

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR

ROXANE LAROCQUE

DÉFIS ET OBSTACLES ASSOCIÉS À L'ADOPTION D'UNE NOUVELLE FORME
DE PRATIQUE PSYCHOSOCIALE AUPRÈS DES FAMILLES : LE POINT DE VUE
D'INTERVENANTES DES SERVICES PSYCHOSOCIAUX

AVRIL 2011

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIERES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.PS)

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIERES

DÉFIS ET OBSTACLES ASSOCIÉS À L'ADOPTION D'UNE NOUVELLE FORME
DE PRATIQUE PSYCHOSOCIALE AUPRÈS DES FAMILLES : LE POINT DE VUE
D'INTERVENANTES DES SERVICES PSYCHOSOCIAUX

PAR

ROXANE LAROCQUE

Carl Lacharité, directeur de recherche	Université du Québec à Trois-Rivières
Jean-Marie Miron, évaluateur	Université du Québec à Trois-Rivières
Annie Devault, évaluateur externe	Université du Québec en Outaouais

Sommaire

L'approche utilisée dans les établissements de protection à l'enfance fait l'objet d'une remise en question au Québec. Conséquemment, l'Action Intersectorielle pour le Développement des Enfants et leur Sécurité (A.I.D.E.S) évalue présentement l'effet de l'implantation d'un nouveau modèle de pratique alliant diverses organisations du réseau de la santé et des services sociaux. Le