de la même fratrie et l'impact sur l'enfant. Identifie les forces et difficultés des figures parentales incluant le parent absent. Tient compte de la relation entre les figures parentales.
FAMILLE ÉLARGIE ET AUTRES PERSONNES SIGNIFICATIVES	**Identifie les personnes qui au-delà des liens sanguins font partie de la famille élargie de l'enfant et des figures parentales.** Cette dimension décrit le rôle que jouent ces personnes auprès de l'enfant et des figures parentales. Renseigne sur nature (aide pratique, soutien financier, soutien psychologique, informations et conseils) et la qualité du soutien apporté par ces personnes à la famille (suffisant, etc.).
HABITATION	**Considère les commodités à l'intérieur et à l'extérieur du domicile et dans l'environnement immédiat et leurs impacts sur l'enfant et la famille.** Le logement possède-t-il les commodités de base (eau potable, chauffage, cuisinière, endroit propre où dormir)? Est-il sécuritaire et propre? Est-il organisé en fonction de l'âge et des besoins de l'enfant et des autres membres résidents? Est-il adapté et accessible pour les besoins d'un membre de la famille avec incapacité?
EMPLOI	S'intéresse à l'impact de l'occupation du parent sur sa capacité à prodiguer des soins à l'enfant. **Quel membre de la famille occupe un emploi rémunéré et quel est l'horaire de travail de cette personne? Comment cette situation d'emploi affecte-t-elle la relation avec l'enfant?**
REVENU	**Le revenu familial est-il suffisant pour combler les besoins financiers de la famille.** La famille bénéficie-t-elle de toutes les prestations auxquelles elle a droit? Comment les ressources sont-elles utilisées dans la famille? Comment les difficultés financières de la famille affectent-elles l'enfant
INTÉGRATION SOCIALE	Tient compte de la manière dont la famille est intégrée dans son quartier et dans sa communauté et l'impact sur l'enfant et la famille**.** **Quel est le degré d'intégration ou d'isolement social de la famille? La famille a-t-elle des amis? S'implique-t-elle dans des organismes/activités communautaires?**
RESSOURCES DE LA COMMUNAUTÉ	Décrit tous les équipements et les services disponibles : services de santé, garderies, écoles, lieux de culte, transport, services à la consommation, loisirs. **Cette dimension vérifie la disponibilité et l'accessibilité de ces services et l'impact de la disponibilité ou non, de l'accessibilité ou non de ces services sur la famille en incluant ceux qui ont des besoins particuliers.**

Department of Health et al. (2000). Framework for the Assessment of Children in Need and their Families. London: the Stationery Office.

ANNEXE 2 : COLLECTE DE DONNÉES : ÉTAPES DU RECRUTEMENT ET DÉROULEMENT DE LA COLLECTE

1) Identification des enfants répondant aux critères de sélection et référence à la recherche.

L'identification des enfants répondant aux critères de sélection et la référence de ces enfants au projet s'effectuent au fur et à mesure que les milieux de pratique ont franchi toutes les étapes préalables au recrutement. Ce qui signifie que 1) les certificats éthiques ont été obtenus; 2) les intervenants appartenant au groupe AIDES ont été sensibilisés aux moyens promus par l'initiative AIDES; 3) tant les gestionnaires que les intervenants du groupe AIDES et du groupe témoin ont été informés du déroulement de la recherche (procédures de recrutement des enfants, informations sur la visite à domicile, confidentialité, etc.).

Le recrutement des enfants débute dans les milieux de pratique. C'est d'abord, l'intervenant qui assure un suivi auprès d'un enfant, identifié comme répondant aux critères de sélection du projet AIDES, qui informe la figure parentale que son enfant a été ciblé pour participer à la recherche. Si la figure parentale désire recevoir des informations supplémentaires sur la recherche, l'intervenant avise l'équipe de recherche. Afin de soutenir les intervenants dans l'identification et la référence d'un enfant et de sa famille au projet, l'équipe de recherche a créé des procédures et des documents de soutien de recrutement. Considérant le nombre important et la diversité des milieux de recrutement, les procédures mises en place sont souples mais rigoureuses. Le tableau 1 décrit tous les documents utilisés pour identifier et référer un enfant dans le projet qu'il soit du groupe AIDES ou du groupe témoin. Les documents se trouvent à l'annexe A à la suite du présent annexe (p. 198).

Tableau 1 : Documents utilisés à l'identification et à la référence des enfants dans le projet

Nom du document	Quelle est son utilité?	Quand l'utiliser?
Cheminement d'une référence au projet AIDES (Annexe A)	Ce document explique tout le processus entourant la référence d'un enfant ciblé au projet AIDES. Il résume les démarches de l'intervenant vis-à-vis de la famille et de l'équipe de recherche.	Tout au long du recrutement des enfants et leur famille au projet
Guide de référence (CJ et CSSS) (Annexe A)	Il s'agit d'un outil qui permet d'identifier à partir des critères retenus un enfant et sa famille au projet AIDES **Cette feuille doit être télécopiée avec le formulaire de**	Dès que l'on croit qu'un enfant et sa famille puissent correspondre aux critères du projet AIDES

	consentement.	
Aide-mémoire	Ce document vise à soutenir et guider les intervenants dans les informations qu'ils doivent transmettre aux figures parentales d'enfants ciblés par la recherche.	Tout au long du recrutement des enfants et leur famille au projet
Lettre aux figures parentales (Annexe A)	Cette lettre est remise à la figure parentale d'un enfant qui pourrait être inclus dans AIDES, par son intervenant.	Lorsque l'enfant et sa famille répondent aux critères de référence. Cette lettre peut-être remise à la figure parentale avec le dépliant afin d'obtenir son consentement à participer au projet.
Formulaire de consentement (Annexe A)	Après avoir été informée de la recherche par son intervenant (aide-mémoire, lettre aux figures parentales, dépliant), la figure parentale consent ou non à recevoir un appel des membres de l'équipe de recherche; c'est sur ce document que son consentement est inscrit. **Cette feuille doit être télécopiée avec le guide de référence**	Dès que la figure parentale se montre intéressée à participer au projet de recherche et consent à ce que l'équipe de recherche le contacte pour recevoir des informations supplémentaires sur la recherche
Prises de mesure	Illustration des prises de mesure auprès des familles et des intervenants	

2) La visite pré-test et post-test au domicile de l'enfant

Ces rencontres ont pour but de colliger de l'information permettant d'évaluer les effets intermédiaires et ultimes de l'initiative AIDES sur les enfants, leur figure parentale et leur famille (se référer à la partie 4.7 pour en savoir davantage sur l'évaluation des effets). Les étapes qui ont mené à la collecte d'informations au domicile de l'enfant sont décrites dans les parties qui suivent.

2.1 Formation des assistantes de recherche à la cueillette des données à domicile

Afin de constituer une banque d'assistantes de recherche habilitées à collecter des données de recherche auprès de familles dans un contexte de vulnérabilité, le projet de recherche initiative AIDES a été publicisé auprès d'étudiants inscrits au baccalauréat et à la maîtrise dans les départements de service social, psychologie, psychoéducation et criminologie de l'université de Montréal et de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Une trentaine d'étudiants ont manifesté de l'intérêt pour le projet. À partir des curriculums vitae fournis par les étudiants et de rencontres individuelles ou de groupe, l'équipe de recherche a sélectionné une vingtaine d'étudiants. Ils ont participé à une formation de deux jours. Lors de la première journée, ils ont été familiarisés avec les composantes de l'initiative AIDES, les considérations éthiques du projet, les questionnaires et les tests administrés lors de la visite pré-test au domicile de l'enfant et de sa famille et ont acquis les habiletés liées au savoir-faire (procédures liées à la passation des tests à l'enfant et des questionnaires au parent, déroulement de la rencontre) et au savoir-être (attitudes favorisant la relation avec le participant à la recherche). La deuxième journée a été consacrée à l'appropriation de la grille d'évaluation du développement (GED).

Cette formation de base était nécessaire pour assurer une justesse et une validité des informations recueillies. De plus, tout au long du projet, des formations complémentaires et des activités de soutien sont offertes régulièrement aux assistantes de recherche. Deux manuels de formation ont été conçus comme outils de référence. Le premier manuel comprend une description du projet, le rôle et la confidentialité de l'assistant de recherche, les considérations éthiques, les procédures associées et les outils utilisés lors d'une visite pré-test dans une famille. Le deuxième manuel inclut les procédures spécifiques liées au déroulement et à la gestion de la collecte des données, et ce, pour chaque activité à réaliser.

2.2 Avant la visite à domicile

Rappelons que le recrutement débute dans les milieux de pratique où l'enfant reçoit des services d'un intervenant. Ce dernier informe la figure parentale « répondant principal » que son enfant et lui-même sont invités à participer à une recherche. Lorsque le parent consent à recevoir des informations supplémentaires sur la recherche, l'équipe de recherche le contacte par téléphone afin de lui fournir des informations supplémentaires sur le projet, de le rassurer sur la confidentialité et lui expliquer le déroulement de la rencontre à domicile. Si à ce moment le parent accepte de participer au projet, l'assistant de recherche fixe un rendez-vous avec lui. La visite est planifiée en tenant compte des disponibilités de chacun.

La veille de la visite, le rendez-vous est confirmé auprès de la figure parentale afin de s'assurer qu'elle est toujours disponible et que l'enfant se porte bien. Il est important de vérifier que l'enfant n'est pas malade afin de s'assurer de la validité des tests qu'il passera. L'assistant s'assure également de l'exactitude des coordonnées et d'avoir en sa possession toutes les informations nécessaires pour se rendre au domicile de la famille. Il prépare le matériel nécessaire à la visite : formulaire de consentement éthique, questionnaires et tests ainsi que le 70 $ de compensation. Deux assistantes de recherche se déplacent pour rencontrer la famille. L'une fait passer le test à l'enfant et l'autre les questionnaires au parent. La durée moyenne de la rencontre est de deux heures.

2.3 Au domicile de l'enfant

À l'arrivée au domicile, la première étape consiste à créer un contact avec le parent et l'enfant. Les deux assistantes se présentent et expliquent le déroulement de la rencontre au parent et à l'enfant. Elles prennent le temps de répondre à toutes les questions du parent et de l'enfant. Une assistante fait la lecture du formulaire de consentement éthique au parent puis les deux assistantes et le parent signent deux copies du formulaire. Une copie est donnée au parent et l'autre est ensuite versée au dossier du parent en toute confidentialité tel qu'indiqué dans le formulaire.

Lorsque cette étape est complétée, une assistante de recherche demande au parent un endroit favorisant l'attention et la concentration de l'enfant pour réaliser les tests avec lui. L'assistante complète avec les enfants âgés de cinq ans et moins la *Grille d'évaluation du développement (GED)*. Pour les enfants âgés entre cinq et neuf ans, *l'Échelle de vocabulaire en images Peabody (EVIP)* est utilisée. Les enfants âgés entre cinq et six ans complètent donc les deux mesures.

L'assistante qui poursuit avec le parent veille à compléter la fiche d'inscription de la famille et les différents questionnaires. C'est l'assistante qui lit chacun des questionnaires au parent et s'assure qu'il comprend bien les questions. L'ordre de passation des questionnaires a été pensé afin de ne pas créer d'inconfort chez le parent. Les questionnaires sont remplis dans l'ordre suivant :

- le questionnaire sur les *Renseignements sur la famille*, qui dresse un portrait assez exhaustif des informations sociodémographiques concernant la famille (structure familiale, sources de revenus, langues parlées à la maison, etc.);
- la *Liste des comportements pour enfants (Achenbach)*, version française du *Child Behavior Checklist* (CBCL) est ensuite administrée au parent. Deux versions de ce questionnaire soient, la version 18 mois-5 ans et la version 6-18 ans sont disponibles. Il va sans dire qu'un parent dont l'enfant est âgé de moins de 18 mois n'aura pas à répondre à ce questionnaire;
- l'*Inventaire de potentiel d'abus (CAPI)*, qui sert à dépister les risques d'abus chez l'enfant;

- le questionnaire *JPM*, qui vise à évaluer les différentes formes de victimisation pouvant être vécues par un enfant en particulier;
- l'*Indice de stress parental (ISP)*, un questionnaire qui s'intéresse à mesurer le niveau de tension psychologique reliée au stress vécu par le parent;
- l'*inventaire de soutien familial (ISF)* où le parent est questionné sur les différentes sources de soutien obtenues dans son entourage;
- les items d'entrevue du *Home Observation and Measurement of the Environment (HOME)* sont administrés au parent. Le *HOME* est un outil permettant d'observer la qualité de l'environnement familial, en ce qui a trait aux sources de stimulation offertes à l'enfant, aux opportunités d'apprentissage qui lui sont proposées, etc.

À la fin de la rencontre, les assistantes remettent un montant de 70 $ au parent pour sa participation au projet de recherche et l'informent sur les prochaines étapes du déroulement de la recherche telles que la transmission des résultats (décrit plus loin) et le questionnaire téléphonique sur la *perception parentale sur les services reçus*, administré trois mois après la visite pré-test.

2.4 Après la visite

Une fois la rencontre à domicile terminée, les assistantes complètent un cahier de bord qui leur permet de noter le déroulement général de la visite et les difficultés ou situations particulières rencontrées. Le cahier de bord est un outil utile pour faire le point sur le déroulement de la visite entre l'assistante et la responsable de la collecte de données. Lors de la visite pré-test, le parent est informé, via le formulaire de consentement, de son droit à recevoir les principales conclusions des tests et des questionnaires que lui et son enfant ont passés. Le plus tôt possible après la rencontre à domicile, les parents intéressés à recevoir ces résultats sont contactés par téléphone. Une fois ces informations transmises, la figure parentale peut accepter ou non que ces mêmes informations soient transmises à l'intervenant responsable du dossier.

4.2.1 Transmission des résultats

La transmission des résultats est une démarche intéressante car elle permet au parent de recevoir les conclusions globales des questionnaires complétés par lui et son enfant lors de la visite pré-test. La même démarche sera proposée au parent lors de la visite post-test. Il sera possible à ce moment-là de faire des liens avec les résultats obtenus aux deux visites. Les résultats et les observations font état des aspects sur l'enfant, son parent, sa famille et son environnement. La synthèse de l'analyse fait ressortir des éléments positifs pour encourager et valoriser la famille dans sa démarche, de même que des aspects qui demandent une attention particulière ou qui sont préoccupants et pour lesquels le parent est invité à échanger avec son intervenant.

L'équipe de recherche a élaboré une procédure en trois étapes afin de systématiser l'analyse des tests et des questionnaires :

1. La compilation des résultats : Un rapport SPSS est produit pour connaître les scores des différents questionnaires utilisés. Les données sont par la suite inscrites dans un protocole de compilation des résultats. Ce document servira de base à l'analyse des résultats.

2. La démarche d'analyse (synthèse des résultats) : L'interprétation des résultats se fait à partir des normes de chacun des questionnaires utilisés. L'analyse doit rendre compte des éléments qui ressortent des questionnaires et des éléments observés chez l'enfant, son parent et son environnement. Elle consiste à faire des liens entre les différents éléments de l'évaluation pour rendre l'information concrète aux yeux du parent. Les éléments qui ressortent sont écrits sous la forme d'un texte d'environ une page. La compilation et l'analyse des informations prennent de deux à trois heures par participant à l'étude.

3. La transmission de la synthèse des résultats au parent: Le parent reçoit verbalement par téléphone les conclusions globales pour lui-même et son enfant des questionnaires et des tests passés. Un échange avec lui est recommandé afin de valider les informations et recevoir ses commentaires. Par la suite, il est de nouveau demandé au parent s'il désire que les informations soient transmises à son intervenant. Les commentaires du parent et de l'intervenant (s'il y a lieu) sont notés.

Par souci de qualité et d'efficacité, des assistantes de recherche ont été formées afin de bien connaître la procédure liée à l'analyse et à la transmission des résultats. Deux documents ont été produits : le premier décrit chacune des étapes pour réaliser l'analyse et le second comporte des exemples précis sur la manière de rédiger la synthèse et la façon de communiquer l'information au parent.

Jusqu'à maintenant, l'ensemble des parents qui ont reçu la synthèse des résultats est en accord avec les informations transmises et ils apprécient la démarche. De plus, la majorité d'entre eux acceptent que les résultats soient transmis en totalité à leur intervenant. Certains intervenants qui ont reçu la transmission des résultats ont mentionné que la démarche était très intéressante. Ils rapportent que les informations transmises reflètent bien la situation vécue par l'enfant et sa famille au moment de la visite. D'autres nomment être content de recevoir les résultats car cela permet de voir les améliorations et l'évolution de la situation familiale. La transmission des résultats permet également de valider les observations, les informations qu'ils connaissent de l'enfant et de la famille et même d'orienter leurs interventions.

2.5 Difficultés rencontrées lors de la visite à domicile et solutions apportées

Les enfants et les parents rencontrés à leur domicile pour la réalisation du pré-test démontrent un intérêt et une motivation à participer à la recherche et collaborent de façon très satisfaisante. Les quelques difficultés rencontrées sont : l'absence de la famille au rendez-vous qu'il a fixé avec le personnel de recherche, l'impossibilité d'évaluer l'enfant parce qu'il est en sieste, l'absence de coordonnées téléphoniques pour communiquer avec la famille, ainsi que l'incompatibilité des disponibilités des assistantes de recherche avec celles de la famille.

Plusieurs solutions ont été apportées pour contrer ces difficultés. Des rencontres ont été remises à une date ultérieure lorsque la famille était absente au rendez-vous ou lorsqu'il a été impossible d'administrer les tests à l'enfant. Pour les familles ne possédant plus de téléphone, un contact a été fait auprès de l'intervenante de l'enfant afin de maintenir un lien avec celle-ci. Les intervenants ont été d'un grand soutien dans plusieurs situations.

Finalement, de nouvelles assistantes ont été engagées pour offrir de plus grandes disponibilités aux familles. Elles ont reçu la formation développée pour la cueillette de données à domicile.

2.6 Considérations éthiques spécifiques à la visite à domicile

Les assistantes de recherche qui réalisent les visites à domicile doivent éviter de se trouver en situation de conflit d'intérêts avec une famille c'est-à-dire qu'ils ne doivent pas accepter de rencontrer une famille qu'ils connaissent ou qu'une personne proche connaît. Dès leur retour de la visite, ils doivent ranger les documents comportant des informations confidentielles (nom du parent et des enfants, adresse, numéro de téléphone) dans le classeur verrouillé et prévu à cette fin dans le bureau des personnes responsables de la cueillette des données. Afin de préserver la confidentialité des participants, un numéro d'usager est attribué à chacun : c'est uniquement ce numéro qui se retrouve sur les questionnaires et les tests administrés.

De plus, les assistantes placées devant une situation où le risque que le développement et la sécurité de l'enfant soient compromis doivent aviser immédiatement la responsable de la cueillette de données ou la coordonnatrice du projet. Si la situation de l'enfant doit être signalée à l'intervenant de l'enfant, c'est cette personne qui le fera et le parent en sera avisé tel que mentionné dans le formulaire de consentement éthique qu'il a signé.

3) Questionnaires de perception parentale sur les services reçus

La deuxième activité de collecte de données réalisée auprès du répondant principal, 3 mois après la visite pré-test, est de répondre à un questionnaire téléphonique d'une durée approximative de 10 minutes. Ce questionnaire comporte 3 mesures standardisées (QPA, QCPP, ECS) portant sur les expériences parentales d'être soutenu dans la réponse aux besoins de leurs enfants et aux expériences parentales de contrôle sur les aspects de leur vie en lien avec les services que leur enfant et eux reçoivent concernant sa perception des services. Le répondant principal sera sollicité 12 mois après la visite pré-test pour répondre de nouveau à ce questionnaire téléphonique.

L'assistante de recherche qui entre en contact avec le répondant principal pour l'inviter à répondre au questionnaire doit d'abord s'assurer de sa disponibilité pour répondre immédiatement. Dans la plupart des cas, un rendez-vous téléphonique est fixé avec le répondant principal à un moment qui lui convient. Lors de ce rendez-vous téléphonique, le répondant principal est de nouveau informé des principaux éléments de la confidentialité de la recherche. Par la suite, l'assistante administre les 3 mesures (QPA, QCPP, ECS) et s'assure que le parent comprenne bien les questions.

3.1 Difficultés rencontrées et solutions apportées

Les difficultés rencontrées sont principalement reliées à celle de rejoindre le répondant principal. Les raisons sont les suivantes : le répondant ne répond pas au téléphone et/ou ne rappelle pas lorsqu'un message lui est laissé, le répondant a changé de numéro de téléphone, le répondant n'a plus de ligne téléphonique, il ne répond pas lorsque l'assistante appelle même si un rendez-vous a été fixé.

Les solutions entreprises pour contrer ces difficultés ont été de mettre en place un mécanisme de suivi des participants qui consiste à comptabiliser le nombre de contacts faits auprès du parent pour le rejoindre, le nombre de messages laissés, etc. Après un certain temps (au plus un mois après la première tentative de le rejoindre), l'intervenant dédié est appelé afin de vérifier auprès de lui les coordonnées de la famille et savoir si le parent est toujours en contact avec celui-ci. Dans le cas où la famille de l'enfant n'a plus de numéro de téléphone, un contact avec l'intervenant a été fait pour établir le lien avec la famille. Pour les familles absentes lors du rendez-vous téléphonique, un appel a été fait pour remettre le rendez-vous à une date ultérieure. Pour rejoindre les participants, les stratégies utilisées ont été de téléphoner à différents moments de la journée, les soirs et les fins de semaine et afin d'assurer une plus grande disponibilité, quatre assistantes ont été choisies pour prendre contact avec le répondant.

Malgré tous les efforts pour rejoindre les familles dans un délai de 3 mois après le pré-test, il arrive parfois qu'il soit impossible de réaliser le questionnaire dans le temps prescrit. Actuellement, un retard de jusqu'à 5 mois peut être observé. C'est très souvent parce que la famille vit une situation difficile ou le suivi d'intervention est interrompu.

3.2 Considération éthique spécifique au questionnaire téléphonique

Afin de préserver la confidentialité de chaque participant, le numéro de participant qui leur a été attribué lors de la rencontre pré-test est inscrit sur le questionnaire téléphonique. Puis lorsqu'il est complété, il est remis dans le dossier de la famille qui se trouve dans le classeur verrouillé et prévu à cette fin.

4.3.3 Nombre de questionnaires téléphoniques complétés

Quatre-vingt-huit répondants du groupe AIDES et 84 du groupe témoin ont répondu au QPPSR 3 mois après le pré-test. Neuf mois plus tard (soit 12 mois après le pré-test), ce sont 57 répondants principaux du groupe AIDES et 61 du groupe témoin ont répondu au QPPSR.

ANNEXE A : DOCUMENTS UTILISÉS À L'IDENTIFICATION ET À LA RÉFÉRENCE DES ENFANTS DANS LE PROJET

Cheminement d'une référence au projet AIDES GROUPE AIDES/Territoire de Montréal

Un enfant est identifié par les personnes autorisées dans chacun des milieux de pratique selon les critères établis

L'intervenant au suivi est informé que l'enfant est ciblé par la recherche

L'intervenant informe le parent que son enfant est identifié comme pouvant faire partie d'une recherche; il lui remet le *dépliant* et la *lettre* qui explique brièvement la recherche

La famille *refuse* : fin du processus de la référence

La famille *accepte* de participer au projet et *consent* à ce que l'équipe de recherche le contacte pour recevoir davantage d'information : l'intervenant obtient le consentement du parent afin de transmettre ses coordonnées à l'équipe de recherche via le formulaire de consentement

L'intervenant télécopie à la professionnelle de recherche le formulaire de consentement complété et fait une copie à remettre au parent. Il classe l'original au dossier de l'usager

Un membre de l'équipe de recherche contacte le parent afin de lui donner davantage d'information, répondre à ses questions et prendre rendez-vous avec le parent

La famille refuse : fin du processus pour cette famille

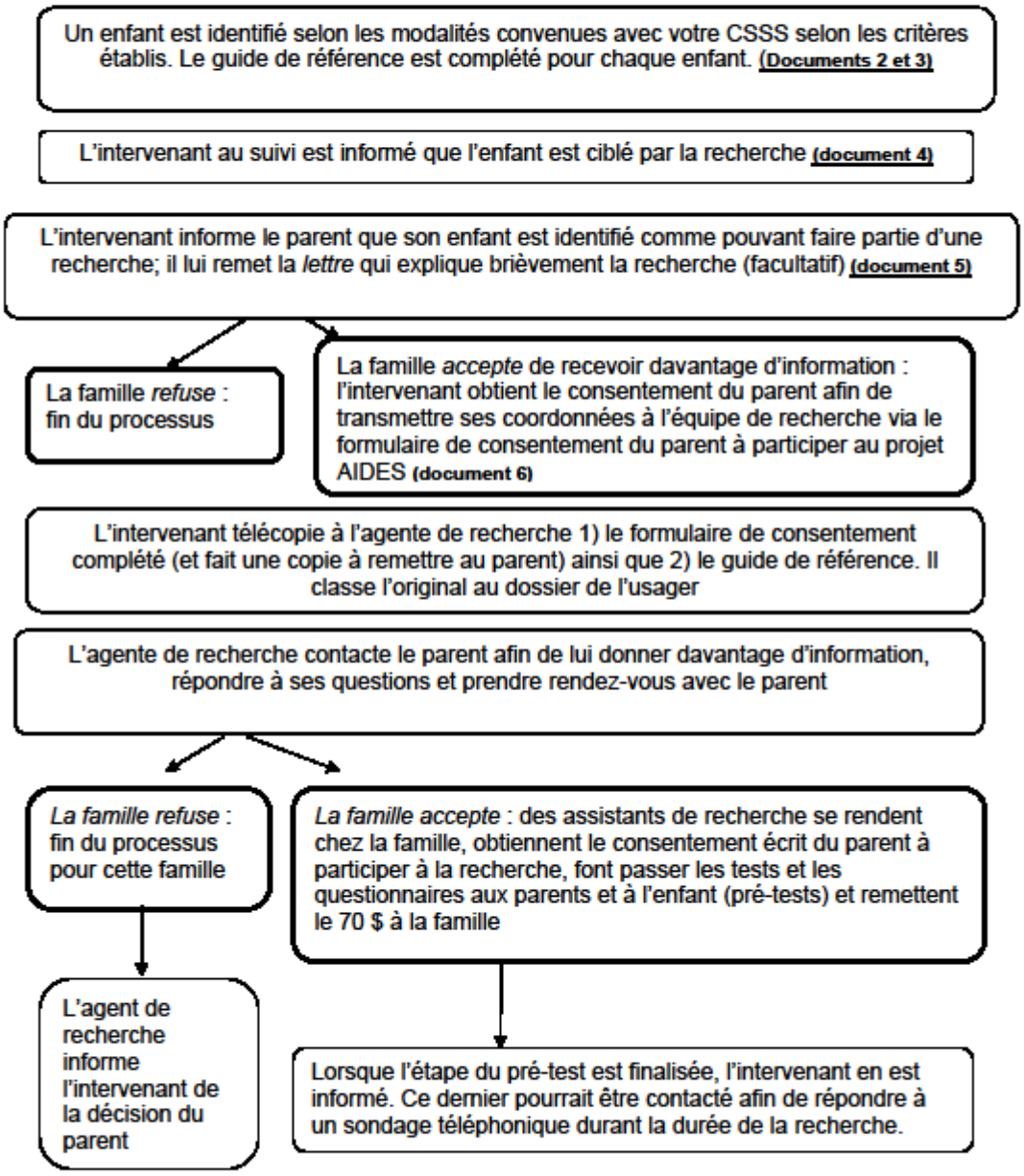
La famille accepte : des auxiliaires de recherche se rendent chez la famille, obtiennent le consentement écrit à participer à la recherche, font passer les tests et les questionnaires aux parents et à l'enfant (pré-test) et remettent 70 $ à la famille

Le professionnel de recherche confirme à l'intervenant la décision du parent (acceptation ou refus de participer)

Lorsque l'étape du pré-test est finalisée, l'intervenant en est informé et est invité à intégrer à son intervention les principes et les outils du projet AIDES.

DOCUMENT 1

Cheminement d'une référence au projet de recherche de l'Université de Montréal « Familles ayant des enfants de moins de 7 ans recevant des services de plus d'un établissement »



GUIDE DE RÉFÉRENCE

Critères permettant de référer un enfant et sa famille au projet AIDES

Nom et prénom de l'enfant : _____ Date : _____

Intervenant référant: _____ Téléphone : _____ # _____

Provenance de la référence : CJ ☐ CSSS ☐ E/O DPJ ► CSSS ☐

CRITÈRES	DÉFINITION	ÉVALUATION (cochez)	
		OUI	NON
1a- Âge de l'enfant (0-7 ans) D.N. : _____	L'enfant est âgé entre 0 et 7 ans au moment d'être inscrit dans le projet. *Notes : a) Un enfant âgé de 6 ans et 11 mois au moment de son inscription dans le projet est admissible.* *b) Un seul enfant par famille peut être ciblé pour la recherche.* *Advenant un signalement fondé chez plusieurs enfants, il s'agit de l'enfant signalé présentant le plus de besoins aux points 5 et 6 de cette grille. A besoin égaux, il s'agit du plus jeune enfant.* *Advenant un signalement non fondé, il s'agit de l'enfant présentant le plus de besoins aux points 5 et 6. A besoins égaux, il s'agit du plus jeune enfant.*	☐	☐
2- Enfant maintenu dans son milieu parental : • Le CJ assure le suivi : • Le CSSS assure le suivi :	L'enfant est maintenu dans son milieu parental (deux parents ou mère ou père ou autre figure parentale) et le maintien en milieu naturel est l'orientation retenue dans le cadre des services proposés. **OU** L'enfant a une mesure d'hébergement provisoire, mais l'orientation prévue est un retour au milieu parental. L'enfant est maintenu dans son milieu parental (deux parents ou mère ou père ou autre figure parentale).	☐	☐
3- Enfant ayant un diagnostic au moment de la référence au projet	Trouble envahissant du développement ou déficience intellectuelle	☐	☐
4-Situation familiale préoccupante (voir parties 5-6-7-8)	La situation familiale de l'enfant est suffisamment détériorée pour susciter des préoccupations significatives face à son développement (ex. signalement au DPJ ou indice de priorisation élevé en CSSS).	☐	☐

CRITÈRES	DÉFINITION	EVALUATION (cochez)	
		OUI	NON
5- Besoins non comblés de l'enfant	• Santé physique	☐	☐
	• Santé psychologique	☐	☐
	• Éducation	☐	☐
	• Développement comportemental et émotif	☐	☐
	• Identité et relations familiales et sociales	☐	☐
	• Hygiène corporelle	☐	☐
6- Difficulté(s) des ou de la figure(s) parentale(s) à répondre aux besoins de l'enfant	• Soins de base	☐	☐
	• Sécurité	☐	☐
	• Amour et affection	☐	☐
	• Stimulation	☐	☐
	• Encadrement	☐	☐
	• Stabilité	☐	☐
7- Problématique(s) personnelle(s) des ou de la figure(s) parentale(s) affectant ses réponses aux besoins de l'enfant	• Maladie physique	☐	☐
	• Maladie mentale	☐	☐
	• Incapacité physique	☐	☐
	• Incapacité intellectuelle	☐	☐
	• Déficience sensorielle	☐	☐
	• Troubles neurologiques	☐	☐
	• Problèmes d'abus d'alcool et/ou de drogues	☐	☐
	• Problèmes de violence conjugale	☐	☐
8- Facteurs familiaux et environnementaux affectant les besoins de l'enfant et/ou les réponses des ou de la figure(s) parentale(s) aux besoins de l'enfant	• Tensions aiguës dans la famille	☐	☐
	• Logement non adéquat	☐	☐
	• Problématique d'emploi	☐	☐
	• Revenu insuffisant	☐	☐
	• Isolement social	☐	☐
	• Non accès et/ou non utilisation des ressources	☐	☐
9- Établissements et partenaires impliqués *	L'enfant reçoit ou doit recevoir des services de deux établissements/partenaires ou plus *Indiquez ceux déjà impliqués :* _____ *Indiquez ceux à impliquer :* _____	☐	☐

* Compte-tenu de la situation de l'enfant et de sa famille, il est à prévoir que plus d'un établissement/partenaire soit impliqué dans le plan d'action. Ceux-ci sont soit déjà impliqués dans la prestation des services ou restent à être impliqués.

N.B. L'enfant est retenu pour l'expérimentation si aucune case n'est cochée dans les zones ombragées et si au minimum une case est cochée « oui » dans chacune des parties « 5-6-7-8 ».

Remarques : _____

_____

_____

_____

Au besoin, n'hésitez pas à contacter Danielle Lessard, coordonnatrice de AIDES -Tél. : 514-343-6111 # 1-3750

S.V.P., veuillez nous télécopier ce document accompagné du « Formulaire de consentement du parent à participer au projet de recherche AIDES » au numéro de télécopieur suivant : 514-343-2114.

Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille
Université du Québec à Trois-Rivières
C.P. 500
Trois-Rivières, Qc
G9A 5H7

GUIDE DE RÉFÉRENCE

Critères permettant de référer un enfant et sa famille au projet de recherche portant sur les enfants de moins de 7 ans recevant des services de plus d'un établissement

Nom et prénom de l'enfant :_____ Date : _____

Intervenant ayant référé :_____ Tél. : _____ # _____

Établissement : ☐ Centre Jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec : équipe : _____

☐ CSSS Maskinongé ☐ CSSS Bécancour -Nicolet -Yamaska ☐ CSSS Trois-Rivières

CRITÈRES	DÉFINITION	ÉVALUATION (cochez)	
		OUI	NON
1- Age de l'enfant (0 à 7 ans) D.N. :_____	L'enfant est âgé entre 0 et 7 ans au moment d'être inscrit dans le projet. (*Un enfant âgé de 6 ans et 11 mois au moment de son inscription dans le projet est admissible).* *a) Un seul enfant par famille peut être ciblé pour la recherche. A besoins égaux, il s'agit du plus jeune enfant.*	☐	☐
2- Enfant maintenu dans son milieu naturel	L'enfant est maintenu dans son milieu familial (deux parents ou mère ou père ou autre figure parentale) et le maintien en milieu naturel est l'orientation retenue dans le cadre des services proposés.	☐	☐
	L'enfant a une ordonnance de placement, mais l'orientation prévue au terme de l'ordonnance est un retour un milieu familial.	☐	☐
3- Enfant ayant un diagnostic au moment de la référence au projet	Trouble envahissant du développement ou déficience intellectuelle	☐	☐
4-Situation familiale préoccupante	La situation familiale de l'enfant est suffisamment détériorée pour susciter des préoccupations significatives face à son développement (ex. signalement au DPJ ou indice de priorisation élevé en CSSS).	☐	☐
5- Établissements et partenaires impliqués *	L'enfant reçoit ou doit recevoir des services de deux établissements/partenaires ou plus : *Indiquez ceux déjà impliqués* : _____ *Indiquez ceux à impliquer :* _____	☐	☐

***** Compte-tenu de la situation de l'enfant et de sa famille, il est à prévoir que plus d'un établissement/partenaire soit impliqué. Ceux-ci sont soit déjà impliqués dans la prestation des services ou restent à être impliqués.

Remarques :

_____

_____

Les formulaires complétés (le guide de référence et le formulaire de consentement du parent) doivent être acheminé par télécopieur à Madame Stéphanie Plourde, professionnelle de recherche de l'UQTR.

☎ 819-376-5011 poste 3978 **FAX : 819-376-5065**

Chers parents,

Nous sommes une équipe de recherche de l'Université de Montréal et nous recherchons des familles ayant des enfants âgés entre 0 et 7 ans qui reçoivent des services de plus d'un établissement.

L'implication à cette étude requiert votre participation et celle de votre enfant à deux rencontres à la maison (une cette année et une l'année prochaine). Durant ces rencontres d'une durée de 2 à 3 heures chacune, vous compléterez quelques questionnaires sur votre enfant et votre famille.

Pour vous remercier de votre précieuse collaboration, nous vous remettrons 70$ pour votre participation. Au cours de l'étude, vous recevrez, si vous le désirez, des informations sur les résultats des questionnaires et des tests auxquels vous et votre enfant aurez répondu.

En complément à ces deux rencontres, vous allez être invité à participer à un questionnaire téléphonique d'environ 10 minutes sur votre satisfaction, comme parent, des services que vous recevez dans le cadre de l'initiative AIDES. Certains parents seront ensuite choisis au hasard afin de participer à une entrevue téléphonique d'environ 20 à 30 minutes.

Si vous êtes intéressés à recevoir plus d'informations sur l'étude, vous n'avez qu'à signer le formulaire ci-joint nous autorisant à communiquer avec vous.

Pour de plus amples informations, n'hésitez pas à nous contacter. Il nous fera plaisir de répondre à vos questions.

Au plaisir de vous rencontrer,

Danielle Lessard
Coordonnatrice du projet AIDES
Téléphone : (514) 343-6111, poste 1-3750

Chers parents,

Nous sommes une équipe de recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et nous recherchons des familles ayant des enfants âgés entre 0 et 7 ans qui reçoivent des services de plus d'un établissement.

L'implication à cette étude requiert votre participation et celle de votre enfant à 2 rencontres à la maison (une cette année et une l'année prochaine). Durant ces rencontres d'une durée de 2-3 heures chacune, vous compléterez quelques questionnaires sur votre enfant et votre famille.

Pour vous remercier de votre précieuse collaboration, nous vous remettrons 70$ pour votre participation. Au cours de l'étude, vous recevrez, si vous le désirez, des informations sur les résultats des questionnaires et des tests auxquels vous et votre enfant aurez répondus.

Si vous êtes intéressés à recevoir plus d'informations sur l'étude, vous n'avez qu'à signer le formulaire ci-joint nous autorisant à communiquer avec vous.

Pour de plus amples informations, n'hésitez pas à nous contacter. Il nous fera plaisir de répondre à vos questions.

Au plaisir de vous rencontrer,

Véronique Bouchard
Agente de recherche
Téléphone : (514) 343-6111 poste 1-49409

AIDES

GROUPE AIDES – TERRITOIRE MONTRÉAL

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PARENT
À PARTICIPER AU PROJET AIDES

Suite aux informations que j'ai reçues sur le projet AIDES, je suis intéressé(e) à y participer. Je consens à ce que l'équipe de recherche me contacte pour m'en parler davantage.

***NOM DU PARENT* :**_____

***SIGNATURE DU PARENT* :**_____

Si la personne a donné son accord verbal au téléphone, veuillez apposer votre signature

_____ (Signature de l'intervenant)

***DATE DU CONSENTEMENT* :**_____

***TÉLÉPHONE OÙ REJOINDRE LE PARENT* :**_____

***NOM DE L'ENFANT* :**_____

***DATE DE NAISSANCE* :**_____

***NOM DE L'INTERVENANT RÉFÉRENT* :**_____

***NOM DE L'ORGANISATION* :**_____

***TÉLÉPHONE DE L'INTERVENANT* :**_____#_____

Merci de votre collaboration!

Remplir ce formulaire d'enregistrement et le retourner à l'équipe de recherche du projet AIDES, au numéro de télécopie suivant : **514-343-2114.**

AIDES

GROUPE TÉMOIN – TERRITOIRE MONTRÉAL

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PARENT
À PARTICIPER AU PROJET AIDES

Suite aux informations que j'ai reçues sur le projet AIDES, je suis intéressé(e) à y participer. Je consens à ce que l'équipe de recherche me contacte pour m'en parler davantage.

***NOM DU PARENT* :**_____

***SIGNATURE DU PARENT* :**_____

Si la personne a donné son accord verbal au téléphone, veuillez apposer votre signature

_____ (Signature de l'intervenant)

***DATE DU CONSENTEMENT* :**_____

***TÉLÉPHONE OÙ REJOINDRE LE PARENT* :**_____

***NOM DE L'ENFANT* :**_____

***DATE DE NAISSANCE* :**_____

***NOM DE L'INTERVENANT RÉFÉRENT* :**_____

***NOM DE L'ORGANISATION* :**_____

***TÉLÉPHONE DE L'INTERVENANT* :**_____#_____

Merci de votre collaboration!

Remplir ce formulaire d'enregistrement et le retourner à l'équipe de recherche du projet AIDES, au numéro de télécopie suivant : **514-343-2114.**

ANNEXE 3 : DESCRIPTION DES OUTILS STANDARDISÉS

Questionnaire de renseignements sur la famille

Ce questionnaire vise à dresser un portrait sociodémographique des familles participantes à l'étude. Il permet d'avoir une idée précise au sujet de la structure familiale et du nombre d'enfants et d'adultes vivant sous le même toit. Le questionnaire permet aussi de documenter le niveau de scolarité, la situation d'emploi et le revenu des parents, ainsi que le type d'habitation dans laquelle réside la famille. Enfin, des informations sur l'ensemble des services reçus par la famille s'y retrouvent. Le *questionnaire de renseignements à la famille* a été créé pour répondre aux objectifs du projet de recherche.

Grille d'évaluation du développement (GED)

La GED est un outil d'évaluation pour les enfants âgés entre 0 et 5 ans développé par des chercheurs du Laboratoire d'étude du nourrisson (LEN) (Pomerleau *et al.*, 2005). Elle a été conçue pour détecter et distinguer les forces et les difficultés de l'enfant dans les différentes dimensions de son développement. Validée auprès d'un échantillon d'enfants québécois, la GED comprend trois échelles du développement : cognitive langagière, motrice et socio affective (Pomerleau *et al.*, 2005). Différentes versions de la GED existent en fonction de l'âge de l'enfant évalué[38]. Pour déterminer la grille appropriée, il faut calculer l'âge de l'enfant à l'aide du calculateur d'âge. Cet outil s'assure que l'âge de l'enfant est calculé de façon précise et fait, au besoin, l'ajustement des scores. La GED comporte une série d'items dont le nombre varie d'une dimension à l'autre et d'un niveau d'âge à l'autre. Les différents items représentent des tâches et des situations qui permettent d'évaluer la performance de l'enfant à partir de critères définis. Le degré des items est distribué selon une courbe normale[39]. Le matériel nécessaire à l'administration du test est simple à utiliser et facile à transporter. L'administration est effectuée par un examinateur dûment formé à son utilisation, qui observe et effectue les différents items avec l'enfant, afin de mettre en évidence le niveau de fonctionnement de celui-ci à travers les différentes sphères de son développement. La cotation des résultats est simple, l'évaluateur doit noter la réussite ou l'échec de chaque item. Pour chacun des niveaux d'âge de la GED, des canevas de correction permettent de calculer un score pour chacune des trois échelles du test. Ce score, exprimé en pourcentage, représente la proportion d'items réussis par l'enfant en fonction du nombre d'items de chaque échelle. Une grille d'interprétation des scores permet de situer le score obtenu à chaque échelle en fonction du score moyen attendu pour les enfants d'un niveau d'âge donné. Pour chacune d'entre elles, le score de

[38] Les différentes versions sont les suivantes : 0-3 mois, 3-6 mois, 6-9 mois, 9-12 mois, 12-15 mois, 15-18 mois, 18-21 mois, 21-24 mois, 24-30 mois, 30-36 mois, 36-42 mois, 42-48 mois, 4 ans et 5 ans.

[39] La majorité des items ont un niveau de difficulté moyen, quelques items sont faciles à réaliser et certains ont un niveau de difficulté élevé. Pour sa part, l'échelle socio-affective ne comporte pas d'items difficiles; elle permet simplement de vérifier la présence d'habiletés socio-affectives essentielles pour un âge donné.

l'enfant peut se situer dans une zone de « confort », une zone « à surveiller » (15% des enfants dans l'échantillon normatif obtiennent un score aussi faible) ou une zone de « référence » (2% des enfants dans l'échantillon normatif obtiennent un score aussi faible). Lorsqu'un score est dans la *zone de confort*, l'enfant ne semble pas présenter de difficultés particulières et son développement est adéquat. Un score obtenu dans la *zone à surveiller* est indicateur d'un niveau d'inquiétude fondé et de l'importance de surveiller le développement de l'enfant. Enfin, lorsque l'enfant se trouve dans la *zone de référence*, le retard de l'enfant se révèle important, ce qui nécessite la mise en action immédiate d'un plan d'intervention ou de référence. (Pomerleau *et al.*, 2005).

Les analyses psychométriques montrent que la GED fournit une mesure stable, fiable et valide des habiletés cognitives, motrices et socio affectives des enfants de la naissance à 5 ans. Une étude de normalisation ayant débuté en 2006 a été effectuée auprès de 859 enfants de niveau d'âge différent, et ce, à travers le Québec, afin d'obtenir des normes représentatives des enfants québécois. Dans le cadre de ce projet, les enfants obtenant des scores dans la zone à surveiller seront considérés comme ayant des difficultés développementales significatives dans l'une ou l'autre de trois dimensions de la GED. Cela correspond à environ 15% des enfants dans l'échantillon normatif.

Échelle de vocabulaire en images Peabody (ÉVIP)

Adapté en français par Thériault et ses collaborateurs en 1993, l'ÉVIP est un test utilisé auprès d'enfants âgés de deux ans et demi à 18 ans. Elle sert à déterminer l'étendue du vocabulaire acquis par l'enfant, en plus de constituer une mesure brève et valide du rendement cognitif et langagier. L'échelle comporte deux formes parallèles (A et B). Pour l'initiative AIDES, la forme A est utilisée. Il s'agit d'une échelle comprenant cinq items d'entraînement suivis de 170 items ordonnés par ordre croissant de difficulté. Chaque item consiste en quatre dessins présentés sur une carte. L'enfant doit alors choisir parmi les quatre images présentées celle qui illustre le mieux le mot stimulus prononcé à voix haute par l'examinateur. Le score brut obtenu par l'enfant sera converti en score normalisé équivalent par âge et sera comparé à des normes établies au Canada auprès de 2038 enfants francophones de niveaux d'âge différents. Le manuel de l'ÉVIP fournit d'ailleurs l'ensemble de ces normes (Dunn *et al.*, 1993). Selon la courbe normale, 15 % des enfants se retrouvent avec un résultat médiocre à faible.

Child Behavior Checklist (CBCL)

Le CBCL (Achenbach et Rescorla, 2000, 2001) est un questionnaire complété par la figure parentale qui permet de décrire les problèmes émotionnels et comportementaux des enfants (Lacharité, 1999). Deux versions différentes ont été créées, soit la version 18 mois-5 ans et la version 6-18 ans. Elles contiennent des items adaptés à l'âge des enfants. La version française 18 mois-5 ans utilisée dans le cadre de la présente étude a été révisée par Lemelin et St-Laurent (2002). Elle contient 100 items qui se regroupent

en différentes sous-échelles afin de préciser les comportements problématiques présentés par l'enfant : réactivité émotionnelle, anxiété/dépression, somatisation, retrait social, problèmes de sommeil, problèmes d'attention et comportements agressifs. Le CBCL 6-18 ans contient 113 items et précise les comportements problématiques selon différentes sous-échelles : anxiété/dépression, retrait/dépression, somatisation, problème de socialisation, troubles de la pensée, problèmes d'attention, comportements délinquants, et comportements agressifs. Les réponses sont indiquées sur une échelle de Likert en trois points, *pas vrai, un peu ou quelques fois vrai* et *très vrai ou souvent vrai.* Les deux versions fournissent un score global et deux scores se référant aux problèmes de type intériorisé et de type extériorisé. Les problèmes intériorisés regroupent des manifestations d'anxiété, de retrait, de dépression et de somatisation chez l'enfant, alors que les problèmes extériorisés sont davantage liés à des comportements agressifs et de transgression de règles. Plus le score global au CBCL est élevé, plus l'occurrence de problèmes comportementaux et émotionnels est importante et donc plus l'enfant est susceptible de présenter des difficultés d'adaptation psychologique et sociale.

Un échantillon normatif de 700 parents pour la version 18 mois-5 ans et de 1753 parents pour la version 6-18 ans permettent de proposer de fixer des points de coupure qui indiquent que 15 % des enfants présentent des difficultés de type intériorisé, extériorisé ou global. Sur le plan des sous-échelles, les points de coupures proposés indiquent alors que 10 % des enfants ont un niveau de difficulté significativement élevé.

Child abuse potential inventory (CAPI) / Inventaire du potentiel d'abus

Le CAPI (Milner, 1994) est un questionnaire de 160 items qui s'adresse au parent. Il a été traduit en français par (Palacio-Quintin, 1992). Ce questionnaire a été conçu comme un outil de dépistage des risques d'abus physique par les intervenants en protection de l'enfance dans leurs enquêtes sur des cas de maltraitance signalés. Le CAPI est l'un des instruments les plus utilisés dans les études concernant les mauvais traitements envers les enfants. Les items sont formulés sous forme d'énoncés et le répondant se dit en accord ou en désaccord avec chacun d'entre eux. La comptabilisation des réponses conduit à l'attribution d'un score global de potentiel d'abus et à six scores aux sous-échelles suivantes : détresse, rigidité et tristesse chez le répondant, problèmes avec les enfants, la famille et les autres. De plus, cet instrument comporte quatre échelles de validité : mensonge, réponses au hasard, inconsistance dans les réponses et désirabilité. Un score situé dans la catégorie « tendances » est considéré comme le point à partir duquel l'abus ou la négligence a une probabilité significative de se produire. Plus le score au CAPI est élevé, plus l'abus ou la négligence est considéré comme ayant un potentiel d'être chronique. Comme le CAPI a été conçu pour être appliqué auprès d'une population de parents signalés à la protection de l'enfance, nous ne disposons pas d'information normative sur une population générale (comme pour les autres instruments décrits jusqu'à maintenant). Il permet toutefois de prédire significativement (à l'aide du point de coupure du score de potentiel d'abus) des parents

dont le signalement sera retenu. Par conséquent, il est possible de prévoir que dans un groupe de parents « à risque » de mauvais traitements environ 30 à 50% des parents signalés auront un score élevé que le point de coupure proposé (Milner, 1990).

Questionnaire JPM : regroupement d'items des questionnaires JVQ, PCCTS et MNBS

Le *JPM* est un questionnaire regroupant des items tirés de trois outils qui permettent de décrire la présence de différentes formes de victimisation et de maltraitance dans la vie d'un enfant. Le *Juvenile victimization questionnaire (JVQ)* (Finkelhor, Hamby*, et al.*, 2005) est un questionnaire composé de 34 items s'adressant à des enfants âgés entre 2 et 17 ans permettant d'évaluer la présence de multiples formes de victimisation subies par un enfant dont le crime conventionnel, les mauvais traitements, l'abus par les pairs ou la fratrie, l'abus sexuel et la victimisation indirecte. Il est toutefois à noter que dans le *JVQ* (Finkelhor, Hamby*, et al.*, 2005), les catégories de réponses sont généralement de type binaire de façon à connaître la présence vs l'absence de l'une ou l'autre des formes de victimisation au cours de la dernière année. Dans le cadre de la présente recherche, le parent répond à partir d'une échelle de type Likert (jamais arrivé à arrivé 7 fois ou plus). Le participant peut également répondre que la situation n'est pas arrivée cette année, mais est arrivée auparavant, qu'il ne sait pas ou refuse de répondre à la question. Cette échelle de réponses s'inspire de l'échelle provenant du second instrument constituant le *JPM*, soit le *Parent Child Conflict Tactic Scales (PCCTS) (Straus, Hamby, Finkelhor, Moore et Runyan, 1998)*. Le *JVQ* a été administré dans le cadre d'un sondage téléphonique, à l'échelle nationale des États-Unis, visant à connaître les expériences de victimisation vécues par 2030 enfants américains. Pour les enfants âgés de 2-9 ans, les réponses étaient obtenues via le parent. L'étude montre que 71% de l'échantillon a rapporté avoir vécu au moins une forme de victimisation au cours de l'année, avec une moyenne de 2,63 formes de victimisation par enfant.

Le *PCCTS (Straus, 1995)* a été traduit en français par (Fortin, Cyr et Chénier, 1996). Il permet d'évaluer les conduites disciplinaires des figures parentales lors de conflits ou de désaccords avec l'enfant. Cette version traduite contient 27 items et s'adresse aux enfants de 0 à 18 ans. Parmi ces items, 21 permettent d'identifier trois dimensions des conduites disciplinaires : la discipline non violente, les agressions psychologiques et la violence physique. Cette dernière se subdivise en deux catégories, soit la punition corporelle et la violence sévère ou très sévère. Cinq autres items traitent des comportements de négligence et les deux derniers concernent les abus sexuels. Une étude de validation et des normes ont été établies à partir des résultats d'un sondage téléphonique réalisé en 1995. Un nombre de 1000 interviews a été complété. Presque tous les parents (977/1000) ont rapporté s'être engagés dans l'une des quatre tactiques disciplinaires provenant de l'échelle de discipline non violente (expliquer à l'enfant pourquoi un geste est inadéquat, proposer à l'enfant une alternative à l'action posée, enlever des privilèges à l'enfant, mettre l'enfant en réflexion). Les parents auraient fait usage de ces techniques disciplinaires en moyenne 46 fois au cours de la dernière année. La technique la plus fréquemment utilisée serait l'explication. Les taux montrent

que l'agression psychologique était pratiquement aussi fréquente que la discipline non violente. Une fois encore, le mode le plus fréquent d'agression psychologique était de crier ou d'insulter l'enfant et le deuxième plus fréquent était de menacer l'enfant de lui donner la fessée. Le fait de jurer contre l'enfant s'est produit beaucoup moins souvent, bien qu'à un taux tout de même assez élevé (243/1000). L'échelle d'agression physique couvre une grande étendue d'actions pouvant être posées, de la punition corporelle ayant une légitimité culturelle aux actes d'agression physique. Les résultats indiquent que l'agression physique sévère s'est produite à un taux beaucoup moins élevé que la punition corporelle, ce taux demeurant tout de même quatre fois plus important que le taux de quatre cas pour 1000 rapporté aux services de protection de l'enfance et cinq fois plus élevé que le taux de 9,1/1000 de la troisième étude nationale d'incidence (Sedlak et Broadhurst, 1996). L'échelle de négligence révèle une prévalence annuelle de 270/1000. Presque tous ces cas sont attribuables au fait de laisser l'enfant seul alors qu'un adulte aurait dû être présent ou de ne pas procurer la nourriture dont l'enfant aurait pourtant eu besoin. Il y avait en outre une incapacité à procurer des soins adéquats attribuables aux problèmes d'alcool (23/1000).

Le *Multidimensional Neglecful Behavior Scale (MNBS)* a été créé afin d'évaluer la prévalence de comportements négligents au sein de diverses populations. Aux fins de la présente étude, 11 items ont été tirés de l'outil original (Kaufman Kantor *et al.*, 2004) pour mesurer l'étendue avec laquelle les besoins des enfants ont été négligés au cours des 12 derniers mois : a) besoins physiques (alimentation, hébergement, soins médicaux, etc.), b) besoins émotionnels (affection, support, compagnonnage), c) besoins en supervision (encadrement des comportements, des déplacements et des amis de l'enfant, etc.) et d) besoins cognitifs (interactions ludiques, assistance dans les devoirs, etc.).

En somme, construit à partir d'items issus du *JVQ*, du *PCCTS* et du *MNBS*, le *JPM* représente un amalgame entre le contenu, la formulation des questions et les échelles de réponses de ces trois premiers questionnaires.

Parenting Stress Index (PSI)/Indice de stress parental (ISP)

Le PSI (Abidin, 1983) est un questionnaire complété par le parent qui décrit le niveau de tension psychologique et de stress pouvant être vécu chez ce dernier. Il a été traduit en français et validé au Québec par Bigras *et al.* (1996) auprès d'un échantillon de parents d'enfants d'âge préscolaire et par Lacharité, Éthier et Couture (1999) auprès d'un échantillon de parents adoptant des conduites maltraitantes. Dans le cadre de l'initiative AIDES, la forme brève comprenant 36 items est utilisée. Le questionnaire se divise en trois sous-échelles : *la détresse parentale*, *les difficultés dans l'interaction parent-enfant* et *les difficultés chez l'enfant*. Le niveau de détresse parentale est influencé par différents facteurs comme le sentiment de compétence parentale, les restrictions imposées par le rôle de parent, l'isolement social et la relation conjugale. Le niveau de difficulté dans l'interaction parent-enfant est à son tour influencé par le

niveau de renforcement que l'enfant offre à son parent, au sens où l'enfant aide le parent à vivre un sentiment positif à l'égard de lui-même. Enfin, les difficultés de l'enfant peuvent se présenter au travers de son tempérament, de ses caractéristiques (difficultés d'apprentissage, hyperactivité), de ses exigences et de son niveau d'adaptation. Les réponses sont indiquées sur une échelle de Likert en cinq points, profondément d'accord, d'accord, pas certain, en désaccord et en profond désaccord. Une fois le questionnaire complété, un score est calculé sur chacune des sous-échelles pour ensuite produire un score global. Ce score global est transformé en en rang centile qui indique dans quelle mesure le stress parental est faible, normal ou élevé (à partir du 85^{e} rang centile). Il est possible que des parents obtiennent un résultat normal à l'échelle globale et un résultat plus élevé ou plus bas pour une sous-échelle.

À l'intérieur d'un échantillon normatif de 800 parents, 15% des parents présentent un niveau de stress parental significativement élevé (85^{e} rang centile). Un résultat au 95^{e} percentile ou au dessus est un indicateur que la sécurité et le développement de l'enfant peuvent être compromis (Lacharité, Éthier*, et al.*, 1999).

Inventaire de soutien familial (ISF)

L'Inventaire de soutien familial mesure la qualité du soutien social dont les parents disposent au cours des six derniers mois (Dunst, Jenkins*, et al.*, 1994). Il a été traduit et adapté par Lacharité (1996). L'instrument est composé de 18 énoncés faisant référence à des personnes, des groupes ou des organismes susceptibles d'apporter du soutien ou d'intervenir auprès d'une famille ayant un jeune enfant. Deux items supplémentaires vides peuvent être complétés si le parent reçoit du soutien provenant de ressources autres que celles mentionnées. Les réponses sont indiquées sur une échelle de type Likert allant de pas de tout aidant ou pas eu besoin d'aide à extrêmement aidant. Si une personne/groupe ou organisme n'était pas disponible durant cette période pour apporter de l'aide à la famille une catégorie ND (Non Disponible) est également présente. Il s'agit simplement de faire une moyenne en additionnant le score des items et de diviser par le nombre d'items répondus. Un score faible à l'ISF signifie que le parent considère comme étant peu aidant le soutien qu'il reçoit et qu'il a accès à peu de sources de soutien. Un score plus élevé signifie que le parent perçoit son entourage comme étant très aidant et qu'il a accès à un nombre plus important de sources de soutien.

Un échantillon normatif de 394 parents permet d'indiquer qu'un parent ayant un score de 1,61 et moins (en dessous du 25^{e} rang centile) possède un soutien social faible. Alors qu'au dessus d'un score de 2,33 (au dessus du 75^{e} rang centile), le parent possède un réseau social de grande qualité. Ainsi, une proportion de 25% de parents se retrouve avec un soutien social particulièrement faible.

Home Observation and Measurement of the Environment (HOME)

Le HOME est un outil utilisé pour mesurer la qualité et la quantité de stimulation et de soutien offerts à un enfant à l'intérieur de son environnement familial. Quatre versions du HOME existent en fonction de l'âge de l'enfant évalué, soit de la naissance à 3 ans, 3-6 ans, 6-10 ans et 10-15 ans. Aux fins de la présente recherche, seules les trois premières versions sont utilisées.

La version du HOME de la naissance à 3 ans comprend 45 items regroupés en six sous-échelles : *sensibilité à l'enfant*, *acceptation de l'enfant*, *organisation*, *matériel d'apprentissage*, *engagement auprès de l'enfant* et *variété*. Le HOME 3-6 ans inclut 55 items qui se regroupent selon les sous-échelles suivantes : *matériel d'apprentissage*, *stimulation langagière*, *environnement physique*, *sensibilité envers l'enfant*, *stimulation académique*, *modèles*, *variété* et *acceptation*. Finalement, le HOME 6-10 ans contient 59 items regroupés à l'intérieur de huit sous-échelles : *sensibilité à l'enfant*, *encouragement à la maturité*, *enrichissement*, *relations sociales en famille*, *climat émotionnel*, *matériaux et opportunités d'apprentissage*, *intégration familiale* et *environnement physique (Totsika et Sylva, 2004)*.

Cet instrument est complété par un évaluateur formé qui se rend au domicile du participant. Il comporte des items d'observation sur l'interaction parent-enfant et d'autres items sous forme d'entrevue semi-structurée avec le parent, étant donné la difficulté probable d'observer certains items au cours d'une seule visite. La catégorie de réponses est de type binaire. Le manuel d'administration (Caldwell et Bradley, 2003) fournit des indications et des exemples concrets permettant d'uniformiser la correction. Des scores sont calculés pour chacune des sous-échelles. On obtient aussi un score global en additionnant les scores aux sous-échelles. Plus le résultat au score global est élevé, plus l'environnement familial est considéré comme étant une source de stimulation et de soutien adéquat pour favoriser le développement de l'enfant.

Pour la version du HOME 0-3 ans, l'échantillon normatif est de 174 participants. Un score global de 27 et moins est considéré comme une situation problématique. La version 3-6 ans a un échantillon normatif de 232 familles. Un score global de 32 et moins signifie que l'environnement familial ne dispose pas de ressources satisfaisantes pour le développement de l'enfant. La version 6-10 ans a un échantillon normatif de 124 familles. Un score global de 38 et moins signifie que l'environnement familial ne dispose pas de ressources satisfaisantes pour le développement de l'enfant. Le manuel fournit l'ensemble des normes pour chaque catégorie d'âge (Caldwell et Bradley, 2003)[40].

[40] Le HOME ainsi que les procédures d'administration ont été traduits en français dans le cadre du projet AIDES. La version en français n'a cependant pas fait l'objet d'une validation.

Questionnaire sur les pratiques d'aide (QPA)

Le QPA est un questionnaire traduit de l'anglais, le *Helping Practices Scale* de (Dunst *et al.*, 1996). Ce questionnaire permet de mesurer les représentations que se font les parents de l'aide qu'ils reçoivent des professionnels. D'après une procédure de Lacharité, Moreau*, et al.* (1999), le parent répond au questionnaire en se référant à un professionnel avec lequel il entretient une relation d'aide pouvant prendre diverses formes. Une version brève à sept items est utilisée dans la présente étude. Chacun des items commence par une affirmation décrivant une attitude particulière des intervenants dans leur rapport à des parents. Les réponses sont ensuite inscrites sur une échelle de Likert allant de « à peu près jamais comme mon intervenant» à « presque toujours comme mon intervenant». Plus le score à un item est élevé, plus la perception du parent face au comportement du professionnel est positive. Ainsi, plus le score global au questionnaire est élevé, plus la perception globale du parent concernant l'aide reçue de cet intervenant est positive.

Les informations normatives reposent sur un échantillon de 396 mères et pères ayant des enfants âgés de moins de 8 ans et recevant des services d'un intervenant de l'un ou l'autre des établissements suivants : CSSS, CH, CPE, École (classe de maternelle), organismes communautaires famille, CJ ou CRDI/TED. Les scores en dessous de 3,57 (25^{e} rang centile) doivent être considérés comme dénotant une qualité des pratiques d'aide, perçue par le parent, particulièrement faible pour cet intervenant. Les scores au dessus de 4,57 (75^{e} rang centile) doivent être considérés comme dénotant une qualité des pratiques d'aide, perçue par le parent, particulièrement forte pour cet intervenant.

Échelle de contrôle sur les services (ECS)

Cette échelle se base sur une étude d'Affleck *et al.* (1991), qui se sont intéressés à la capacité des parents d'enfants nés prématurément à s'adapter aux circonstances entourant la naissance. Plus particulièrement, ces auteurs ont constaté que tout le stress entourant la naissance et l'hospitalisation d'un enfant fragile au niveau médical pouvait nuire au sentiment de contrôle sur les événements des parents. Ils ont donc débuté leur analyse de la capacité des mères à retrouver un sentiment de maîtrise sur les événements, en vérifiant de quelle façon elles croyaient avoir influencé l'état de leur enfant à l'hôpital ou durant le retour à la maison. Notamment, on demandait aux mères d'évaluer le degré avec lequel elles pouvaient attribuer les progrès de leur enfant à des éléments qui leur étaient propres, sur une échelle allant de 1 à 10 (très peu influencé à énormément influencé). Un peu dans le même sens, dans le cadre de la présente étude, cette échelle permet de mesurer le sentiment de contrôle des parents sur les services qu'ils reçoivent dans le cadre de l'initiative AIDES.

L'échantillon normatif est composé de 406 parents ayant des enfants âgés de moins de 8 ans et recevant des services d'un intervenant de l'un ou l'autre des établissements suivants : CSSS, CH, CPE, École (classe de maternelle), organismes communautaires famille, CJ ou CRDI/TED. Les scores de 5,00 ou moins (en dessous du 25^{e} rang centile) doivent être considérés comme dénotant un sentiment de contrôle du parent particulièrement faible face à l'intervenant. Les scores de 9 et 10 (75^{e} rang centile ou plus) doivent être considérés comme dénotant un sentiment de contrôle du parent particulièrement fort face à l'intervenant. Donc, 25% des parents dans l'échantillon normatif se retrouvent avec un sentiment de contrôle relativement faible par rapport aux services qu'ils reçoivent.

Questionnaire de collaboration parent-professionnel (QCPP)

Le questionnaire sur la collaboration parent-intervenant de (Lacharité, Moreau*, et al.*, 1999) constitue la fusion de deux instruments validés, soit le *Questionnaire sur le lien institution-famille* (McGrew et Gilman, 1991) et le *Fear-of-intimacy Scale* (Descutner et Thelen, 1991). Le QCPP est donc formé de 12 items issus du questionnaire de McGrew et Gilman (1991), qui portent sur le degré de confort ressenti par le parent, la collaboration perçue par celui-ci au sein de la relation avec un intervenant, ainsi que le lieu de contrôle parental. De même, trois items sont tirés de l'instrument de Descutner et Thelen (1991) et portent sur le degré de confiance du parent envers l'intervenant. Bref, le QCPP est un questionnaire de 15 items permettant de décrire la relation qu'entretient un parent avec l'intervenant avec lequel il entretient des contacts significatifs (Lacharité, Moreau*, et al.*, 1999). Les réponses du participant sont inscrites sur une échelle de type Likert en cinq points, de totalement en accord à totalement en désaccord. Plus le score obtenu au QCPP est élevé, plus le parent perçoit positivement la relation vécue avec un intervenant donné.

L'échantillon normatif est composé de 386 parents ayant des enfants âgés de moins de 8 ans et recevant des services d'un intervenant de l'un ou l'autre des établissements suivants : CSSS, CH, CPE, École (classe de maternelle), organismes communautaires famille, CJ ou CRDI/TED. Les scores en dessous de 3,33 (25^{e} rang centile) doivent être considérés comme dénotant une collaboration particulièrement faible entre le parent et l'intervenant. Les scores au dessus de 4,06 (75^{e} rang centile) doivent être considérés comme dénotant une collaboration particulièrement forte entre le parent et l'intervenant.

ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRES MAISON

Numéro d'identification :
Nom de l'évaluateur :
Date de la rencontre : _____/_____/_____
Jour mois année

RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE

A) COMPOSITION ACTUELLE DE LA FAMILLE

1a. Famille biparentale :
Même couple depuis la naissance du premier enfant
Famille reconstituée (en couple depuis _____)

1b. Famille monoparentale :

Y a-t-il parfois une présence masculine à la maison?
Oui lien avec le répondant _____
Fréquente la maison régulièrement
Fréquente la maison occasionnellement
Depuis _____
Non

2a. Inscrire les initiales, le sexe et l'âge de tous les enfants *(y compris ceux actuellement placés en famille d'accueil)* ainsi que de tous les adultes qui vivent actuellement au domicile familial.

Initiales	Sexe	Date de naissance (jj/mm/aa)	Âge	Lien avec le répondant	Si placé en famille d'accueil, depuis:

2b. Si la personne interviewée ou son conjoint a d'autres enfants qui ne vivent pas actuellement au même domicile (et qui ne sont pas en situation de placement), inscrire les initiales, le sexe, l'âge, la filiation et la fréquence de contact de cet (ces) enfant(s) avec la famille actuelle. **Notes**: filiation indiquer s'il s'agit de l'enfant de monsieur ou de madame; fréquence de contact décrire le mode de partage de garde ou la fréquence (ex.: 1 fin de semaine sur 2; 1 semaine sur 2; 6 mois par année; 2 ou 3 jours par mois; etc.)

Initiales	Sexe	Date de naissance (jj/mm/aa)	Âge	Filiation	Fréquence de contact

B) SCOLARISATION, EMPLOI ET REVENU FAMILIAL

3. Encercler le plus haut niveau de scolarité atteint

Mère	**Père**	**Votre conjoint-e ***
Primaire 1 2 3 4 5 6	Primaire 1 2 3 4 5 6	Primaire 1 2 3 4 5 6
Secondaire 1 2 3 4 5	Secondaire 1 2 3 4 5	Secondaire 1 2 3 4 5
Secondaire professionnel 1 2 3	Secondaire professionnel 1 2 3	Secondaire professionnel 1 2 3
Collégial 1 2 3	Collégial 1 2 3	Collégial 1 2 3
Universitaire 1 2 3 4 ou +	Universitaire 1 2 3 4 ou +	Universitaire 1 2 3 4 ou +

4. Situation d'emploi

	Mère	**Père de l'enfant**	**Votre conjoint-e**
a. Titre d'emploi			
b. Depuis (nombre de mois)			
c. Régulier ou occasionnel	❒ Régulier ❒ Occasionnel	❒ Régulier ❒ Occasionnel	❒ Régulier ❒ Occasionnel
d. Nombre d'heures travaillées par semaine			

*Le conjoint (e) réside avec l'enfant depuis 6 mois ou plus

5. Sources de revenu familial (cocher toutes les cases appropriées pour chaque personne)

	Mère	**Père de l'enfant**	**Votre conjoint (s'il demeure avec vous)**
Revenus du travail	❒	❒	❒
Prestations d'assurance empl	❒	❒	❒
Prestations d'aide sociale	❒	❒	❒
Pension alimentaire	❒	❒	❒
Allocations familiales	❒	❒	❒
Retour de taxes	❒	❒	❒

Autre (précisez) _____ _____ _____

6. Revenu familial annuel brut (avant impôts), en tenant compte de toutes les sources de revenu

❒ Moins de 10 000$
❒ 10 000 à 14 999$
❒ 15 000 à 19 999$
❒ 20 000 à 24 999$
❒ 25 000 à 29 999$
❒ 30 000 à 34 999$
❒ 35 000 à 39 999$
❒ 40 000 à 44 999$
❒ 45 000 à 49 999$
❒ 50 000 à 54 999$
❒ 55 000$ et plus

C) HABITATION

7. Dans quel type de logement demeurez-vous? Est-ce un(e) :

❒ Maison individuelle
❒ Maison double
❒ Maison en rangée
❒ Duplex
❒ Immeuble d'appartements de moins de 5 étages
❒ Immeuble d'appartements de 5 étages ou plus
❒ Institution
❒ Hôtel, maison de chambres/pension, camp
❒ Maison mobile
❒ Autre

8. Nombre de pièces que compte le logement actuel_____

9. Êtes-vous propriétaire ou locataire? _____

D) SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

10. Dans quel pays êtes-vous né(e)?

❒ Canada
❒ Chine
❒ France
❒ Allemagne
❒ Grèce
❒ Guyane
❒ Hong Kong
❒ Hongrie
❒ Inde
❒ Italie
❒ Jamaïque
❒ Pays-Bas (Hollande)
❒ Philippines
❒ Pologne
❒ Portugal
❒ Royaume-Uni (Angleterre, Écosse, Irlande du Nord, Pays de Galles)
❒ États-Unis
❒ Viêtnam
❒ Autre - Précisez.....

11. Quelle(s) langue(s) parlez-vous le plus souvent à la maison? (Choisissez toutes les réponses appropriées.)

❒ Anglais
❒ Français
❒ Autre - Précisez.....

E) SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE (enfant)

12. Dans quel pays est-il / elle né(e)?

❒ Canada
❒ Chine
❒ France
❒ Allemagne
❒ Grèce
❒ Guyane
❒ Hong Kong
❒ Hongrie
❒ Inde
❒ Italie
❒ Jamaïque
❒ Pays-Bas (Hollande)
❒ Philippines
❒ Pologne
❒ Portugal
❒ Royaume-Uni (Angleterre, Écosse, Irlande du Nord, Pays de Galles)
❒ États-Unis
❒ Viêtnam
❒ Autre - Précisez.....

13. Quelle est la première langue qu'il / elle a apprise à la maison dans son enfance et qu'il / elle comprend encore?

❒ Anglais
❒ Français
❒ Arabe
❒ Chinois
❒ Cri
❒ Allemand
❒ Grec
❒ Hongrois
❒ Italien
❒ Coréen
❒ Persan (Farsi)
❒ Polonais
❒ Portugais
❒ Pendjabi
❒ Espagnol
❒ Tagal (Philippin)
❒ Ukrainien
❒ Vietnamien
❒ Autre - Précisez.....

14. Quelle(s) langue(s) parle-t'il / elle le plus souvent à la maison?
(Pour les enfants qui ne parlent pas encore, demandez dans quelle langue l'(les)adulte(s) lui parle(nt). Choisissez toutes les réponses appropriées.)

❒ Anglais
❒ Français
❒ Autre(s), précisez.....

F) SERVICES REÇUS

15. Veuillez indiquer quels services les membres de votre famille ont reçus **depuis notre rencontre**. Cochez toutes les personnes ayant reçu chaque service. La colonne «enfant» réfère à l'enfant qui participe à cette recherche et la case «fratrie» à vos autres enfants.

a. CSSS (mission CLSC)

Ne s'applique pas	❒	❒	❒	❒	❒
	Mère	**Père**	**Votre conjoint(e)**	**Enfant**	**Fratrie**
Aucun service	❒	❒	❒	❒	❒
Suivi psychosocial	❒	❒	❒	❒	❒
Services psychologiques	❒	❒	❒	❒	❒
Soins médicaux (prodigués par un médecin)	❒	❒	❒	❒	❒
Ergothérapie	❒	❒	❒	❒	❒
Orthophonie	❒	❒	❒	❒	❒
Programme d'intervention (ex.OLO)	❒	❒	❒	❒	❒
Infirmière	❒	❒	❒	❒	❒
Nutritionniste	❒	❒	❒	❒	❒
Autre, (précisez);					

b. Centres jeunesse

Ne s'applique pas	❒	❒	❒	❒	❒
	Mère	**Père**	**Votre conjoint(e)**	**Enfant**	**Fratrie**
Aucun service	❒	❒	❒	❒	❒
Suivi psychosocial	❒	❒	❒	❒	❒
Services psychologiques	❒	❒	❒	❒	❒
Placement	❒	❒	❒	❒	❒
Programme d'intervention Lequel? _____	❒	❒	❒	❒	❒
Autre, (précisez);	_____	_____	_____	_____	_____

c. Milieu scolaire

Ne s'applique pas	❒	❒	❒	❒	❒
Ne fréquente pas l'école	❒	❒	❒	❒	❒
	Mère	**Père**	**Votre conjoint(e)**	**Enfant**	**Fratrie**
Aucun service	❒	❒	❒	❒	❒
Orthopédagogie	❒	❒	❒	❒	❒
Orthophonie	❒	❒	❒	❒	❒
Psychoéducation	❒	❒	❒	❒	❒
Éducation spécialisée	❒	❒	❒	❒	❒
Psychologie	❒	❒	❒	❒	❒
Aide aux devoirs	❒	❒	❒	❒	❒
Service de garde	❒	❒	❒	❒	❒
Autre, (ex. soutien social) (précisez);	_____	_____	_____	_____	_____

d. Autres services gouvernementaux

Ne s'applique pas	❒	❒	❒	❒	❒
	Mère	**Père**	**Votre conjoint(e)**	**Enfant**	**Fratrie**
Aucun service	❒	❒	❒	❒	❒
Programme d'habitation (ex. HLM)	❒	❒	❒	❒	❒
Services en déficience intellectuelle/TED	❒	❒	❒	❒	❒
Programme d'alphabétisation	❒	❒	❒	❒	❒
Garderie subventionnée	❒	❒	❒	❒	❒
Psychiatrie	❒	❒	❒	❒	❒
Services de réadaptation en dépendance (ex. Domrémy, Dollard-Cormier)	❒	❒	❒	❒	❒
Autre, (ex. programme d'insertion) (précisez);					

e. Ressources communautaires

Ne s'applique pas	❒	❒	❒	❒	❒
	Mère	**Père**	**Votre conjoint(e)**	**Enfant**	**Fratrie**
Aucun service	❒	❒	❒	❒	❒
Comptoir vestimentaire	❒	❒	❒	❒	❒
Aide alimentaire	❒	❒	❒	❒	❒
Aide pour l'impôt	❒	❒	❒	❒	❒
Aide aux devoirs	❒	❒	❒	❒	❒
Soutien psychosocial (ex. maison de la famille)	❒	❒	❒	❒	❒
Visites supervisées ou échanges de garde	❒	❒	❒	❒	❒
Services de désintoxication	❒	❒	❒	❒	❒
Services d'hébergement (ex. violence conjugale)	❒	❒	❒	❒	❒
Autre, (précisez);					

f. Autres services non mentionnés plus haut

Ne s'applique pas	❒	❒	❒	❒	❒
Services reçus	**Mère**	**Père**	**Votre conjoint(e)**	**Enfant**	**Fratrie**
Aucun service reçu	❒	❒	❒	❒	❒
Autres services reçus					
	❒	❒	❒	❒	❒
	❒	❒	❒	❒	❒

Entrevue téléphonique auprès des parents sur la participation et la collaboration

Prise de rendez-vous

(Groupe AIDES et groupe TÉMOIN)

Bonjour, pourrais-je parler à Monsieur ou Madame_____?
(Nom de famille du parent)

- *Mon nom est _____ et je fais partie de l'équipe de recherche de l'initiative AIDES à _____ (nom de l'université). Vous allez bien? Je vous appelle aujourd'hui parce vous avez été choisi pour répondre à une entrevue téléphonique car nous croyons que vous pouvez nous en apprendre plus sur la relation que vous avez avec votre intervenant.*

J'aurais besoin d'environ 5 à 10 minutes de votre temps pour vous donner des informations sur l'entrevue. Est-ce que je téléphone à un bon moment?

- *Si oui*… D'accord, on va continuer.
- *Si non*… Est-ce qu'il y a un autre moment où vous aimeriez mieux que je vous rappelle? **(prendre en note, le cas échéant)**

Au début de votre participation à la recherche, vous avez signé le formulaire de consentement. Jusqu'à maintenant, vous avez participé à une rencontre avec nos assistantes de recherche à votre domicile. Aussi, vous avez répondu à des questionnaires avec choix de réponses sur votre expérience vécue avec _____ (nom de l'intervenant pivot) au téléphone. Ce qui m'intéresse maintenant, c'est de bien comprendre vos réponses à ces questions et de parler plus en détail de la manière donc ça se passe au _____(CJ ou CLSC) entre vous et _____ (intervenant ciblé par la recherche) depuis _____ (mois ou année(s)). La durée de l'entrevue prend environ 20 à 25 minutes. J'aimerais vous rappeler que les renseignements que vous donnerez demeureront confidentiels. Soyez assuré que votre intervenant ou les autres professionnels avec lesquels vous avez des liens ne connaîtront ou ne pourront consulter vos réponses. Aussi, aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera diffusée. À des fins de recherche seulement, l'entrevue sera enregistrée sur une cassette audio. Seule l'équipe de recherche aura accès à cet enregistrement. Avez-vous des questions?

Accepteriez-vous de répondre aux questions maintenant?

OU

Acceptez-vous de prendre un rendez-vous avec nous pour faire cette entrevue? (cochez la réponse du parent)

Si oui *:_____ Prendre rendez-vous avec le parent et vérifier auprès de lui s'il désire être rappelé pour confirmer la date et l'heure du rendez-vous.*

Date et heure : _____
Confirmer avec le parent *:* **oui**_____ **non**_____

Si non : *Remercier le parent*

- Entrer les informations dans la grille de suivi de la collecte de données à la feuille *entrevue téléphonique temps 1*

Protocole d'entrevue téléphonique
Participation/collaboration Version
parent (GROUPE AIDES)

Préambule

- *Bonjour, pourrais-je parler à Monsieur ou Madame_____?*
  (Nom de famille du parent)

- *Mon nom est _____et je fais partie de l'équipe de recherche de l'initiative AIDES à _____(nom de l'université). Vous allez bien? _____ _____*(nom de la personne responsable), *vous a téléphoné pour fixer un rendez-vous pour faire l'entrevue téléphonique. Est-ce que cela vous convient toujours?*

  - **Si oui_____**

Je vous rappelle que nous voulons connaître votre opinion sur la manière donc ça se passe au _____(CJ ou CLSC) entre vous et _____(intervenant ciblé par la recherche) depuis _____ (mois/année(s)). La durée de l'entrevue est d'environ 20-25 minutes. J'aimerais vous rappeler que les renseignements que vous me donnerez demeureront confidentiels. Soyez assuré que votre intervenant ou les autres professionnels avec lesquels vous avez des liens ne connaîtront ou ne pourront consulter vos réponses. Aussi, aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera diffusée. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, je suis intéressé (e) à connaître votre opinion. À des fins de recherche seulement, l'entrevue sera enregistrée sur une cassette audio. Seule l'équipe de recherche aura accès à cet enregistrement. Avez-vous des questions? On y va.

  - **Si non_____**

Remercier le parent et reprendre rendez-vous avec lui.

Questions d'entrevues	***Aspects à explorer***	***Exemple de sous-questions***	✓	***Notes***
1. Expliquez-moi dans vos mots, comment ça se passe entre vous et votre intervenant, Mme, M. _____?	**Relation**			
2. Maintenant, pouvez-vous me raconter une situation dans la dernière année *(ou me donner un exemple concret)* qui m'aiderait à mieux comprendre pourquoi vous dites que_____ (reprendre les mots du parent)?	**Description de la situation (les faits)**	Que s'est-il passé? Racontez-moi ce qui est arrivé?		
	Contexte proximal	Dans quel contexte la situation a-t-elle eu lieu? Quel type de rencontre, qui était présent?		
	Contexte élargi : Tout élément du passé, qui permettrait de mieux comprendre l'histoire personnelle du parent, pourquoi celui-ci reçoit des services du CSSS ou du CJ, les événements qui précèdent la situation.			
	Émotions ressenties :	Comment vous êtes-vous senti à ce moment-là? Comment pensez-vous que votre intervenant s'est senti à ce moment-là?		
	Facteurs explicatifs (attributions, responsabilité) :	Selon vous, qu'est-ce qui fait que cela s'est passé comme ça? (*Comment vous comprenez ça?)*		
	Conséquences :	Est-ce que quelque chose a changé après cette situation? Si oui, qu'est-ce que ça a changé?		

Questions d'entrevues	***Aspects à explorer***	***Exemple de sous-questions***	✓	***Notes***
3. Dans un monde idéal, comment ça devrait se passer entre les parents et les intervenants				
4. Jusqu'ici, nous avons parlé de la relation entre vous et votre intervenante, Mme, M. _____. Maintenant, j'aimerais que vous pensiez aux différents intervenants et personnes impliqués auprès de vous et votre enfant.	**Contexte proximal**	D'abord, pouvez-vous me dire qui sont ces différents intervenants/professionnels qui vous offrent des services? De quels établissements proviennent-ils?		
	Perception d'une collaboration :	Expliquez-moi dans vos mots, comment ça se passe entre vous et ces différents intervenants?		
	Description de la situation (des faits)	Pouvez-vous me donner un exemple? Qu'est-ce qui vous fait dire cela?		
	Émotions ressenties :	Comment vous sentez-vous avec ces différents intervenants? Vous sentez-vous comme un partenaire à part entière? Pourquoi?		
	Conséquences :	Qu'est-ce que ca apporte lorsqu'il y a plusieurs intervenants ou professionnels impliqués?		

Questions d'entrevues	***Aspects à explorer***	***Exemple de sous-questions***	✓	***Notes***
5. En participant à la recherche, votre intervenant à utilisé un cahier qui parle des besoins et du développement de votre enfant. Comment ce cahier a-t-il influencé la manière dont ça se passe entre vous et votre intervenant?				
6. Nous sommes maintenant rendus à la fin de l'entrevue. En premier lieu, nous avons discuté de votre relation avec votre intervenante. À ce sujet, y a-t-il autre chose dont nous n'avons pas parlé et que vous aimeriez partager avec moi?				
7. Nous avons aussi parlé des différents intervenants et personnes impliqués dans le suivi auprès de vous et votre enfant. À ce sujet, y a-t-il autre chose dont nous n'avons pas parlé et que vous aimeriez partager avec moi?				

L'entrevue est maintenant terminée! Je vous remercie infiniment pour le temps que vous avez consacré à partager votre expérience, ce fut très intéressant. Comment avez-vous trouvé l'entrevue? Comment vous sentez-vous?

Protocole d'entrevue téléphonique
Participation/collaboration
Version parent (GROUPE TÉMOIN)

Préambule

- *Bonjour, pourrais-je parler à Monsieur ou Madame_____?*
  (Nom de famille du parent)

- *Mon nom est _____et je fais partie de l'équipe de recherche de l'initiative AIDES à _____(nom de l'université). Vous allez bien? _____ _____*(nom de la personne responsable), *vous a téléphoné pour fixer un rendez-vous pour faire l'entrevue téléphonique. Est-ce que cela vous convient toujours?*

  - **Si oui_____**

Je vous rappelle que nous voulons connaître votre opinion sur la manière donc ça se passe au _____(CJ ou CLSC) entre vous et _____(intervenant ciblé par la recherche) depuis _____ (mois/année(s)). La durée de l'entrevue est d'environ 20-25 minutes. J'aimerais vous rappeler que les renseignements que vous me donnerez demeureront confidentiels. Soyez assuré que votre intervenant ou les autres professionnels avec lesquels vous avez des liens ne connaîtront ou ne pourront consulter vos réponses. Aussi, aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera diffusée. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, je suis intéressé (e) à connaître votre opinion. À des fins de recherche seulement, l'entrevue sera enregistrée sur une cassette audio. Seule l'équipe de recherche aura accès à cet enregistrement. Avez-vous des questions? On y va.

  - **Si non_____**

Remercier le parent et reprendre rendez-vous avec lui.

Questions d'entrevues	***Aspects à explorer***	***Exemple de sous-questions***	✓	***Notes***
1. Expliquez-moi dans vos mots, comment ça se passe entre vous et votre intervenant, Mme, M. _____?	**Relation**			
2. Maintenant, pouvez-vous me raconter une situation dans la dernière année *(ou me donner un exemple concret)* qui m'aiderait à mieux comprendre pourquoi vous dites que_____ (reprendre les mots du parent)?	**Description de la situation (les faits)**	Que s'est-il passé? Racontez-moi ce qui est arrivé?		
	Contexte proximal	Dans quel contexte la situation a-t-elle eu lieu? Quel type de rencontre, qui était présent?		
	Contexte élargi : Tout élément du passé, qui permettrait de mieux comprendre l'histoire personnelle du parent, pourquoi celui-ci reçoit des services du CSSS ou du CJ, les événements qui précèdent la situation.			
	Émotions ressenties :	Comment vous êtes-vous senti à ce moment-là? Comment pensez-vous que votre intervenant s'est senti à ce moment-là?		
	Facteurs explicatifs (attributions, responsabilité) :	Selon vous, qu'est-ce qui fait que cela s'est passé comme ça? (*Comment vous comprenez ça?)*		
	Conséquences :	Est-ce que quelque chose a changé après cette situation? Si oui, qu'est-ce que ça a changé?		

Questions d'entrevues	***Aspects à explorer***	***Exemple de sous-questions***	✓	***Notes***
3. Dans un monde idéal, comment ça devrait se passer entre les parents et les intervenants				
4. Jusqu'ici, nous avons parlé de la relation entre vous et votre intervenante, Mme, M. _____. Maintenant, j'aimerais que vous pensiez aux différents intervenants et personnes impliqués auprès de vous et votre enfant.	**Contexte proximal**	D'abord, pouvez-vous me dire qui sont ces différents intervenants/professionnels qui vous offrent des services? De quels établissements proviennent-ils?		
	Perception d'une collaboration :	Expliquez-moi dans vos mots, comment ça se passe entre vous et ces différents intervenants?		
	Description de la situation (des faits)	Pouvez-vous me donner un exemple? Qu'est-ce qui vous fait dire cela?		
	Émotions ressenties :	Comment vous sentez-vous avec ces différents intervenants? Vous sentez-vous comme un partenaire à part entière? Pourquoi?		
	Conséquences :	Qu'est-ce que ca apporte lorsqu'il y a plusieurs intervenants ou professionnels impliqués?		

Questions d'entrevues	***Aspects à explorer***	***Exemple de sous-questions***	✓	***Notes***
5. Nous sommes maintenant rendus à la fin de l'entrevue. En premier lieu, nous avons discuté de votre relation avec votre intervenante. À ce sujet, y a-t-il autre chose dont nous n'avons pas parlé et que vous aimeriez partager avec moi?				
6. Nous avons aussi parlé des différents intervenants et personnes impliqués dans le suivi auprès de vous et votre enfant. À ce sujet, y a-t-il autre chose dont nous n'avons pas parlé et que vous aimeriez partager avec moi?				

L'entrevue est maintenant terminée! Je vous remercie infiniment pour le temps que vous avez consacré à partager votre expérience, ce fut très intéressant. Comment avez-vous trouvé l'entrevue? Comment vous sentez-vous?

Entrevue téléphonique auprès des intervenants sur la participation et la collaboration temps 1 et sur les conditions de pratique

PRISE DE RENDEZ-VOUS

(Groupe AIDES)

Bonjour mon nom est _____ de l'Université de Montréal ou UQTR pour le projet AIDES, vous allez-bien? Je vous appelle aujourd'hui car en tant qu'intervenant participant à la recherche AIDES et ayant référé au moins deux familles, vous avez été choisi pour répondre à une entrevue téléphonique portant sur la participation et la collaboration avec un parent dans le processus d'intervention et sur les conditions de pratique. J'aurais besoin d'environ 5 minutes de votre temps pour vous donner des informations sur le déroulement et le contenu de l'entrevue. Désirez-vous recevoir ces informations maintenant ou préférez-vous convenir d'un rendez-vous téléphonique pour que je vous explique en quoi consiste votre participation?

- Si oui _____, nous poursuivons les explications auprès de l'intervenant(e).
- Si non _____, nous fixons un rendez-vous téléphonique.

Explications supplémentaires à fournir à l'intervenant(e) :
L'entrevue est réalisée par téléphone. Dans un premier temps, un rendez-vous sera fixé pour aborder la partie de l'entrevue portant sur le thème de la participation et la collaboration avec un parent dans le processus d'intervention et sur la participation des professionnels et intervenants impliqués dans le suivi auprès d'une famille en particulier. La deuxième partie de l'entrevue sera réalisée à une date ultérieure et portera sur les conditions de pratique, c'est-à-dire les éléments qui influencent l'expérimentation de l'initiative AIDES. La durée est d'environ 20 à 30 minutes chaque partie. L'entrevue sera enregistrée sur une cassette audio. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, je suis seulement intéressée à connaître votre opinion. J'aimerais vous rappeler que les renseignements que vous me donnerez demeureront confidentiels. Seule l'équipe de recherche a accès à vos réponses et aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera diffusée. Aussi, votre participation est volontaire et vous êtes libre de vous retirer de la recherche à tout moment. Si vous acceptez de participer à l'entrevue, je vous ferai parvenir un formulaire de consentement à signer et à nous retourner ainsi que le canevas de l'entrevue, afin que vous puissiez vous y préparer.

- *Avez-vous des questions concernant le déroulement de l'entrevue?*
- *Êtes-vous intéressé à participer à l'entrevue?*

    - **Si oui :**
        1) Prendre rendez-vous avec elle (lui).
        2) Mentionner que nous allons télécopier le formulaire de consentement, lui demander de le lire attentivement, de le signer et nous le retourner au numéro de télécopie inscrit sur le formulaire.
        3) À titre informatif, joindre au formulaire de consentement un document annonçant les grands thèmes de l'entrevue.
    - **Si non :**
      Remercier chaleureusement l'intervenant

- Entrer les informations dans la grille de suivi de la collecte de données à la feuille *entrevue téléphonique temps 1.*

Protocole d'entrevue téléphonique
Participation/collaboration

Version intervenant (GROUPE AIDES)

Situation difficile sur le plan de la participation/collaboration

---

Préambule :

- *Bonjour_____? (Nom de l'intervenant)*

- *Mon nom est _____et je fais partie de l'équipe de recherche de l'initiative AIDES à _____(nom de l'université). Vous allez bien?_____*(nom de la personne responsable), *vous a téléphoné pour fixer un rendez-vous pour faire la première partie de l'entrevue téléphonique. Est-ce que cela vous convient toujours?*

  - **Si oui**_____

Je vous rappelle que nous voulons connaître votre opinion sur la participation et la collaboration avec le parent dans le processus d'intervention et sur la participation des professionnels et intervenants impliqués dans le suivi auprès d'une famille en particulier. La durée de votre participation est d'environ 20 à 30 minutes. J'aimerais aussi vous rappeler que les renseignements que vous me donnerez demeureront confidentiels. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera diffusée. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, je suis intéressé(e) à connaître votre opinion. À des fins de recherche seulement, l'entrevue sera enregistrée sur une cassette audio. Seule l'équipe de recherche aura accès à cet enregistrement. Avez-vous des questions?

  - **Si non**_____Explorer les raisons du refus. Au besoin, reprendre rendez-vous avec lui.

On y va?

Situation difficile sur le plan de la participation/collaboration

Questions d'entrevues	***Aspects à explorer***	***Exemple de sous-questions***	✓	***Notes***
1. J'aimerais maintenant que vous pensiez aux familles *que vous avez référées au projet AIDES.* Pouvez-vous me raconter une situation qui a eu lieu dans la dernière année et qui a été difficile pour vous sur le plan de la participation et de la collaboration avec un parent dans le processus d'intervention?	**Description de la situation (les faits)**	Que s'est-il passé? Racontez-moi ce qui est arrivé?		
	Contexte proximal	Dans quel contexte la situation a-t-elle eu lieu? Quel type de rencontre, qui était présent?		
	Contexte élargi : Tout élément du passé, qui permettrait de mieux comprendre l'histoire personnelle du parent, pourquoi celui-ci reçoit des services du CSSS ou du CJ, les événements qui précèdent la situation.			
	Émotions ressenties :	Comment vous êtes-vous sentie à ce moment? Comment pensez-vous que le parent s'est senti à ce moment-là?		
	Facteurs explicatifs (attributions, responsabilité) :	Selon vous, qu'est-ce qui fait que les choses se sont passées comme ça? (*Comment vous comprenez ça?)*		
	Conséquences :	Est-ce que quelque chose a changé suite à cet événement? Si oui, qu'est-ce qui a changé?		

Questions d'entrevues	***Aspects à explorer***	***Exemple de sous-questions***	✓	***Notes***
2. Dans un monde idéal, comment croyez-vous que ça devrait se passer entre les parents et les intervenants?				
3. Jusqu'ici, nous avons parlé d'une situation difficile sur le plan de la participation et de la collaboration avec le parent dans le processus d'intervention. Maintenant, j'aimerais que vous pensiez votre collaboration avec les professionnels et les intervenants impliqués dans la situation de cette famille.	**Contexte proximal**	D'abord, pouvez-vous me dire qui sont ces différents intervenants / professionnels?		
	Perception d'une collaboration :	Expliquez-moi dans vos mots, comment ça se passe entre les intervenants/professionnels autour de cette famille là?		
	Description de la situation (des faits)	Pouvez-vous me donner un exemple? Qu'est-ce qui vous fait dire cela?		
	Émotions ressenties :	Comment vous sentez-vous à l'intérieur de cette collaboration? Vous sentez-vous comme un partenaire à part entière? Pourquoi? D'après vous comment le parent se sent dans cette collaboration-là?		
	Conséquences :	Qu'est-ce que cette façon de travailler apporte-t-elle?		

4. Nous sommes maintenant rendus à la fin de l'entrevue. En premier lieu, nous avons discuté d'une situation difficile sur le plan de la participation et de la collaboration avec le parent dans le processus d'intervention. À ce sujet, y a-t-il autre chose dont nous n'avons pas parlé et que vous aimeriez partager avec moi?		
5. Ensuite, nous avons parlé d'une manière plus générale, de la participation des professionnels et intervenants impliqués dans la situation familiale et à la collaboration entre vous et ces acteurs. À ce sujet, y a-t-il autre chose dont nous n'avons pas parlé et que vous aimeriez partager avec moi?		

L'entrevue est maintenant terminée! Je vous remercie infiniment pour le temps que vous avez consacré à partager votre expérience, ce fut très intéressant. Comment avez-vous trouvé l'entrevue? Comment vous sentez-vous?

Je vous rappelle que nous vous contacterons prochainement pour fixer un rendez-vous afin de compléter la deuxième partie de l'entrevue qui porte sur les conditions de pratique. Merci encore et je vous souhaite une belle journée!

Entrevue téléphonique auprès des intervenants sur la participation et la collaboration temps 1 et sur les conditions de pratique

PRISE DE RENDEZ-VOUS

(Groupe TÉMOIN)

Bonjour mon nom est _____ de l'Université de Montréal ou UQTR pour le projet AIDES, vous allez-bien? Je vous appelle aujourd'hui car en tant qu'intervenant participant à la recherche et ayant référé au moins deux familles, vous avez été choisi pour répondre à une entrevue téléphonique portant sur la participation et la collaboration avec un parent dans le processus d'intervention et sur les conditions de pratique. J'aurais besoin d'environ 5 minutes de votre temps pour vous donner des informations sur le déroulement et le contenu de l'entrevue. Désirez-vous recevoir ces informations maintenant ou préférez-vous convenir d'un rendez-vous téléphonique pour que je vous explique en quoi consiste votre participation?

- Si oui _____, nous poursuivons les explications auprès de l'intervenant(e).

- Si non _____, nous fixons un rendez-vous téléphonique.

Explications supplémentaires à fournir à l'intervenant(e) :
L'entrevue est réalisée au téléphone et porte sur la participation et la collaboration avec un parent dans le processus d'intervention et sur la participation des professionnels et intervenants impliqués dans le suivi auprès de cette famille. La durée de l'entrevue est d'environ 20 à 30 minutes. Les entrevues seront enregistrées sur une cassette audio. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, je suis seulement intéressée à connaître votre opinion. J'aimerais vous rappeler que les renseignements que vous me donnerez demeureront confidentiels. Seule l'équipe de recherche a accès à vos réponses et aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera diffusée. Aussi, votre participation est volontaire et vous êtes libre de vous retirer de la recherche à tout moment. Si vous acceptez de participer à l'entrevue, je vous ferai parvenir un formulaire de consentement à signer et à nous retourner ainsi que le canevas d'entrevue, afin que vous puissiez vous préparer à l'entrevue.

- *Avez-vous des questions concernant le déroulement de l'entrevue?*
- *Êtes-vous intéressé à participer à l'entrevue?*

    - **Si oui :**

        1) Prendre rendez-vous avec elle (lui).
        2) Mentionner que nous allons télécopier le formulaire de consentement, lui demander de le lire attentivement, de le signer et nous le retourner au numéro de télécopie inscrit sur le formulaire.
        3) À titre informatif, joindre au formulaire de consentement un document annonçant les grands thèmes de l'entrevue.

    - **Si non :**
      Remercier chaleureusement l'intervenant

- Entrer les informations dans la grille de suivi de la collecte de données à la feuille *entrevue téléphonique temps 1.*

Protocole d'entrevue téléphonique
Participation/collaboration

Version intervenant (GROUPE TÉMOIN)

Situation difficile sur le plan de la participation/collaboration

---

Préambule :

- *Bonjour_____? (Nom de l'intervenant)*
- *Mon nom est _____et je fais partie de l'équipe de recherche de l'initiative AIDES à _____(nom de l'université). Vous allez bien?*_____(nom de la personne responsable), *vous a téléphoné pour fixer un rendez-vous pour faire l'entrevue téléphonique. Est-ce que cela vous convient toujours?*

  - **Si oui**_____

Je vous rappelle que nous voulons connaître votre opinion sur la participation et la collaboration avec le parent dans le processus d'intervention et sur les conditions de pratique. La durée totale de l'entrevue est d'environ 45 à 60 minutes. J'aimerais aussi vous rappeler que les renseignements que vous me donnerez demeureront confidentiels. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera diffusée. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, je suis intéressé(e) à connaître votre opinion. À des fins de recherche seulement, l'entrevue sera enregistrée sur une cassette audio. Seule l'équipe de recherche aura accès à cet enregistrement. Avez-vous des questions?

  - **Si non**_____Explorer les raisons du refus. Au besoin, reprendre rendez-vous avec lui.

On y va?

Situation difficile sur le plan de la participation/collaboration

Questions d'entrevues	***Aspects à explorer***	***Exemple de sous-questions***	✓	***Notes***
1. J'aimerais maintenant que vous pensiez aux familles *que vous avez référées à la recherche.* Pouvez-vous me raconter une situation qui a eu lieu dans la dernière année et qui a été difficile pour vous sur le plan de la participation et de la collaboration avec un parent dans le processus d'intervention?	**Description de la situation (les faits)**	Que s'est-il passé? Racontez-moi ce qui est arrivé?		
	Contexte proximal	Dans quel contexte la situation a-t-elle eu lieu? Quel type de rencontre, qui était présent?		
	Contexte élargi : Tout élément du passé, qui permettrait de mieux comprendre l'histoire personnelle du parent, pourquoi celui-ci reçoit des services du CSSS ou du CJ, les événements qui précèdent la situation.			
	Émotions ressenties :	Comment vous êtes-vous sentie à ce moment? Comment pensez-vous que le parent s'est senti à ce moment-là?		
	Facteurs explicatifs (attributions, responsabilité) :	Selon vous, qu'est-ce qui fait que les choses se sont passées comme ça? (*Comment vous comprenez ça?)*		
	Conséquences :	Est-ce que quelque chose a changé suite à cet événement? Si oui, qu'est-ce qui a changé?		

Questions d'entrevues	***Aspects à explorer***	***Exemple de sous-questions***	✓	***Notes***
2. Dans un monde idéal, comment croyez-vous que ça devrait se passer entre les parents et les intervenants?				
3. Jusqu'ici, nous avons parlé d'une situation difficile sur le plan de la participation et de la collaboration avec le parent dans le processus d'intervention. Maintenant, j'aimerais que vous pensiez votre collaboration avec les professionnels et les intervenants impliqués dans la situation de cette famille.	**Contexte proximal**	D'abord, pouvez-vous me dire qui sont ces différents intervenants / professionnels?		
	Perception d'une collaboration :	Expliquez-moi dans vos mots, comment ça se passe entre les intervenants/professionnels autour de cette famille là?		
	Description de la situation (des faits)	Pouvez-vous me donner un exemple? Qu'est-ce qui vous fait dire cela?		
	Émotions ressenties :	Comment vous sentez-vous à l'intérieur de cette collaboration? Vous sentez-vous comme un partenaire à part entière? Pourquoi? D'après vous comment le parent se sent dans cette collaboration-là?		
	Conséquences :	Qu'est-ce que cette façon de travailler apporte-t-elle?		

4. Nous sommes maintenant rendus à la fin de l'entrevue. En premier lieu, nous avons discuté d'une situation difficile sur le plan de la participation et de la collaboration avec le parent dans le processus d'intervention. À ce sujet, y a-t-il autre chose dont nous n'avons pas parlé et que vous aimeriez partager avec moi?		
5. Ensuite, nous avons parlé d'une manière plus générale, de la participation des professionnels et intervenants impliqués dans la situation familiale et à la collaboration entre vous et ces acteurs. À ce sujet, y a-t-il autre chose dont nous n'avons pas parlé et que vous aimeriez partager avec moi?		

L'entrevue est maintenant terminée! Je vous remercie infiniment pour le temps que vous avez consacré à partager votre expérience, ce fut très intéressant. Comment avez-vous trouvé l'entrevue? Comment vous sentez-vous?

Merci encore et je vous souhaite une belle journée!

Canevas d'entrevue téléphonique
Volet « Conditions de pratique »

Version intervenant (GROUPE AIDES)

1ière partie : Le préambule

Bonjour _____ (nom de l'intervenant). *Mon nom est* _____*et je fais partie de l'équipe de recherche de l'initiative AIDES à* _____*(nom de l'université). Vous allez bien?*

_____(Nom de la personne responsable), *vous a téléphoné pour fixer un rendez-vous afin que nous réalisions avec vous la seconde partie de l'entrevue téléphonique à laquelle vous vous êtes déjà prêtée et qui portait sur la participation des parents et la collaboration des autres intervenants. Est-ce que cela vous va toujours de participer à cette entrevue?*

- **Si oui,** poursuivre.
- **Si non,** explorer. *Est-ce un mauvais moment pour vous? Nous pouvons reprendre rendez-vous, si vous le souhaitez.* Reprendre rendez-vous.

L'intervenant a le droit de se désister à tout moment.

L'entrevue d'aujourd'hui vise à connaître votre opinion sur les **conditions qui facilitent ou qui rendent difficile votre expérience de la recherche évaluative et des moyens promus par l'initiative AIDES.** Nous souhaitons connaître **votre point de vue sur ce qui vous aide ou vous nuit dans votre expérience de l'initiative AIDES dans votre pratique.** La durée de l'entretien est d'environ 30 minutes. J'aimerais aussi vous rappeler que les renseignements que vous me donnerez demeureront confidentiels. Aucune information permettra de vous identifier d'une façon ou d'une autre et ne sera diffusée. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses; je suis intéressée à connaître votre opinion. À des fins de recherche seulement, l'entrevue sera enregistrée. Seule l'équipe de recherche aura accès à cet enregistrement. *Avez-vous des questions?*

On y va? Démarrer le magnétophone.

2ière partie : Rappel des moyens promus par l'initiative AIDES

J'aimerais d'abord vous rappeler en quoi consiste l'initiative AIDES.

AIDES c'est :

1- le cadre d'analyse qui décrit les besoins développementaux des enfants, les capacités des figures parentales à les satisfaire et les facteurs familiaux et environnementaux susceptibles d'influencer les réponses à ces besoins. (illustré par le napperon)

2- le CABE, Cahier d'analyse des besoins de l'enfant, qui permet d'identifier et d'échanger sur les besoins de l'enfant avec les figures parentales et les partenaires impliqués auprès de l'enfant et de sa famille;

3- l'approche participative où le parent prend une part active à l'analyse des besoins de son enfant;

4- la réalisation ou la révision d'un PI et d'un PSI à partir de l'analyse des besoins;

AIDES, c'est aussi de la formation et des rencontres de codéveloppement avec _____(Danielle Lessard ou Guylaine Fafard, selon le cas).

3ième partie : Exploration des aspects positifs (avantages, forces) et négatifs (difficultés, inconforts, limites**) de l'initiative AIDES et des retombées pour l'intervenant, les parent et l'enfant**			
Questions d'entrevues	***Aspects à explorer***	***Exemple de sous-questions***	***Notes***
1- Pour débuter, j'aimerais que vous m'expliquiez en quelques mots comment s'est passé votre expérience avec le projet AIDES? **2. Quels sont, selon vous, les <u>avantages, les forces d</u>e ce projet?**	**Cadre d'analyse (le napperon)**	Quelques exemples de questions de relance : *Pouvez-vous me donner un exemple? Comment expliquez-vous cela?* **RETOMBÉES :** *Pourquoi ce que vous me dites est un avantage pour :* *Votre intervention?* *Les figures parentales?* *L'enfant?*	
	CABE (le cahier d'analyse des besoins de l'enfant)		
	L'approche participative		
	PI/PSI		
	Formation et activités de soutien		

Questions d'entrevues	*Aspects à explorer*	*Exemples de sous-questions*	*Notes*
3. Pouvez-vous maintenant me parler <u>des difficultés et/ou des faiblesses</u> de ce projet? *Même exploration que pour les avantages et les forces*	**Cadre de référence (le napperon)**	Quelques exemples de questions de relance : *Pouvez-vous me donner un exemple?* *Comment expliquez-vous cela?* **RETOMBÉES :** *Pourquoi ce que vous me dites que _____ est une difficulté/faiblesse pour :* *Votre intervention?* *Les figures parentales?* *L'enfant?*	
	CABE (le cahier d'analyse des besoins de l'enfant)		
	L'approche participative		
	PI/PSI		
	Formation et activités de soutien		

4ième partie : Exploration des éléments qui ont facilités et qui ont fait obstacles			
Questions d'entrevues	***Aspects à explorer***	***Exemple de sous-questions***	***Notes***
Vous avez souligné des aspects positifs mais aussi des aspects plus négatifs des moyens promus par l'initiative AIDES.			
4. Pouvez-vous maintenant me nommer ce qui a facilité votre expérimentation des moyens de l'initiative AIDES?	Pouvez-me dire **pourquoi** (nommer ce que l'intervenant a dit) cela a été un obstacle? Quelle a été la **répercussion** (nommer ce que l'intervenant a dit) sur votre expérimentation? Il y a-t-il autre chose?		

5. Pouvez-vous me nommer ce qui a fait obstacle à l'expérimentation de l'initiative AIDES?	Pouvez-me dire **pourquoi** (nommer ce que l'intervenant a dit) cela a été un obstacle? Quelle a été la **répercussion** (nommer ce que l'intervenant a dit) sur votre expérimentation? Il y a-t-il autre chose?		

5ième partie : Recommandations		
Questions d'entrevues	***Exemples de sous-questions***	***Notes***
6. Vous avez identifié des facteurs qui ont facilité l'expérimentation de AIDES et vous avez aussi nommez des obstacles. **À partir de votre expérience, quelles recommandations feriez-vous à une organisation qui souhaiterait utiliser les moyens de l'initiative AIDES?**	Que souhaiteriez-vous modifier? Qu'est-ce qui pourrait être ajouté? Qu'est-ce qui pourrait être retiré?	

L'entrevue est maintenant terminée! Je vous remercie infiniment pour le temps que vous avez consacré à partager votre expérience, ce fut très intéressant. Comment avez-vous trouvé l'entrevue? Comment vous sentez-vous? Merci encore et je vous souhaite une belle journée!

Montréal, 4 avril 2011

(adresse du CLSC)

Objet : Collecte d'informations au dossier des participants à la recherche évaluative de l'initiative AIDES

(nom de l'intervenant)

L'équipe de recherche de l'initiative AIDES procède, actuellement, à la collecte d'informations au dossier-clientèle des participants (enfant et son parent) qui ont été référés au projet de recherche. Ces informations compléteront celles collectées lors de la visite au domicile des participants permettant ainsi de dresser un portrait plus juste des caractéristiques des enfants et des familles rejoints dans cette recherche.

Nous souhaitons vous souligner que le comité éthique de votre établissement a approuvé cette collecte d'informations. De plus, les parents des enfants référés ont autorisé l'équipe de recherche à cette collecte lors de la signature du formulaire de consentement éthique.

Pour réaliser cette collecte d'informations, nous avons construit une grille qui comprend 5 sections. La section A identifie l'enfant que vous avez référé et ses parents. Cette section est à l'usage de l'équipe de recherche. Les sections B, C et D que vous devez compléter portent sur les thèmes suivants : *le signalement ou non de l'enfant à la protection de la jeunesse ; les difficultés identifiées chez les parents de l'enfant.* Enfin, la section E identifie les documents à photocopier et à nous transmettre, s'il y a lieu. Le tout ne devrait pas prendre plus de 15 minutes par grille à compléter.

Dans le but de préserver la confidentialité des informations, nous vous fournissons une enveloppe où insérer tous les documents (la grille complétée et documents à fournir). Un membre de l'équipe de recherche les récupérera au plus tard le 22 avril 2011. Nous vous donnons l'assurance que les informations recueillies sur la famille seront strictement confidentielles et seront traitées tel que spécifié dans les ententes éthiques.

Si vous avez des demandes de précision ou des questions, vous pouvez contacter Véronique Bouchard, au numéro de téléphone suivant : (514) 343-6111 #49409

Nous vous remercions chaleureusement de votre précieuse collaboration,

Véronique Bouchard
Professionnelle de recherche – Initiative AIDES

CIDU - CLSC

Grille de collecte d'informations au dossier usager des participants de la recherche AIDES

DONNÉES CONFIDENTIELLES :

Ne pas diffuser, ne pas faire circuler.

Ces données seront traitées tel que spécifié dans les ententes éthiques

de la recherche évaluative de l'initiative AIDES

SI vous avez des demandes de précision ou des questions vous pouvez contacter (nom de la responsable) au numéro suivant (XXX-XXX-XXXX)

Questionnaire complété par : _____

Titre de la personne : _____

Date : _____

Numéro de téléphone : _____

No. d'identification recherche : _____

(à l'usage de l'équipe de recherche lors de la réception du questionnaire)

Nom de l'intervenant référent :
Nom de l'intervenant actuellement au dossier :
Organisation et point de service:

Section A **: Identification des participants** ***(complétée par l'équipe de recherche)***

Enfant **Milieu de recrutement :**	
Nom :	***Prénom :***
Date de naissance :	

Parent répondant[1]	
Nom :	***Prénom*** :
Date de naissance :	

Autre figure parentale (père/mère de l'enfant ou le/la conjoint (e) du parent répondant)	
Nom :	***Prénom*** :
Date de naissance :	

Pour les sections B, C, D, E, veuillez compléter les informations pour la période ciblée :
date pré-test À date du post test ou de la collecte ou de l'attrition

Section B **: Signalements à la protection de la jeunesse**

	OUI	NON	Je ne sais pas
1- À votre connaissance, l'enfant a-t-il été signalé à la protection de la jeunesse pour la période ciblé?	❒	❒	❒

2- Si oui, combien de fois? _____

[1] Le parent répondant est celui qui a consenti à participer au projet de recherche le **(date)** et à ce qu'un membre de l'équipe de recherche collecte de l'information au dossier.

Section C **: Difficultés identifiées chez le parent répondant**

Difficultés	1 Oui	2 Soupçonnées	3 Non	4 Ne sait pas	5 Non documenté
1. Conflits conjugaux importants *(ex : ruptures répétées, crises importantes…)*	❒	❒	❒	❒	❒
2. Problème de violence conjugale	❒	❒	❒	❒	❒
3. Activités criminelles *(ex : prostitution, méfaits…)*	❒	❒	❒	❒	❒
4. Problème de santé physique *(ex : maladie, incapacité…)*	❒	❒	❒	❒	❒
5. Problème de dépendance/abus *(ex : alcool/drogue/médicaments/jeu)*	❒	❒	❒	❒	❒
6. Problèmes de santé mentale *(ex : Trouble de l'humeur, trouble anxieux, dépression, trouble personnalité, schizophrénie etc...)*	❒	❒	❒	❒	❒
7. Déficience intellectuelle	❒	❒	❒	❒	❒
8. Idéations suicidaires et/ou tentative de suicide	❒	❒	❒	❒	❒
9. Difficultés financières *(endettement, revenu insuffisant…)*	❒	❒	❒	❒	❒
10. Problématique d'emploi *(perte d'emploi, sans emploi…)*	❒	❒	❒	❒	❒
11. Logement non adéquat	❒	❒	❒	❒	❒
12. Isolement social	❒	❒	❒	❒	❒
13. Victimisation dans l'enfance *(abus physique, négligence...)*	❒	❒	❒	❒	❒

Section D **: Difficultés identifiées chez l'autre figure parentale**

Difficultés	1 Oui	2 Soupçonnées	3 Non	4 Ne sait pas	5 Non documenté
1. Conflits conjugaux importants *(ex : ruptures répétées, crises importantes…)*	❒	❒	❒	❒	❒
2. Problème de violence conjugale	❒	❒	❒	❒	❒
3. Activités criminelles *(ex : prostitution, méfaits….)*	❒	❒	❒	❒	❒
4. Problème de santé physique *(ex : maladie, incapacité…)*	❒	❒	❒	❒	❒
5. Problème de dépendance/abus *(ex : alcool/drogue/médicaments/jeu)*	❒	❒	❒	❒	❒
6. Problèmes de santé mentale *(ex : Trouble de l'humeur, trouble anxieux, dépression, trouble personnalité, schizophrénie...)*	❒	❒	❒	❒	❒
7. Déficience intellectuelle	❒	❒	❒	❒	❒
8. Idéations suicidaires et/ou tentative de suicide	❒	❒	❒	❒	❒
9. Difficultés financières *(endettement, revenu insuffisant…)*	❒	❒	❒	❒	❒
10. Problématique d'emploi *(perte d'emploi, sans emploi…)*	❒	❒	❒	❒	❒
11. Logement non adéquat	❒	❒	❒	❒	❒
12. Isolement social	❒	❒	❒	❒	❒
13. Victimisation dans l'enfance *(abus physique, négligence...)*	❒	❒	❒	❒	❒

Section E **: Documents à fournir** ***(Les documents marqués d'une case noircie manquent au dossier de recherche. Veuillez en faire une photocopie et les insérer dans l'enveloppe prévue à cet effet.)***

CABE	❒	PI*	❒
PII*	❒	PSI*	❒
PSII*	❒	Grille d'évaluation des besoins de l'enfant et sa famille (peu importe le type de grille utilisé)	❒

****Initial et révisé***

Commentaires *(Notez toute situation qui ne vous permet pas d'enregistrer les informations demandées dans chaque section et expliquez pourquoi)* ***:***

Section B :

_____
_____
_____
_____

Section C :

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Section D :

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Section E :

_____
_____
_____
_____
_____

☺ Nous sommes reconnaissants pour le temps que vous avez consacré à compléter ce questionnaire ☺

Projet de recherche évaluative de l'initiative AIDES

CIDU - CJ

Grille de collecte d'informations au dossier usager des participants de la recherche AIDES

DONNÉES CONFIDENTIELLES :

Ne pas diffuser, ne pas faire circuler.

Ces données seront traitées tel que spécifié dans les ententes éthiques

de la recherche initiative AIDES

No. d'identification recherche :
(à l'usage de l'équipe de recherche)

Équipe de recherche AIDES
CIDU version Centre jeunesse
Mise à jour : 4-03-2011

Nom : _____ **Date de la collecte :** _____

Section A : **Identification des participants** ***(à compléter par l'équipe de recherche)***

Enfant

Milieu de recrutement : CJM-IU Bureau Nord

Nom : *Prénom :*

Date de naissance :

Réservé à Mauricie Centre-du-Québec

Dossier d'usager repéré dans la banque de données? ❒ oui ❒ non

Si oui, compléter la grille au complet

Parent répondant[1]

Nom : *Prénom :*

Date de naissance :

Autre figure parentale

Nom : *Prénom :*

Date de naissance :

[1] Le parent répondant est celui qui a consenti à participer au projet de recherche le **date pré-test**

Pour les sections B, C, D et E veuillez compléter les informations pour la période ciblée :

date du pré-test à date post-test ou attrition

Section B : Signalements à la protection de la jeunesse

Les alinéas (ex : 38b) et les ventilations demandés sont tels que décidés à l'étape de l'Évaluation et de l'Orientation (voir les onglets PIJ Évaluation et Orientation)

1. Premier signalement retenu fondé sécurité et développement compromis (SDC) antérieur au OU premier signalement retenu fondé SDC entre date du pré-test à date du post-test ou de l'attrition

1.1 Date du signalement (RTS): _____

1.2 Date de décision (Évaluation) : _____ ❒ en cours d'Évaluation

ÉVALUATION

1.3 Alinéa principal _____

1.4 Ventilations a) _____
b) _____
c) _____

1.5 1er Alinéa secondaire _____ ❒ ne s'applique pas

1.6 Ventilations a)
b) _____
c) _____
d) _____
e) _____
f) _____

1.7 2e Alinéa secondaire _____ ❒ ne s'applique pas

1.8 Ventilations a)
b) _____
c) _____
d) _____
e) _____
f) _____

ORIENTATION ❒ en cours d'Orientation

2.1 Choix du régime Mesure volontaire ❒ Mesure judiciaire ❒ Intervention terminale ❒

Alinéas secondaires de l'Orientation (si différents de ceux de l'Évaluation)

2.2 1er Alinéa secondaire _____ ❒ ne s'applique pas

2.3 Ventilations a)

b) _____

c) _____

d) _____

e) _____

f) _____

2.4 2e Alinéa secondaire _____ ❒ ne s'applique pas

2.5 Ventilations a)

b) _____

c) _____

d) _____

e) _____

f) _____

3. Tous les signalements fondés SDC dans la période ciblée : date du pré-test à date post-test ou attrition

VEUILLEZ INSCRIRE TOUS LES NOUVEAUX SIGNALEMENTS FONDÉS SDC DANS LA PÉRIODE CIBLÉE DANS LE DOCUMENT INTITULÉ :

Autre signalement fondé SDC.

Prendre une feuille prévue à cette fin pour tout autre signalement fondé SDC supplémentaire

4. Fermeture(s) du dossier pour la période ciblée : date du pré-test à date post-test ou attrition

4.1 a) date : _____ ❒ ne s'applique pas

b) une référence a été faite? ❒oui ❒non

c) Si oui, à quel organisme? _____

c) Si non, pour quelles raisons : _____

4.2 a) date : _____ ❒ ne s'applique pas

b) une référence a été faite? ❒oui ❒non

c) Si oui, à quel organisme? _____

d) Si non, pour quelles raisons : _____

4.3 a) date : _____ ❒ ne s'applique pas

b) une référence a été faite? ❒oui ❒non

c) Si oui, à quel organisme? _____

d) Si non, pour quelles raisons : _____

Section C **: Difficultés identifiées chez le parent répondant** *(Enregistrer les difficultés si présentes dans l'onglet SSP – HSF)*

Difficultés	1 Oui	2 Soupçonnées	3 Non	4 Ne sait pas	5 Non documenté
1. Conflits conjugaux importants *(ex : ruptures répétées, crises importantes)*	❒	❒	❒	❒	❒
2. Problème de violence conjugale	❒	❒	❒	❒	❒
3. Activités criminelles *(ex : prostitution, autre?)*	❒	❒	❒	❒	❒
4. Problème de santé physique *(ex : maladie, incapacité)*	❒	❒	❒	❒	❒
5. Problème de dépendance/abus *(ex : alcool/drogue/médicaments/jeu)*	❒	❒	❒	❒	❒
6. Problèmes de santé mentale *(ex : Trouble de l'humeur, trouble anxieux, dépression, trouble personnalité, schizophrénie etc...)*	❒	❒	❒	❒	❒
7. Déficience intellectuelle	❒	❒	❒	❒	❒
8. Idéations suicidaires et/ou tentative de suicide	❒	❒	❒	❒	❒
9. Difficultés financières *(endettement, revenu insuffisant)*	❒	❒	❒	❒	❒
10. Problématique d'emploi *(perte d'emploi, sans emploi)*	❒	❒	❒	❒	❒
11. Logement non adéquat	❒	❒	❒	❒	❒
12. Isolement social	❒	❒	❒	❒	❒
13. Victimisation dans l'enfance	❒	❒	❒	❒	❒

Section D **: Difficultés identifiées chez l'autre figure parentale** *(Enregistrer les difficultés si présentes dans l'onglet SSP – HSF)*

Difficultés	1 Oui	2 Soupçonnées	3 Non	4 Ne sait pas	5 Non documenté
1. Conflits conjugaux importants *(ex : ruptures répétées, crises importantes)*	❒	❒	❒	❒	❒
2. Problème de violence conjugale	❒	❒	❒	❒	❒
3. Activités criminelles *(ex : prostitution, autre?)*	❒	❒	❒	❒	❒
4. Problème de santé physique *(ex : maladie, incapacité)*	❒	❒	❒	❒	❒
5. Problème de dépendance/abus *(ex : alcool/drogue/médicaments/jeu)*	❒	❒	❒	❒	❒
6. Problèmes de santé mentale *(ex : Trouble de l'humeur, trouble anxieux, dépression, trouble personnalité, schizophrénie etc...)*	❒	❒	❒	❒	❒
7. Déficience intellectuelle	❒	❒	❒	❒	❒
8. Idéations suicidaires et/ou tentative de suicide	❒	❒	❒	❒	❒
9. Difficultés financières *(endettement, revenu insuffisant)*	❒	❒	❒	❒	❒
10. Problématique d'emploi *(perte d'emploi, sans emploi)*	❒	❒	❒	❒	❒
11. Logement non adéquat	❒	❒	❒	❒	❒
12. Isolement social	❒	❒	❒	❒	❒
13. Victimisation dans l'enfance	❒	❒	❒	❒	❒

Section E **: <u>Documents à fournir</u>** ***Imprimer les documents dont la case est noircie.***

PI* ❒ PII* ❒

PSI* ❒ PSII* ❒

Motifs de décision

(SECTION RÉVISION) ❒

Initial et révisé

Commentaires *(Notez toute situation qui ne vous permet pas d'enregistrer les informations demandées dans chaque section et expliquez pourquoi)* **:**

Section A :

Section B :

Section C :

Section D :

Section E :

ANNEXE 5 : RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION - EST-CE QUE LA CLIENTÈLE REJOINTE CORRESPOND À LA CLIENTÈLE CIBLÉE? (QUESTION 1)

Caractéristiques des participants

Enfants

Les enfants du groupe AIDES sont significativement plus jeunes (μ=45 mois) que ceux du groupe témoin (μ =55 mois). Le tableau 1 indique que 35 % des enfants du groupe AIDES se situent dans le groupe d'âge 0 à 24 mois comparativement à 24 % pour le groupe témoin. De plus, il y a davantage d'enfants âgés de 60 mois et plus dans le groupe témoin (40 %) que dans le groupe AIDES (28 %).

Tableau 1 : Âge (en mois)				
	AIDES n=99	**Témoin** n=85	**X^2**	**T**
	%		**4.869†**	**-2,116****
0 à 24 mois	35+	24-		
25 à 60 mois	37	38		
60 mois et plus	28-	40+		
Total	100	100		
Moyenne	**45**	**55**		
Écart-type	**32**	**32**		

(p < 0.1† p ≤ 0.05* p ≤ 0.01 p ≤ 0.001***)**

La répartition des enfants selon le sexe est semblable dans les deux groupes (Tableau 2). On observe cependant plus de garçons dans les deux groupes.

Tableau 2 : Sexe				
	AIDES n=99	Témoin n=85	**X^2**	**T**
	%	**%**	**0.166**	
Masculin	61	58		
Féminin	39	42		
Total	100	100		

Les services reçus par l'enfant dans la dernière année sont offerts par différents établissements/ secteurs de services[1] (Tableau 3). Trois enfants sur quatre reçoivent des services du CLSC de leur quartier (AIDES : 73 % ; témoin : 77 %). Soixante-quatre pour cent des enfants du groupe AIDES et 62 % du groupe témoin bénéficient des services offerts par le Centre jeunesse. Les services reçus par le milieu scolaire (39 % AIDES vs 56 % Témoin) et les ressources communautaires (AIDES : 32 % ; témoin : 45 %)

[1] **CSSS, centre jeunesse, milieu scolaire, autres ressources gouvernementales, ressources communautaires**

différent. Les enfants du groupe témoin reçoivent significativement plus de services de ces deux secteurs que ceux du groupe AIDES.

En ce qui concerne la nature des services reçus dans les différentes catégories de services, certaines différences significatives méritent d'être soulignées. Les enfants du groupe témoin sont plus nombreux à recevoir des services spécialisés (28 % vs 14 %) du CLSC de leur quartier. Les enfants du groupe AIDES, quant à eux, reçoivent plus de services spécialisés du milieu scolaire que les enfants du groupe témoin (77 % vs 42 %).

Tableau 3 : Distribution des enfants selon la nature des services reçus par secteurs de services

		AIDES	Témoin	X^2
% d'enfants qui reçoivent des services du CSSS (mission CLSC)		73 (n=72)	77 (n=65)	**0,337**
CSSS (mission CLSC)	Soutien psychologique	51	65	**2,448**
	Soins de santé	68	55	**2,329**
	Services spécialisés	14	28	**4,003***
	Programme d'intervention	22	20	**0,101**
	Autres	11	15	**0,547**
% d'enfants qui reçoivent des services du Centre jeunesse		64 (n=63)	62 (n=53)	**0,032**
Centre jeunesse	Soutien psychologique	83	89	**0,867**
	Placement	16	25	**1,357**
	Programme d'intervention	37	25	**1,930**
	Autres	10	11	**0,100**
% d'enfants qui reçoivent des services en milieu scolaire		39 (n=22)	56 (n=33)	**3,494†**
Milieu scolaire	Soutien psychologique	32	46	**1,023**
	Services spécialisés	77	42	**6,518***
	Aide aux devoirs	32	18	**1,360**
	Service de garde	55	64	**0,455**
	Autres	5	6	**0,059**
% d'enfants qui reçoivent des services gouvernementaux		7 (n=7)	5 (n=4)	**0,455**
Services gouvernementaux	Services de réadaptation	0	0	--
	Programme d'alphabétisation	0	0	--
	Autres (Soins de santé)	0	0	--
% d'enfants qui reçoivent des services communautaires		32 (n=32)	45 (n=38)	**2,975†**
Ressources communautaires	Soutien psychosocial	69	58	**0,877**
	Visites supervisées/échange de garde	16	21	**0,338**
	Aide aux devoirs	0	5	**1,734**
	Service d'hébergement	6	13	**0,921**
	Autres (PAF-PAPCF-Parengagement)	28	26	**0,029**

(p < 0.1† p ≤ 0.05* p ≤ 0.01 p ≤ 0.001***)**

Répondant principal

Les résultats portant sur l'âge du répondant principal présentés au tableau 4 montrent que les répondants principaux du groupe AIDES ont tendance à être plus jeunes que ceux du groupe témoin (29 ans comparativement à 31 ans). De plus, ils se retrouvent davantage dans la catégorie d'âge des moins de 24 ans (27 %) que ceux du groupe témoin (15 %).

Tableau 4 : Âge

	AIDES n=99	**Témoin** n=84	**X^2**	**T**
	%		**5,491†**	**1,880†**
Moins de 24 ans	**27+**	**15-**		
25-34	55	55		
35 et plus	18	29		
Total	100	100		
Moyenne	**29**	**31**		
Écart-type	**7**	**8**		

(p < 0.1† p ≤ 0.05* p ≤ 0.01 p ≤ 0.001***)**

Les répondants principaux sont majoritairement des mères biologiques, et ce, pour les deux groupes (AIDES : 87 %; témoin : 79 %). Les pères biologiques représentent quant à eux 12 % des répondants principaux du groupe AIDES et 19 % du groupe témoin. Ceux ayant d'autres liens avec l'enfant représentent moins de 3 % de l'échantillon. (Tableau 5).

Tableau 5 : Lien avec l'enfant

	AIDES n=99	**Témoin** n=85	**X^2**	**T**
	%	**%**		
Mère	87	79		
Père	12	19		
Autres liens (conjoint-e, grand-mère)	1	2		
Total	100	100		

Les résultats du tableau 6 montrent qu'un peu plus de la moitié des répondants principaux ont une scolarité de secondaire partiellement complétée (AIDES : 60 % ; témoin : 53 %). Une faible proportion a complété une scolarité primaire ou moins. En terminant, davantage de répondants du groupe témoin ont atteint un niveau de scolarité collégial/universitaire (AIDES : 16 % ; témoin : 24 %).

Tableau 6 : Niveau de scolarité actuel				
	AIDES n=99	**Témoin** n=85	**X^2**	**T**
Niveau de scolarité actuel	%		**1,944**	
Études primaires ou moins	5	4		
Études secondaires partielles	60	53		
Études secondaires complétées	18	20		
Études collégiales et universitaires	16	24		
Total	100	100		

Trois répondants principaux sur quatre sont sans emploi tant pour le groupe AIDES que pour le groupe témoin. (Tableau 7)

Tableau 7 : Situation d'emploi				
	AIDES n=99	**Témoin** n=85	**X^2**	**T**
	%		**0,013**	
Non	76	77		
Oui	24	23		
Total	100	100		

Une grande proportion de répondants principaux a bénéficié, dans la dernière année, de services dispensés par divers établissements et secteurs de services (Tableau 8). Le pourcentage de répondants principaux ayant reçu des services de la part du CLSC de leur quartier, du Centre jeunesse et des ressources communautaires est comparable aux résultats sur les services reçus par les enfants. Très peu de répondants ont bénéficié des services gouvernementaux (AIDES : 9%; témoin : 6 %).

Quant à la nature des services reçus dans les différentes catégories de services, soulignons que les répondants principaux sont nombreux à recevoir du soutien psychologique de la part du CSSS (AIDES : 66 %; témoin : 77 %), des Centre jeunesse (AIDES : 88; témoin : 92 %) et des ressources communautaires (AIDES : 70 %; témoin : 67 %). Ils sont également nombreux à participer à des programmes d'intervention dispensés par le CLSC (AIDES : 49 %, témoin : 45 %) et le Centre jeunesse (AIDES : 34 %, témoin 39 %). Il n'y a aucune différence significative entre les répondants des groupes AIDES et témoin sur l'ensemble des services reçus dans la dernière année par le répondant principal.

Tableau 8 : Distribution des répondants principaux selon la nature des services reçus par secteurs de services				
		AIDES	**Témoin**	**X^2**
% de répondants qui reçoivent des services du CSSS (mission CLSC)		72 (n=71)	71 (n=60)	**0,077**
CSSS (mission CLSC)	Soutien psychologique	66	77	**1,731**
	Soins de santé	63	57	**0,612**
	Services spécialisés	4	0	**2,595**
	Programme d'intervention	49	45	**0,241**
	Autres	11	5	**1,661**
% de répondants qui reçoivent des services du Centre jeunesse		65 (n=64)	58 (n=49)	**1,131**
Centre jeunesse	Soutien psychologique	88	92	**0,550**
	Placement	5	0	**2,360**
	Programme d'intervention	34	39	**0,232**
	Autres	8	10	**0,197**
% de répondants qui reçoivent des services gouvernementaux		9 (n=9)	6 (n=5)	**0,702**
Services gouvernementaux	Services de réadaptation	11	20	**0,207**
	Programme d'alphabétisation	0	0	**--**
	Autres *(réadaptation en dépendance, aide juridique, aide aux victimes d'actes criminels, formation transition emploi (aide sociale)*	89	80	**0,207**
% de répondants qui reçoivent des services communautaires		44 (n=43)	39 (n=33)	**0,479**
Ressources communautaires	Soutien psychosocial	70	67	**0,083**
	Visites supervisées/échange de garde	12	21	**1,290**
	Services de désintoxication	9	9	**0,001**
	Service d'hébergement	14	12	**0,055**
	Autres (PAF-PAPCF-Parengagement)	30	24	**0,335**

Famille

Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes concernant la structure familiale (Tableau 9). La proportion de familles monoparentales dans le groupe AIDES et groupe témoin (AIDES : 55 %, témoin : 48 %) est sensiblement la même. Il en est de même pour les résultats selon le type de famille biparentale présenté au tableau 10 (AIDES : 57 %, témoin : 52 %). Il existe une différence significative entre les deux groupes quant au lien entre l'enfant et le répondant chef de famille monoparentale. Ainsi, une plus grande proportion de mères monoparentales se retrouvent dans le groupe AIDES (AIDES : 85 %; témoin : 71) tandis que les pères se retrouvent en plus grande proportion dans le groupe témoin (29 % contre 15 %) (Tableau 11).

Tableau 9 : Structure familiale				
	AIDES n= 99	**Témoin** n= 85	**X^2**	**T**
	%		**0,982**	
Biparentale	45	52		
Monoparentale	55	48		
Total	100	100		

Tableau 10 : Type de famille biparentale				
	AIDES n= 45	**Témoin** n= 44	**X^2**	**T**
	%		**0,183**	
Nucléaire	43	48		
Reconstitué	57	52		
Total	100	100		

Tableau 11 : Chef de famille monoparentale				
	AIDES n= 55	**Témoin** n=41	**X^2**	**T**
	%		**3.087†**	
Mère monoparentale	85	71		
Père monoparental	15	29		
Total	100	100		

(p < 0.1† p ≤ 0.05* p ≤ 0.01 p ≤ 0.001***)**

Le tableau 12 fournit des renseignements sur le nombre d'enfants de 18 ans et moins résidant au domicile familial. Un peu plus du tiers des familles du groupe AIDES (40 %) et du groupe témoin (33 %) est composé de 3 enfants et plus. Parmi celles-ci, 31 % des familles du groupe AIDES et 33 % du groupe témoin ont des enfants âgés en moyenne entre 0 et 5 ans (Tableau 13). Plus de la moitié des familles du groupe AIDES et du groupe témoin ont des enfants en moyenne âgés entre 0 et 5 ans (voir catégories 0 à 24 mois et 25 à 59 mois du tableau 14). Il n'existe pas de différence significative entre les groupes.

Tableau 12 : Nombre d'enfants de 18 ans et moins résidant au domicile familial				
	AIDES n=99	**Témoin** n=85	**X^2**	**T**
	%		**1.125**	**-0.895**
1 enfant	27	33		
2 enfants	33	35		
3 enfants et plus	40	33		
Total	100	100		
Moyenne	2	2		
Écart-type	1	1		

Tableau 13 Familles nombreuses (3 enfants et +) ayant des enfants âgés en moyenne entre 0 et 5 ans				
	AIDES n=68	Témoin n=54	X^2	T
	%	**%**	**2,083**	
3 enfants et plus	**31**	**33**		
Total	33	46		

Tableau 14 : Moyenne d'âge en mois de tous les enfants de la famille résidant au même domicile				
	AIDES n=99	Témoin n=85	X^2	T
	%	**%**	**2.362**	
0 à 24 mois	29	20		
25 à 59 mois	32	40		
60 mois et plus	38	40		
Total	100	100		
Moyenne	**56 mois**	**60 mois**		**-0.364**
Écart-type	**33 mois**	**33 mois**		

La majorité des familles du groupe AIDES (94 %) et du groupe témoin (89 %) résident dans des logements locatifs (Tableau 15). Une faible portion de l'échantillon est propriétaire (AIDES : 6 %; témoin : 11 %); 14 % de familles des deux groupes habitent dans des logements sociaux. (Tableau 15)

Tableau 15 : Mode d'occupation				
	AIDES n=99	**Témoin** n=85	X^2	T
	%		**1.223**	
Propriétaire	6	11		
Locataire	94	89		
HLM	14	14	**0.001**	

Tel qu'indiquent les résultats du tableau 16 sur la densité d'occupation, les deux tiers des familles habitent dans des conditions confortables (AIDES : 66 %; témoin : 75 %). Toutefois, une plus forte proportion de familles du groupe AIDES vivent dans de conditions exigües[2] (17 %) comparativement à celles du groupe témoin (2 %).

Tableau 16 : Densité d'occupation				
	AIDES n=97	**Témoin** n=83	**X^2**	**T**
	%		**10,003****	**-1,966***
Confortable	66	75		
Appropriée	18	23		
Exigüe	**17+**	**2-**		
Total	100	100		
Moyenne	0.79	0.71		
Écart-type	0.30	0.23		

(p < 0.1† p ≤ 0.05* p ≤ 0.01 p ≤ 0.001***)**

C'est dans les familles nombreuses (3 enfants et plus) que cette différence s'intensifie. Les résultats du tableau 17 montrent que les familles nombreuses du groupe AIDES vivent davantage dans des conditions d'habitation exigües que celles du groupe témoin (AIDES 34 %; témoin : 8 %). Les familles du groupe témoin habitent surtout dans conditions appropriées (44 %) comparativement au groupe AIDES (18 %).

Tableau 17 : Familles nombreuses (3 enfants et plus) selon la densité d'occupation				
	AIDES n=38	Témoin n=25	**X^2**	**T**
	%	**%**	**7.805***	
Confortable	47	48		
Appropriée	**18-**	**44+**		
Exigüe	**34+**	**8-**		
Total	100	100		
Moyenne	0.97	0.89		**-1.086**
Écart-type	0,28	0,27		

(p < 0.1† p ≤ 0.05* p ≤ 0.01 p ≤ 0.001***)**

[2] Un indice de densité d'occupation est calculé en divisant le nombre de personnes vivant dans l'habitation par le nombre de pièces (n'incluant pas la salle de bain). Une plus faible densité est observée lorsque le nombre de pièces est supérieur au nombre de personnes faisant partie du ménage (score de 1 et moins). À l'inverse, une plus forte densité apparaît lorsque le nombre de pièces de l'habitation est inférieur au nombre de personnes faisant partie du ménage (score de 1 et plus). Les résultats du tableau 16 décrivent la part des logements dans lesquels les conditions d'habitation sont considérées comme "confortables" (plus faible densité), appropriées (densité moyenne) ou exiguës (plus forte densité).

Le revenu familial brut est de 15, 000 $ et moins pour 47 % des familles du groupe AIDES et 54 % du groupe témoin (Tableau 18). Les deux groupes se distinguent quant à la proportion de familles ayant un revenu plus élevé. Ainsi, 32 % des familles du groupe AIDES (24 % et 7 %) ont un revenu de plus de 24 000 $ comparativement à 20 % des familles du groupe témoin (14 % et 6 %).

Tableau 18 : Revenu familial annuel brut

	AIDES n=98	Témoin n=84	X^2	T
	%		**2,906**	
Moins de 15 000 $	47	54		
15 000 $ à 23 999 $	22	26		
24 000 $ à 39 999 $	24	14		
40 000 $ et plus	7	6		
Total	100	100		

Les services aux familles réfèrent à ceux qui ciblent l'ensemble de la famille. La majorité des familles rencontrées ont accès à de tels services (tableau 19). Elles bénéficient principalement de ressources financières provenant de l'État telles que des allocations familiales (AIDES : 82 %; témoin : 86 %) et de l'aide sociale (AIDES : 62 %; témoin : 64 %). Dans des proportions équivalentes entre les deux groupes, elles reçoivent aussi des ressources matérielles telles que l'aide alimentaire (AIDES : 48% ; témoin : 51 %), le comptoir vestimentaire (AIDES : 37 %; témoin : 33 %), les services de garde subventionnés par l'État ou du privé (AIDES : 38 %; témoin : 38 %) et de l'aide pour l'impôt (AIDES : 18 %; témoin : 15 %).

Tableau 19 : Services reçus par la famille

	AIDES N=99	Témoin N=85	X^2
	%		
Comptoir vestimentaire	37	33	0,393
Aide alimentaire	48	51	0,177
Aide pour l'impôt	18	15	0,272
Aide sociale	62	64	0,071
Allocations familiales	82	86	0,554
Garderie subventionnée	38	38	0,011

Développement cognitif/langagier, moteur, émotionnel et comportemental de l'enfant

Les données du GED portant sur le développement des enfants âgés entre 0 et 71 mois des groupes AIDES et témoin (Tableau 20) montrent que des difficultés graves (zone de référence) sont présentes dans la sphère cognitive et langagière (AIDES : 36 %; témoin : 27 %), sur le plan moteur (AIDES : 18 %; témoin : 21 %) et socio affectif (AIDES : 25 %; témoin : 10 %). Ces difficultés se retrouvent dans au moins deux sphères de développement chez 22 % des enfants du groupe AIDES et 12 % du groupe témoin (Tableau 21). L'analyse comparative entre les groupes montre que les enfants du groupe AIDES sont plus nombreux à éprouver des difficultés dans la sphère socio-affective que ceux du groupe témoin et qu'ils obtiennent en moyenne des scores plus bas à l'échelle cognitive langagière.

Tableau 20 : Grille d'évaluation du développement

	AIDES n=77			**Témoin** n=58		
	%			**%**		
Interprétation	Cognitive Langagière	Motrice	Socio-Affective	Cognitive Langagière	Motrice	Socio-Affective
Zone de confort	31	53	**61-**	47	46	**78+**
Zone à surveiller	33	29	14	26	33	12
Zone de référence	36	18	**25+**	27	21	**10-**
Total	100	100	100	100	100	100
Moyenne	41	47	80	48	47	86
Écart-type	20	23	17	21	23	13

X^2			**T**		
Cognitive Langagière	Motrice	Socio-Affective	Cognitive Langagière	Motrice	Socio-Affective
3.341	0.593	**5.120†**	1.950*	0.241	**2.157***

(p < 0.1† p ≤ 0.05* p ≤ 0.01 p ≤ 0.001***)**

Tableau 21 : Grille d'évaluation du développement (suite)

	AIDES n=77	**Témoin** n=58	**X^2**	**T**
Enfants se situant dans la zone de référence dans :			**3,943**	
Aucune sphère de développement	48	53		
Une sphère de développement	30	35		
Deux sphères de développement	17	12		
Trois sphères de développement	5	0		
Total	100	100		

Chez les enfants âgés de 5 à 9 ans, les résultats de l'ÉVIP présentés au tableau 22 révèlent que près de 15 % des enfants du groupe AIDES et 9 % du groupe témoin obtiennent un rendement de faible à médiocre pour leur développement cognitif et langagier, tandis que 3 enfants sur 4 se situent dans la moyenne. Il n'existe pas de différence significative entre les groupes.

Tableau 22 : ÉVIP

	AIDES n=32	**Témoin** n=26	**X²**	**T**
Catégories descriptives	**%**		**0.610**	
Faible	15	9		
Moyen	73	75		
Bon	12	16		
Total	100	100		
Moyenne (rang centile)	75	79		0.715
Écart-type	24	19		

Les données obtenues au CBCL, soient les problèmes émotionnels et comportementaux des enfants tels que décrits par le répondant principal, montrent qu'un grand nombre d'enfants vivent un niveau élevé à très élevé de problèmes émotionnels et comportementaux (Tableau 23). Ce taux est rapporté par près d'un répondant sur deux (AIDES : 5 % et 41 %; témoin : 19 % et 28 %), à l'indice total. Des différences significatives méritent d'être soulignées. D'abord, les enfants du groupe témoin (21 %) sont plus nombreux à vivre un niveau élevé de problèmes internalisés comparativement au groupe AIDES (3 %) et de comportements problématiques à l'indice total du CBCL (groupe témoin 19 %; groupe AIDES 5 %). Les enfants du groupe AIDES (41 %) quant à eux, vivent davantage de difficultés à un niveau très élevé de l'indice total comparativement aux enfants du groupe témoin (28 %).

Tableau 23 : CBCL

	AIDES n=75			**Témoin** N=72			**X²**	**T**
	%			**%**				
Catégories descriptives :	**Normal**	**Élevé**	**Très élevé**	**Normal**	**Élevé**	**Très élevé**		
Problèmes internalisés	64	**3-**	33	57	**21+**	22	**12,411*** **	**-0.278**
Problèmes externalisés	44	15	41	54	15	31	**1,968**	
Indice total	54	**5-**	41+	53	**19+**	28-	**7,921***	
Moyenne	**59**			**59**				
Écart-type	**10**			**9**				

(p < 0.1† p ≤ 0.05* p ≤ 0.01 p ≤ 0.001***)**

Victimisation de l'enfant

Les résultats obtenus au CAPI (Tableau 24) montrent que 38 % des répondants principaux du groupe AIDES et 18 % du groupe témoin présentent un risque élevé d'adopter des comportements maltraitants de nature chronique. Ce taux est significativement plus élevé chez les répondants du groupe AIDES. De plus, les répondants du groupe AIDES se situent en moyenne dans la zone tendance (μ=183) tandis que ceux du groupe témoin se situent en moyenne dans la zone normale (μ=146)[3].

Tableau 24 : CAPI

	AIDES n=99	**Témoin** n=85	**X^2**	**T**
Potentiel d'abus	**%**	**%**	**10,210****	**-2.707****
Normal	53	66		
Tendances	9	16		
Élevé	**38+**	**18-**		
Total	100	100		
Moyenne	183	146		
Écart-type	98	82		

(p < 0.1† p ≤ 0.05* p ≤ 0.01 p ≤ 0.001***)**

Conduites parentales à caractère violent par un adulte de la maison (JPM-PCCTS)

Le tableau 25, traitant de la prévalence annuelle des conduites parentales à caractère violent envers l'enfant, indique que 73 % des répondants principaux du groupe AIDES et 65 % du groupe témoin rapportent la présence d'au moins un épisode d'agression psychologique dans la dernière année (prévalence annuelle). Lorsque ce type d'agression est rapporté à plus de trois reprises, c'est plus de la moitié des répondants des deux groupes qui rapportent de telles conduites (AIDES : 57 %; témoin : 55 %). Les épisodes de violence physique mineure (ex. : punition corporelle) sont rapportés au moins une fois par trois répondants sur cinq (AIDES : 63 %; témoin : 58 %) et par un peu plus du tiers (AIDES : 38 % ; témoin : 32 %) lorsque les répondants en rapportent l'utilisation répétée (trois fois ou plus). Finalement, les conduites de violence physique sévère envers l'enfant sont rapportées dans 16 % des cas pour le groupe AIDES et dans 17 % des cas pour le groupe témoin et leur recours répété dans 3 % (AIDES) et 4 % (Témoin) des cas.

[3] (0 à 165 = Normal) (166 à 214 = tendances (215 et + = Élevé)

Tableau 25 : PCCTS –Prévalence annuelle						
	AIDES		Témoin		X^2	
	%		%			
Nombre de fois	Au moins 1	3 et +	Au moins 1	3 et +	Au moins 1	3 et +
Agression psychologique	73	57	65	55	**1,395**	**0,030**
Violence physique mineure	63	38	58	32	**0,405**	**0,709**
Violence physique sévère	16	3	17	4	**0,003**	**0,036**

Les résultats de la fréquence annuelle d'utilisation des comportements issus des trois types de conduites disciplinaires violentes montrent que certains comportements sont privilégiés par rapport à d'autres. C'est le cas des conduites d'agression psychologique telles que crier ou hurler après l'enfant, se faire menacer de recevoir la fessée sans toutefois la recevoir et recevoir des injures de la part d'un adulte de la maison. Dans le cas de la punition corporelle, les répondants rapportent davantage des conduites telles que donner une tape sur la main, le bras ou la jambe ou taper sur les fesses de l'enfant à main nue. Les items relatifs à la violence physique sévère, tels que secouer un enfant âgé de moins de deux ans et donner une claque à l'enfant au visage sur la tête ou sur les oreilles sont plus rarement rapportés. Aucune différence significative entre les groupes AIDES et témoin n'est à souligner. De plus, la proportion de répondants est sensiblement la même d'un groupe à l'autre.

Multiples formes de victimisation pouvant être subies par un enfant (JVQ)

Les données sur la prévalence annuelle des multiples formes de victimisation pouvant être subies par un enfant présentées au tableau 26 montrent que les formes de victimisation les plus souvent subies par les enfants sont la victimisation par les pairs et la fratrie (AIDES : 54 %; témoin : 62 %) et les crimes conventionnels (AIDES : 45 %; témoin : 59 %). Ces taux diminuent lorsqu'il s'agit d'une expérience répétée (trois fois et plus). Il existe des différences significatives lorsque l'on compare les groupes AIDES et témoin. Les enfants du groupe témoin sont davantage exposés aux crimes conventionnels lorsqu'ils en sont témoins au moins une fois dans l'année tandis que les enfants du groupe AIDES vivent davantage de victimisation indirecte lorsqu'elle est commise plus de trois fois dans l'année (AIDES : 20 %; témoin : 7 %).

Tableau 26 :Prévalence annuelle des différents types de victimisation (JVQ)						
	AIDES		Témoin		X^2	
	%		%			
Nombre de fois	Au moins 1	3 et +	Au moins 1	3 et +	Au moins 1	3 et +
Victimisation par les pairs et la fratrie	54	37	62	48	**1,090**	**2,041**
Crimes conventionnels	45	31	59	31	**3,197†**	**0,005**
Victimisation sexuelle	7	1	7	4	**0,001**	**1,409**
Victimisation indirecte	36	20	25	7	**2,692**	**5,464***

La fréquence annuelle des différents types de victimisation informe sur la nature des actes le plus souvent commis auprès des enfants. Les actes les plus fréquents sont : frapper ou attaquer l'enfant (sans utilisation d'objet ou d'arme), briser ou détruire un objet appartenant à l'enfant (crimes conventionnels); se faire frapper ou attaquer par un jeune, incluant la fratrie, se faire insulter (victimisation par les pairs et la fratrie); voir quelqu'un se faire attaquer sans l'utilisation d'objets ou d'armes, voir un de ses parents être frappé par son autre parent (biologique ou non), vol commis au domicile de l'enfant (victimisation indirecte) et s'exhiber devant l'enfant (victimisation sexuelle). Encore une fois, aucune différence significative n'est à présente entre les groupes quant à la fréquence annuelle des différents types de victimisation.

Comportements négligents des adultes de la maison (MNBS)

La négligence envers l'enfant représente la forme de mauvais traitements la moins rapportée par le répondant principal. Parmi les différentes formes de négligence pouvant être subie par l'enfant, la négligence physique et cognitive sont les manifestations les plus fréquentes (Tableau 27). Les enfants du groupe témoin (11 %) sont cinq fois plus nombreux à vivre de la négligence éducative (besoins cognitifs) 3 fois et + dans une année que ceux du groupe AIDES (2 %) et ce, de manière significative.

Tableau 27 : Prévalence annuelle des comportements négligents des adultes de la maison (MNBS)

	AIDES		Témoin		X^2	
	%		%			
Nombre de fois	**Au moins 1**	**3 et +**	**Au moins 1**	**3 et +**	**Au moins 1**	**3 et +**
Besoins émotionnels	16	9	17	4	**0,004**	**2,313**
Besoins cognitifs	21	2	29	11	**1,240**	**5,992***
Besoins physiques	30	14	24	8	**0,853**	**1,640**
Besoins en supervision	12	7	21	12	**2,747**	**1,172**

(p < 0.1† p ≤ 0.05* p ≤ 0.01 p ≤ 0.001***)**

La fréquence annuelle des comportements négligents à l'égard des enfants les plus fréquemment rapportés par le parent sont : ne pas être en mesure d'assurer à l'enfant un endroit sûr où rester et ne pas laver l'enfant alors qu'il est sale (besoins physiques); ne pas être capable de montrer ou de dire à l'enfant qu'il est aimé (besoins émotionnels); ne pas prendre le temps de discuter avec les éducateurs ou professeurs de l'enfant (besoins cognitifs) et de ne pas surveiller l'enfant alors qu'il est laissé seul à l'extérieur du domicile pour une courte période de temps (besoins en supervision). Quant à la comparaison entre le groupe AIDES et le groupe témoin, il n'existe pas de différence significative.

Cooccurrence des formes de mauvais traitements envers les enfants, de la part d'un adulte de la maison.

Un grand nombre d'enfants rencontrés subissent annuellement plus d'une forme de mauvais traitements de la part d'un adulte de la maison (parent ou autre figure parentale). Les résultats du tableau 28 sur la coexistence entre les catégories descriptives du PCCTS (agression psychologique, violence physique mineure et violence physique sévère) et du MNBS (toutes formes de négligence) montrent que plus de la moitié des enfants victimes d'agression psychologique (AP) sont aussi victimes de violence physique mineure (VPM) (AIDES : 55 %; témoin : 52 %). Ce taux diminue à 36 % chez les enfants du groupe AIDES et 30 % pour le groupe témoin lorsque vécu trois fois ou plus. L'agression psychologique coexiste avec la négligence (NEG) chez plus de 4 enfants sur 10 (AIDES : 43 %; témoin : 44 %) et ce taux diminue de moitié lorsque vécu trois fois ou plus (AIDES : 22 %; témoin : 18 %). Ces taux sont similaires lorsqu'il s'agit de la violence physique mineure et la négligence. Dans la dernière année, un enfant sur trois (AIDES : 33% ; témoin : 35 %) a été victime de trois formes de victimisation (AP-VPM-NEG). Les quatre formes sont vécues simultanément chez 12 % des enfants du groupe AIDES et 9 % du groupe témoin, et ce taux diminue lorsque qu'elles sont plus fréquentes. En terminant, la violence physique majeure, une forme plus rare, coexiste avec les autres formes (AP et VPM) chez un peu plus d'un enfant sur 10, et ce taux diminue considérablement lorsque la violence est répétée (2 enfants sur 100).

Tableau 28 : Cooccurrences des formes de victimisation[4]

	AIDES %		Témoin %		X^2	
Type de victimisation	**Au moins 1**	**3 et +**	**Au moins 1**	**3 et +**	**Au moins 1**	**3 et +**
AP - VPM	55	36	52	30	**0,210**	**0,840**
AP - VPS	15	3	13	4	**0,177**	**0,038**
AP-NEG	43	22	44	18	**0,010**	**0,437**
VPM-VPS	14	3	13	4	**0,052**	**0,038**
VPM-NEG	37	16	36	11	**0,018**	**0,805**
VPS-NEG	13	2	11	2	**0,115**	**0,022**
AP-VPM-VPS	15	3	12	4	**0,239**	**0,034**
AP-VPM-NEG	33	17	35	10	**0,051**	**1,385**
AP-VPS-NEG	12	2	10	3	**0,147**	**0,023**
VPM-VPS-NEG	12	2	10	2	**0,153**	**0,022**
AP-VPM-VPS-NEG	12	2	9	3	**0,428**	**0,024**

[4] AP : Agression psychologique ; VPM : Violence physique mineure ; VPS : Violence physique sévère ; NEG : Négligence

Adaptation des figures parentales à leur rôle et exercice de leurs responsabilités envers l'enfant

Les résultats de l'ISP présentés au tableau 29 portent sur le niveau de tension psychologique et de stress vécu par le répondant principal, en regard de ses responsabilités parentales. Ils montrent que 35 % des répondants principaux du groupe AIDES et 20 % du groupe témoin présentent un niveau de stress plus élevé que la normale. L'analyse comparative entre les deux groupes révèle que les répondants principaux du groupe AIDES sont significativement plus nombreux à rapporter une interaction dysfonctionnelle avec l'enfant ciblé par la recherche (29 % contre 13 %). Aussi, leur niveau de stress moyen serait significativement plus élevé (moyenne : 82 vs 75) malgré qu'il se situe dans la zone normale[5]. Les répondants du groupe témoin quant à eux, ont tendance à rapporter un niveau normal de stress (80 % contre 56 %) et un très bas niveau de détresse parentale (21 % contre 10 %).

Tableau 29 : Indice de stress parental

	AIDES n=99			**Témoin** n=85			**X^2**	**T**
	%			**%**				
	Très bas	**Normal**	**Élevé**	**Très bas**	**Normal**	**Élevé**		
Détresse parentale	10-	75	15	21+	70	9	**5,072 †**	
Interaction dysfonctionnelle	15	**56-**	**29+**	7	**80+**	13-	**12,337*** **	
Enfant difficile	6	60	34	12	60	28	**2,254**	
Stress Total	7	58	35+	12	68	**20-**	**5,737 †**	
Moyenne (score brut)	82			75				**-2.196***
Écart-type	21			19				

(p < 0.1† p ≤ 0.05* p ≤ 0.01 p ≤ 0.001***)**

Les données relatives à l'ISF font état de la qualité du soutien social dont les parents disposent (Tableau 30). En général, le soutien social obtenu par ces derniers est peu aidant, et ce, pour la majorité des répondants (9 sur 10). Aucune différence significative n'est présente entre les deux groupes à l'ISF.

[5] (1 à 51 = 'très bas') (52 à 90 = 'normal') (91 et + = 'ÉLEVÉ')

Tableau 30 : Inventaire de soutien social						
	AIDES n=99		Témoin n=85		X^2	T
	%		%			
	Aidant	Peu aidant	Aidant	Peu aidant		
Soutien informel	13	87	11	89	**1,753**	
Soutien formel	10	90	12	88	**1,212**	
Soutien Total	7	93	7	93	**0,000**	**1.468**
Moyenne	2		2			
Écart-type	0.6		0.5			

Qualité de l'environnement familial à laquelle l'enfant est exposé

Les résultats du HOME au tableau 31 nous apprennent que 13 % des enfants du groupe AIDES et 12 % du groupe témoin vivent dans un environnement familial problématique. Cependant, il n'y a pas de différence significative entre les groupes.

Tableau31 : HOME				
Situation problématique				
	AIDES n=99	Témoin n=85	X^2	T
	%	%	**0,078**	
Indice Total	13	12		

ANNEXE 6 : COLLECTE D'INFORMATION AU DOSSIER USAGER

Deux grilles de Collecte d'Informations au Dossier Usager (CIDU) des enfants recrutés (groupes expérimental et témoin) ont été construites : l'une destinée à recueillir des informations dans les dossiers informatisés de la banque PIJ des Centres jeunesse (CJ) et l'autre dans les dossiers papier des CSSS. Les informations recueillies compléteront celles collectées lors de la visite au domicile des participants et permettront de dresser un portrait complet des caractéristiques des enfants et des familles. Le tableau 1 fait la synthèse de la collecte d'informations au dossier usager

Tableau 1 : Synthèse de la collecte d'informations au dossier usager

Dimensions	**Méthode de collecte**	**Sources**	**Lieu et temps de mesure**	**N par groupes**	
				AIDES	**Témoin**
Signalements à la protection de la jeunesse	Grille maison pour CJ (enfants CJ et CSSS) (CIDU-CJ)	Banques de données administratives des Centres jeunesse (PIJ)	**À la fin du projet**	**99**	**85**
Difficultés identifiées chez le répondant principal	Grille maison pour CSSS (enfants CSSS) (CIDU-CSSS)	Intervenant dédié		**41**	**35**

CIDU-CSSS

Ce sont les intervenants référents qui ont la charge de fournir les informations demandées. Pour la confidentialité et la rigueur de la collecte, un membre de l'équipe de recherche livre directement une enveloppe cachetée, clairement identifiée au nom de l'intervenant dans les CSSS, contenant la grille CIDU-CSSS avec des instructions quant aux documents à recueillir. Advenant le cas où l'intervenant référent n'est plus présent dans le dossier de l'enfant, c'est le nouvel intervenant au dossier qui se chargera de remplir la grille. Par la suite, un membre de l'équipe de recherche récupère les enveloppes comprenant les grilles complétées et les documents demandés.

CIDU CJ

La collecte des documents se fait par deux assistants de recherche autorisés et formés pour consulter les banques à l'intérieur des banques de données administratives des

Centre jeunesse. Les assistants de recherche sont formés et accompagnés par une professionnelle de recherche pour s'assurer qu'ils comprennent la grille de collecte et connaissent les onglets à consulter dans les banques. Une supervision régulière de la collecte est effectuée afin de s'assurer de la qualité des informations recueillies.

Tableau 2 : CIDU-CJ -Alinéas principaux les plus fréquemment évoqués			
	AIDES N=64	Témoin N=53	X^2
	%		6.097
Négligence / risque sérieux de négligence	70	57	
Mauvais traitement psychologique	11	11	
Mode de vie du gardien (ancienne loi)	8	19	
Abus physique /risque sérieux d'abus physique	11	9	
Autre	--	4	
TOTAL	100	100	

Tableau 3 : CIDU-CJ - État du dossier de l'enfant dans le système PIJ			
	AIDES N=99	Témoin N=85	X^2
	% (n)		
Enfant référé par le Centre jeunesse			
Dossier repéré et actif dans période ciblée	100 **(57)**	100 **(46)**	
Enfant référé par le CSSS			
Dossier repéré et actif dans période ciblée/Évaluation fondée SDC	26 (11)	23 (9)	0.118
Dossier repéré/Évaluation fondée SDC avant ou après période ciblée OU évaluation non fondée SDC	43 (18)	44 (17)	
Dossier non repéré	31 (13)	33 (13)	
TOTAL	100 **(42)**	100 **(39)**	

Tableau 4 :CIDU -CSSS Problématiques adulte CSSS			
	AIDES N=41	Témoin N=35	X^2
Problème de santé physique	%		**7.442****
Oui	34	29	
Non	59	40	
Ne sait pas/non documenté	**7-**	**31+**	
Problème de santé mentale			0.441
Oui	61	60	
Non	27	23	
Ne sait pas/non documenté	12	17	

Tableau 4 (SUITE) :CIDU -CSSS Problématiques adulte CSSS			
	AIDES N=41	Témoin N=35	X^2
Déficience intellectuelle			**6.887***
Oui	5	0	
Non	85	67	
Ne sait pas/non documenté	**10-**	**31+**	
Victimisation dans l'enfance			4.218
Oui	68	56	
Non	15	20	
Ne sait pas/non documenté	17	34	
Dépendances			1.705
Oui	15	15	
Non	68	56	
Ne sait pas/non documenté	17	29	
Difficultés conjugales			**8.713****
Oui	59	63	
Non	**39+**	**17-**	
Ne sait pas/non documenté	**2-**	**20+**	
Logement			10.569**
Oui	**46+**	**20-**	
Non	49	51	
Ne sait pas/non documenté	**5-**	**29+**	
Problématique d'emploi			**12.332*****
Oui	**70+**	**44-**	
Non	28	24	
Ne sait pas/non documenté	**3-**	**32+**	
Difficultés financières			7.565*
Oui	76	82	
Non	17+	0-	
Ne sait pas/non documenté	7-	18+	
Isolement social			**6.264***
Oui	54+	31-	
Non	43	39	
Ne sait pas/non documenté	7-	26+	

ANNEXE 7 : SYNTHÈSE DES DIFFÉRENCES SIGNIFICATIVES ENTRE LE GROUPE AIDES ET TÉMOIN, AU PRÉ-TEST ET AU POST-TEST

SYNTHÈSE DES DIFFÉRENCES SIGNIFICATIVES ENTRE LE GROUPE AIDES ET TÉMOIN, AU PRÉ-TEST ET AU POST-TEST

Dimensions	Pré-test	Post-test
Caractéristiques des enfants	• Âge (X^{2}† ; T**) • Services reçus en milieu scolaire (X^{2}*) • services spécialisés su CLSC (X^{2}*)	
Caractéristiques des répondants	• Âge (X^{2}† ; T†)	
Caractéristiques des familles	• Conditions d'habitation (X^{2}** ; T*) • Chef de famille monoparentale (X^{2}†)	
Développement cognitif, langagier, comportemental et émotionnel de l'enfant	• Développement cognitif (T*), socio-affectif (GED - enfants 0-5 ans) (X^{2}† ; T*) • Développement comportemental (CBCL) (X^{2}*)	
Victimisation	• Comportements maltraitants de nature chronique (CAPI) (X^{2}** ; T**) • Victimisation indirecte (JPM) (X^{2}*) • Crimes conventionnels (JPM) (X^{2}*)	• Comportements maltraitants de nature chronique (CAPI) (T*)
Adaptation des figures parentales à leur rôle et exercice de leurs responsabilités envers l'enfant	• Interaction dysfonctionnelle (ISP) (X^{2}**) • Détresse parentale (ISP) (X^{2}†) • Stress total (ISP) (X^{2}† ; T*)	
Qualité de l'environnement familial auquel l'enfant est exposé	Aucune différence significative	

(p < 0.1† p ≤ 0.05* p ≤ 0.01** p ≤ 0.001)***

ANNEXE 8 : COMMUNICATION DONNÉE DANS LE CADRE DU COLLOQUE ANNUEL SUR LA MALTRAITANCE – OCTOBRE 2011

Perception parentale des pratiques d'aide et des collaborations: présentation d'études de cas

présentée
par
Claire Chamberland et Danielle Lessard
pour
l'équipe de recherche de l'initiative AIDES

Ce projet de recherche a été financé dans le cadre de la Stratégie nationale pour la prévention du crime du gouvernement du Canada en collaboration avec le Ministère de la Sécurité publique du Québec.
Merci aux groupes de recherche GRAVE et le GRIN pour le soutien apporté depuis 2003.
©Octobre 2011

Équipe de recherche

Chercheurs

Claire Chamberland, Université de Montréal

Carl Lacharité, Université du Québec à Trois-Rivières

Marie-Ève Clément, Université du Québec en Outaouais

Sarah Dufour, Université de Montréal

Louise Lemay, Université de Sherbrooke

Personnel de recherche

Danielle Lessard, Université de Montréal

Véronique Bouchard, Université de Montréal

Guylaine Fafard, Université du Québec à Trois-Rivières

Marc Ludvik, Université du Québec à Trois-Rivières

Annie-Claude Matthieu, Université de Montréal

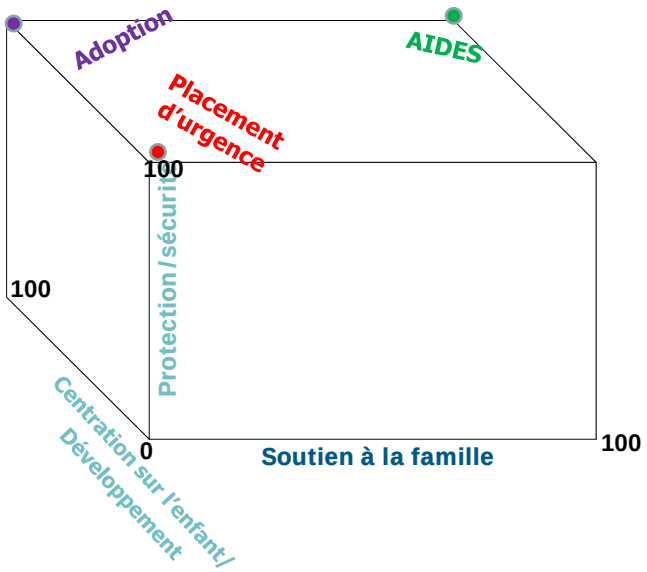
Stéphanie Plourde, Université du Québec à Trois-Rivières

Trois questions

1. **Initiative AIDES et sa recherche évaluative**
2. **Présentation de 2 histoires singulières**
3. **Que nous apprennent l'histoire de Max et Léa**
   - **sur l'application des moyens promus par AIDES**
   - **sur la qualité des pratiques en lien avec la satisfaction des parents**

3

ORIENTATIONS EN MATIÈRE DE PROTECTION ET BIEN-ÊTRE DES ENFANTS



4

Adaptation du modèle britannique en contexte québécois: initiative AIDES

Depuis 2008, l'initiative AIDES propose à des intervenants sociaux de 2 centres jeunesse (CJ) et de 4 centres de la santé et des services sociaux (CSSS) d'expérimenter une pratique d'intervention novatrice dans le but d'améliorer les collaborations entre les parents, les intervenants et les différents partenaires concernés par le bien-être et la sécurité de 99 enfants âgés de 9 ans et moins présentant des besoins complexes.

5

L'enfant et sa famille

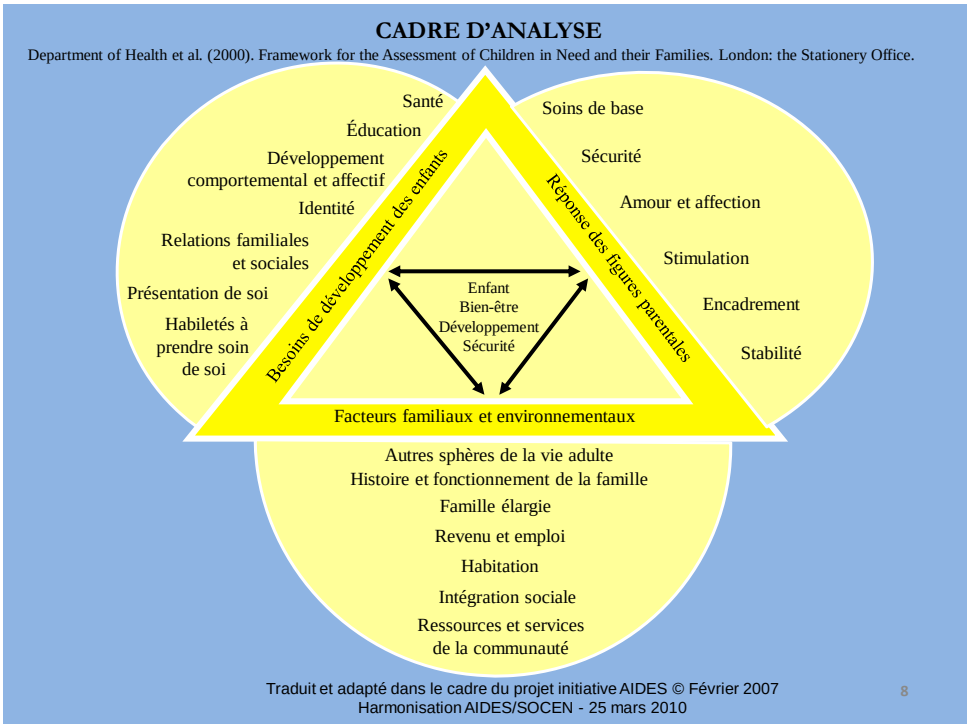
- **Est âgé au début de l'intervention de *moins de neuf ans*;**
- **Sa situation familiale suscite des *préoccupations significatives face à son développement* (ex., signalement à la protection de la jeunesse ou indice de priorisation élevé dans un CSSS);**
- **Reçoit ou doit recevoir (lui ou ses parents) des services *d'au moins deux organisations;***
- **Le *maintien en milieu naturel* est l'orientation retenue dans le cadre des services proposés;**
- **Est référé par l'intervenant qui assure le suivi en CJ ou en CSSS.**

6

Une pratique d'intervention qui consiste à:

- **<u>Utiliser un cadre d'analyse</u> centré sur l'ensemble des besoins de développement de l'enfant**;
- **<u>Compléter un outil concret</u> avec le parent et l'enfant (lorsqu'il est suffisamment âgé) qui permet de recueillir et d'analyser des informations sur les éléments du cadre d'analyse;**
- **<u>Utiliser une approche participative</u> avec le parent à toutes les étapes de l'intervention (analyse, planification des actions, mise en œuvre et révision);**
- **<u>Impliquer les partenaires du réseau</u> dans l'identification conjointe d'actions professionnelles découlant de la compréhension commune des besoins de l'enfant et de sa famille.**

7



Cahier d'analyse des besoins de l'enfant CABE

- **Est un <u>outil intégrateur</u> développé en Grande-Bretagne à partir du cadre d'analyse**
- **Est divisé en fonction de 6 groupes d'âge (prénatal à 18 ans)**
- **Explore et documente les différentes dimensions du cadre d'analyse à l'aide d'items:**

  - forces et difficultés de l'enfant;

  - forces et difficultés des figures parentales;

  - ressources et contraintes de l'environnement familial et social

9

CABE

- **Favorise la compréhension des facteurs qui ont un impact sur les différents aspects du développement de l'enfant et sur les capacités parentales**

- **Favorise le partage des informations et de la compréhension des besoins de l'enfant entre les différents acteurs**

- **Il permet des objectifs d'intervention plus**
  - **Spécifiques et formulés de manière opérationnelle**
  - **Au-delà d'un simple questionnaire…c'est un outil de dialogue avec le parent et les autres collaborateurs**

10

L'approche participative c'est le parent: un partenaire à part entière!

- **Sur leurs savoirs, leurs préoccupations, leurs intentions et leurs initiatives à propos du bien-être de leurs enfants**
- **À l'intérieur d'une compréhension écosystémique du développement des enfants**
- **Via l'identification conjointe d'actions professionnelles découlant de cette compréhension et s'harmonisant avec les initiatives positives de l'entourage immédiat des enfants**

☞ **L'utilisation du cadre de référence et des cahiers (CABE) sans utiliser l'approche participative ne permet pas d'atteindre les objectifs visés.**

11

Un plan d'action concertée (PSI-PSII)

C'est conjointement que les différents partenaires

(enfants, parents, intervenants et organisations):

- **Conviennent des besoins;**
- **Définissent leurs responsabilités;**
- **Précisent qui fait quoi.**

12

Mise en œuvre de AIDES dans les milieux de pratique

- **AIDES s'expérimente dans les différents programmes des CJ et CSSS participant;**
- **Les intervenants sont soutenus à l'aide:**
  - Rencontres de sensibilisation, de formation, de co-développement et individuelles portant sur les moyens promus par AIDES
  - Consultations téléphoniques (au besoin)
  - Matériel de soutien
- **Intervention auprès de deux familles** ou plus par intervenant;

Grande diversité dans la mise en œuvre selon les milieux

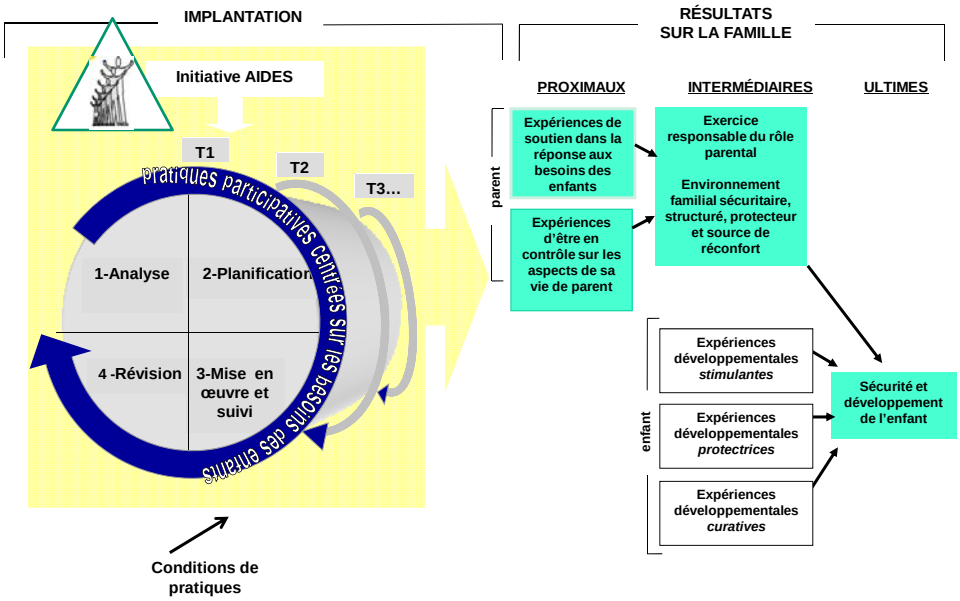
13

Constats

- **Phase 1-** L'utilisation du CABE en interaction avec le parent semble une pratique qui fait sens aux yeux des intervenants et qui s'actualise (PI).
- **Phase 2 –** Le partenariat inter-organisationnel demeure une pratique encore marginale et qui sera essentiel de soutenir (PSI-PSII).

14

MODÈLE LOGIQUE DE PRODUCTION DES EFFETS DE AIDES SUR LE JEUNE



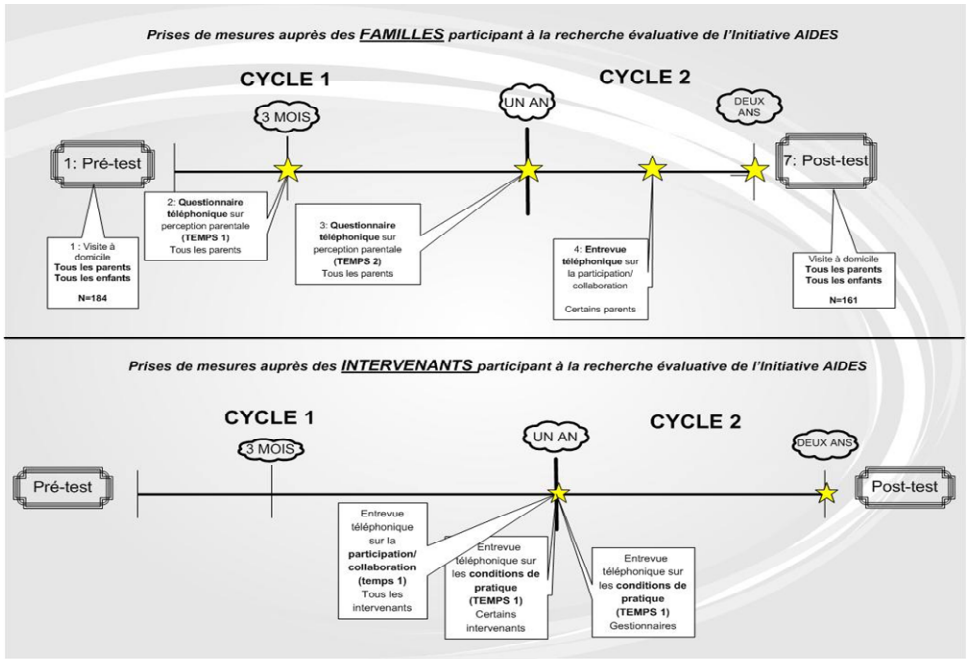
La recherche évaluative de l'initiative AIDES

ÉCHANTILLON

Groupe AIDES 99 enfants	Groupe témoin 85 enfants
CJM-IU Bureau Nord CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	CJM-IU Bureau Ouest CSSS du Sud-Ouest - Verdun
CJ de la Mauricie et du Centre-du-Québec CSSS de l'Énergie CSSS Drummond CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	CJ de la Mauricie et du Centre-du-Québec CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska CSSS de Trois-Rivières CSSS de Maskinongé

Le recrutement s'est déroulé du 1 juillet 2008 au 31 mars 2010
80% (184/230) de l'échantillon prévu a été constitué [16]

Mesures et déroulement de la recherche

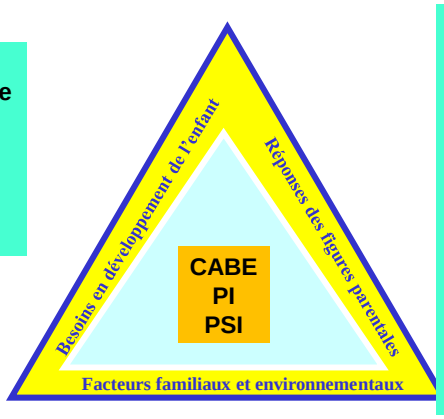


Informations disponibles

Échelle de vocabulaire en images Peabody (EVIP)

Child Behavior CheckList (CBCL)

Dossier-clientèle



Questionnaires
Combinés - victimisation
(PCCTS-JVQ- MNBS)

Home Observation for Measurement of the Environment (HOME)

Indice de stress parental (ISP)

Inventaire du potentiel d'abus (CAPI)

Questionnaire maison: données sociaux démographiques et services reçus
Inventaire de soutien familial (ISF)

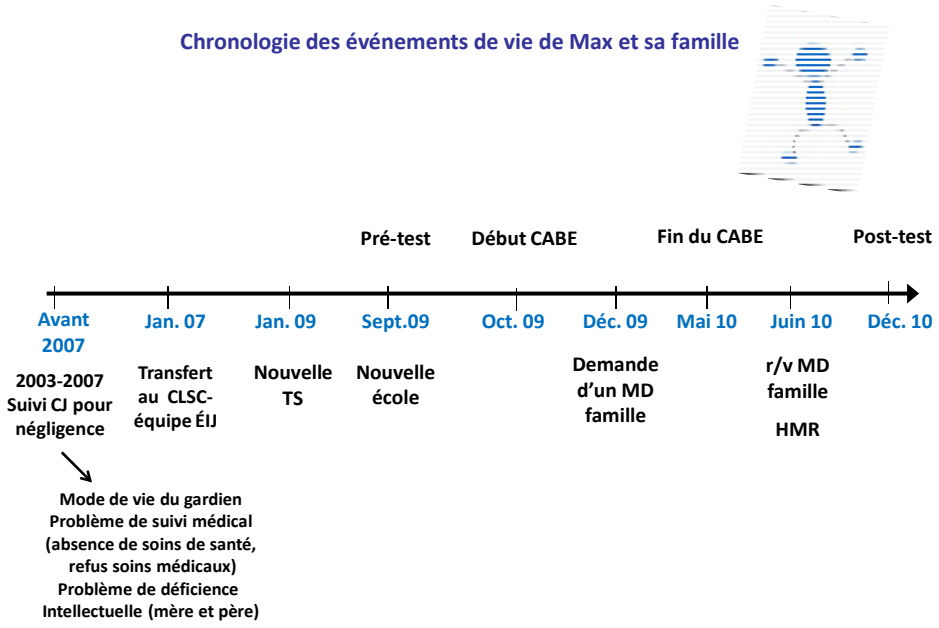
Questionnaires: pratiques d'aide - collaboration parent-professionnel - contrôle face aux services (QPPSR)

Entrevue téléphonique: participation-collaboration (parent et intervenant)

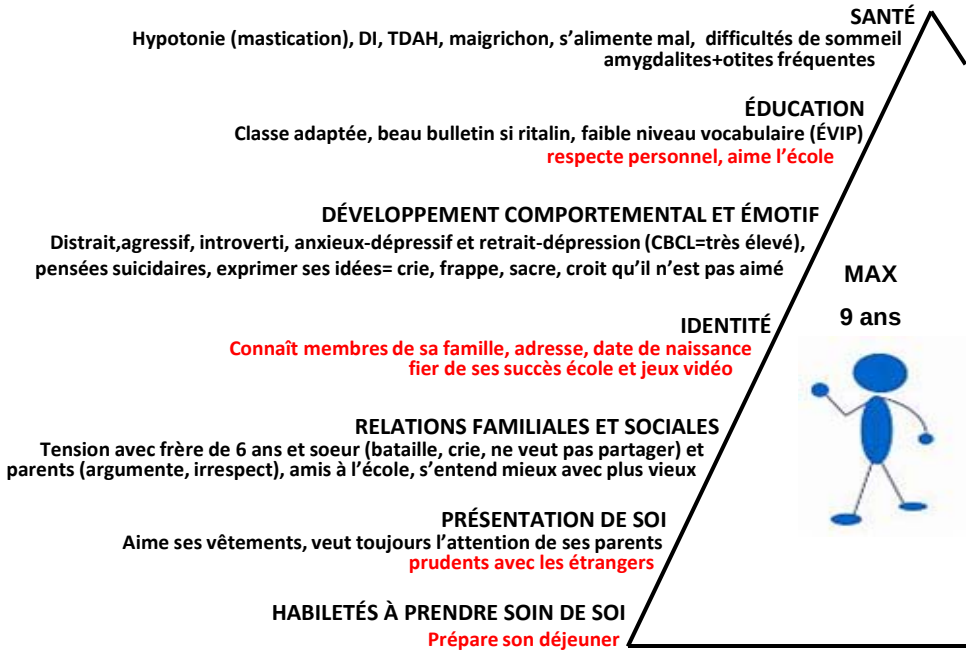
Entrevue téléphonique: conditions de pratique (intervenant)

À propos des histoires choisies

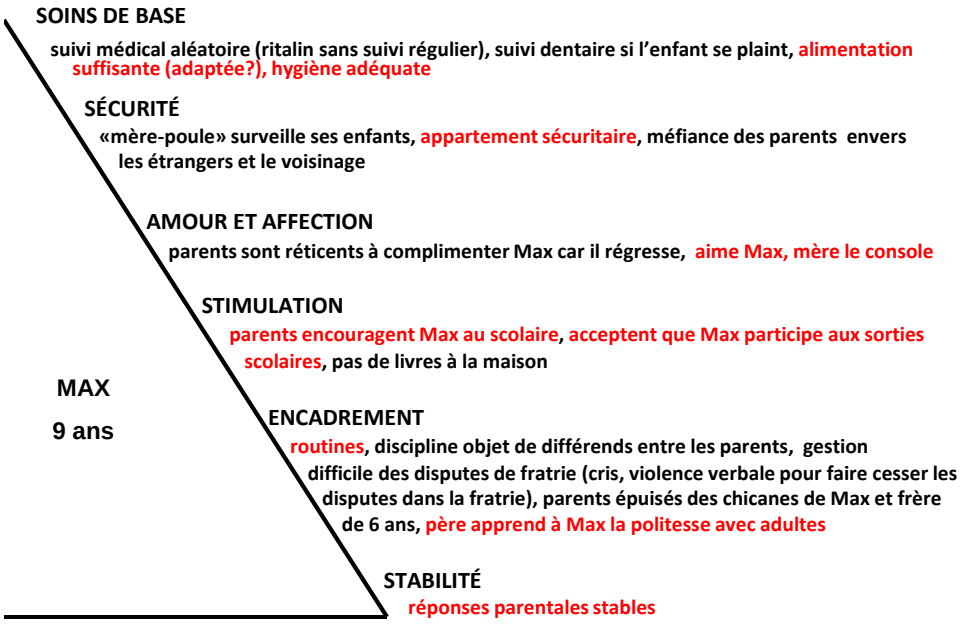
- **Groupe expérimental;**
- **Sélection: 1 parent très satisfait et 1 très insatisfait aux questionnaires: pratiques d'aide - collaboration parent-professionnel - contrôle face aux services (QPPSR) – Temps 2**
- **Toutes les sources d'information sont disponibles;**
- **Répondants principaux sont des pères;**
- **Enfants âgés de 9 ans;**
- **Plus d'un an dans le projet**



Max dans les 6 premiers mois



Réponse des figures parentales



Facteurs familiaux et environnementaux

SPHÈRE ADULTE, HISTOIRE ET FONCTIONNEMENT DE LA FAMILLE

- **En couple depuis 24 ans. Famille unie, qui se soutient.**
- **Monsieur: a vécu un placement. N'a plus de contacts avec sa famille. Certains de ses frères sont alcooliques. N'aime pas les hôpitaux**
- **Madame a des contacts avec sa mère et sa soeur. A peur des dentistes.**
- **5 enfants : 4 garçons (22, 10 et 6 ans, 15 mois) et 1 fille (19 ans). Tous les enfants habitent avec les parents, sauf l'aîné, alcoolique, qui a quitté le domicile.**
- **Tous les membres de la famille = santé fragile**
- **DI: madame, soeur aînée de Max. Frère de 6 ans =hypotonie, possible DI, prothèse cheville.**

REVENU ET EMPLOI

Parents sans emploi = monsieur ne travaille pas depuis 25 ans. Aide sociale. Disent ne manquer de rien.

HABITATION

Habitent 5 ½ sans moisissures = impact positif sur la santé de Max; logement bordélique, petit et surchargé, bruyant (radio, télé, cris enfants) (HOME); aire de jeu extérieur non sécuritaire. Quartier sécuritaire.

INTÉGRATION SOCIALE

Famille repliée sur elle-même. Pas de contacts avec les voisins. Pas d'amis ni d'activités sociales.

RESSOURCES ET SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ

TS, TÉS du CRDI, TÉS et orthophoniste à l'école = personnes extrêmement aidantes (ISF). Connaît ressources du quartier mais préfère se débrouiller seule, être autonome.

Appropriation des moyens réussie

1- **Intermédiaire, tiers, ou lieu** pour comprendre: espace de dialogue et de conscientisation;

2- **Permet de comprendre** les besoins, les difficultés de l'enfant ;

3- **Structurant – fil conducteur** dans et entre les rencontres - objectifs mieux ciblés avec le parent et signifiants pour le parent;

«c'est comme pas moi qui adressais les questions, bien c'est moi qui les adressais, mais par le cahier. C'était plus facile d'aborder les parents …

4a. Est à l'écoute des préoccupations du père, considère sa vision, renforce et non blâmante;

4b. Centrés sur les forces et les capacités des parents – lien de confiance – confiance en père et son autodétermination;

4c. Centrés sur des solutions efficaces à un rythme adapté.

«Je sais qu'elle dit jamais des choses croches, elle nous encourage tout le temps. Tu sais, elle nous abaisse pas. C'est pour ça que ç'a cliqué tout de suite..»

«…il y a un [illegible] qui s'établisse. Mais que ce soit le parent finalement, t'sais le parent capable de prendre ses décisions, hein! T'sais, des fois c'est l'intervenant qui sera pas toujours confiant de son parent, hein! Vice-versa aussi mais des fois, c'est comme si on croit pas à la capacité des gens de, de changer ou de faire certaines actions.»
Ah! Sont capables de bouger ces parents-là! »

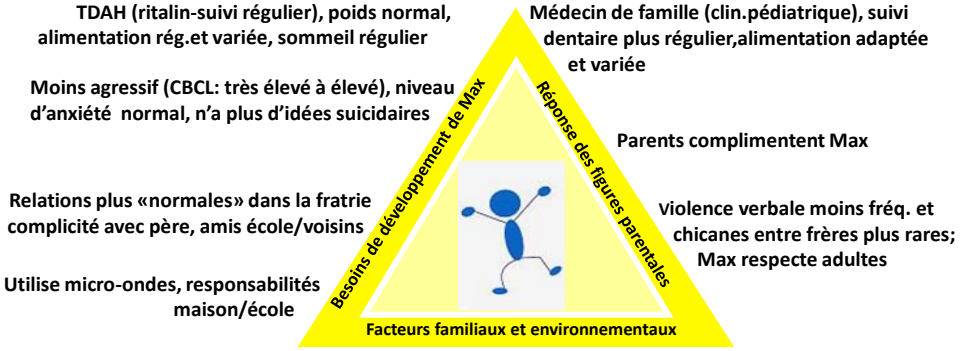
5. Autre portrait de Max – forces et qualités de son fils – augmentation de la qualité de la relation père-fils (plus d'attention positive – enfant moins agressif

6. Accès aux services et soutien diversifié: approche réseau (EIJ)

7. Malgré l'ajout de travail et temps de complétion de l'outil l'impact est positif: approfondir la compréhension de Max et sa famille

«on se centrait directement sur son enfant. Les questions (…) pas toujours dans le négatif. […] le père a reconnu beaucoup de qualités chez son enfant.»

Max à la fin du projet



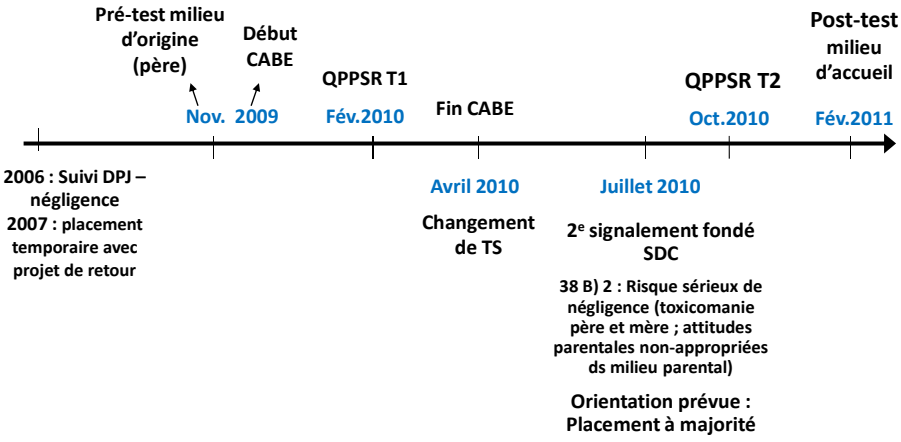
Contacts un peu plus fréquents avec la mère de madame.
Frère de 15 mois = possibilité d'une prothèse cheville + brossage de dents

Aire de jeu ext. sécuritaire

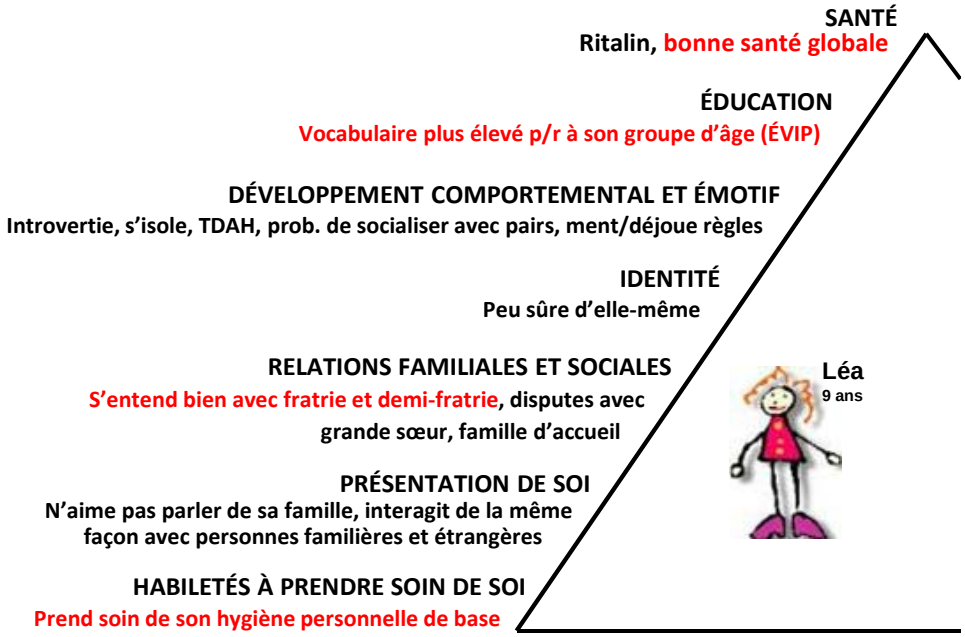
Famille repliée sur elle-même, mais se confie à la TS;
Laisse Max jouer avec deux amis du voisinage.

Psychoéducatrice (CLSC), nutritionniste (CLSC)

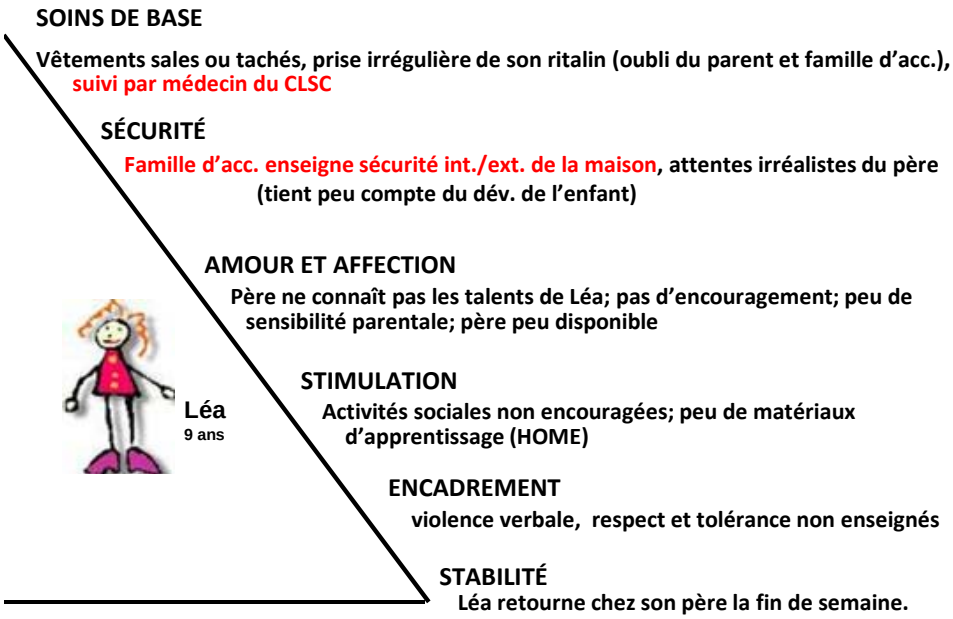
Chronologie des événements de vie de Léa et sa famille



Léa au début du projet



Léa au début du projet



Facteurs familiaux et environnementaux (Léa)

SPHÈRE ADULTE, HISTOIRE ET FONCTIONNEMENT DE LA FAMILLE

Famille recomposée de 7 enfants:

→ **Monsieur a 40 ans, 3 enfants (placés en famille d'accueil) + 1 enfant avec conjointe. A garde les fins de semaine, souhaite ré-obtenir la garde complète. Problème d'alcool; dépendance affective, violence verbale et agressivité.**

→ **Conjointe a 25 ans, 3 enfants au domicile+ enfant commun au couple. Instabilité psychologique, dépendance affective, utilise violence verbale et physique,**

FAMILLE ÉLARGIE

Soutien faible (ISF)

REVENU ET EMPLOI

Aide sociale; allocations familiales; revenu familial est de moins de 10 000$ annuellement.

HABITATION

Proprio maison de 12 pièces; environnement peu attrayant et/ou sécuritaire (HOME)

INTÉGRATION SOCIALE

Relations avec voisins et autorité non harmonieuses

RESSOURCES ET SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ

TS du CJ, famille d'accueil (retour envisagé avec père; fréquence contacts vend. au dim.)
TÉS école, Aide aux devoirs, Service de garde, comptoir vestimentaire

UNE AMORCE ENCOURAGEANTE…

- Connaître les besoins de Léa (père);
- Fil conducteur: préparer la rencontre et prendre du recul;
- Objectifs : mieux ciblés sur l'enfant

«Bien, il y a des choses que je savais pas, puis avec ce cahier-là, ça m'a appris quelque chose»

…ça évitait de généraliser les objectifs d'intervention, mais de mettre ça plus personnalisé, (…) de façon que le parent dans le fond, devait ou pas s'investir davantage mettons au niveau de certains besoins.

AU FINAL UNE APPROPRIATION NON RÉUSSIE

1- Lacune dans la compréhension du cadre;

2 - Approche peu participative et pas de lien de confiance;

3- CABE non complété ;

4- Peu de services – l'intervenant agit seul

«Monsieur A, on a des conflits, là. Il me pique […] Bien, à place de chercher du positif, il cherche tout le temps le négatif et il nous remonte pas le positif.»

«…y'a des sphères que j'ai été vraiment un peu plus vite. T'sais, par exemple l'éducation, l'identité, la présentation de soi, ça c'est trois sphères que j'ai beaucoup moins explorées que les autres

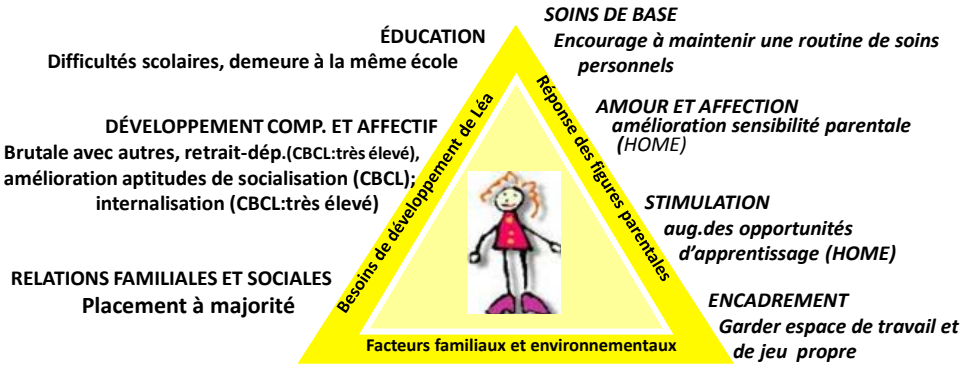
- Son pronostic négatif par l'intervenant: le parent ne s'est pas investi

Si j'étais arrivé à un pronostic positif, je pense que le père aurait, aurait dit « Ah! C'est le *fun*, ce cahier-là. T'sais, ça m'a ouvert les yeux.» Mais vu que là on en était arrivé à un pronostic plus négatif»

- L'outil est perçu comme une menace

T'as de la difficulté mettons à décoder ce qu'y a besoin au niveau de la stimulation, y'a des problèmes puis tout ça, au niveau affectif »«Ben, là, le père y prenait ça vraiment comme si j'avais un outil supplémentaire pour lui taper dessus.»…il prenait vraiment ça comme une menace quand j'arrivais avec le cahier.»

Léa à la fin du projet



HISTOIRE, FONCTIONNEMENT ET AUTRES SPHÈRES VIE ADULTE

FA: famille biparentale, répondante principale de 54 ans

HABITATION = Famille d'accueil

Environnement physique amélioré + propre (HOME)

RESSOURCES ET SERVICES DE LA COMMUNAUTÉ

Orthopédagogie, orthophonie, TS pour monsieur (CLSC), suivi psychosocial du CJ pour Léa, visites supervisées (3 hres 1 samedi sur 2)

Leçons et recommandations

1- Des pratiques qui favorisent la participation des parents

Connaissances - Relations - Actions

2- Le CABE comme outil d'intervention:

utilisation technico-administratif versus un outil de soutien au jugement clinique et d'intervention

3- Des ressources professionnelles à soutenir et une culture d'apprentissage à développer

Des intervenants stables (un enjeu éthique ?), bien formés et soutenus

4- Approche réseau: des pratiques qui favorisent l'engagement des partenaires

AIDES, une opportunité dans le contexte d'une offre de service intégré en négligence.

Attention: le piège du découpage par programme

5- Des résultats qui font une différence dans la vie des enfants

Un tableau de bord conjoint: le développement des enfants

36

Prochaines étapes du projet

- **Amélioration des outils – projet financé par Avenir d'enfants – juillet 2011 à juin 2012**

- **AIDES 2: projet en développement – axé davantage sur les collaborations interétablissements**

Pour en savoir plus sur ce projet et suivre son développement

http://www.initiativeaides.ca/

ANNEXE 9 : GRILLE DE COLLECTE DU TEMPS CONSACRÉ PAR SEMAINE À L'UTILISATION DES MOYENS PROMUS PAR L'INITIATIVE AIDES AUPRÈS D'UNE FAMILLE RÉFÉRÉE À LA RECHERCHE ÉVALUATIVE.

Nom de l'enfant :
Date de début de complétion du Cahier de l'enfant (CABE):
Date de fin de complétion (peu importe l'étape, y compris la plan d'intervention) **:**
(CABE complété ou non)

Activités		
Appropriation du matériel AIDES	Indiquer le temps individuel que vous avez accordé à l'appropriation du matériel AIDES (ne pas inclure les activités formelles)	
Préparation d'une rencontre avec une famille	Indiquer le temps que vous avez consacré à la préparation des rencontres avec la famille lorsque vous avez utilisé le matériel AIDES	
Nombre de rencontres de complétion du CABE (peu importe l'étape, y compris le plan d'intervention) au domicile de la famille	Indiquer les dates	Indiquer la durée de chaque rencontre
Nombre de rencontres de complétion du CABE au bureau (peu importe l'étape, y compris la plan d'intervention) avec la famille	Indiquer les dates	Indiquer la durée de chaque rencontre
Temps accordé au résumé et à l'analyse du CABE	Indiquer le temps que vous avez accordé à préparer le résumé et l'analyse	
Temps accordé au PI avec le parent	Indiquer le temps que vous avez accordé à préparer le PI	
Temps accordé à un pré-PSI avec le parent et avec les partenaires	Indiquer le temps consacré aux contacts téléphoniques et aux rencontres avec la famille et les partenaires	
Temps accordé au PSI avec le parent et avec les partenaires	Indiquer le temps consacré aux contacts téléphoniques et aux rencontres avec la famille et les partenaires	

NB. : Il est important de compléter cette grille après chaque activité réalisée. Les grilles seront recueillies au même moment que les CABE complétés (fin de la participation à la recherche pour la famille).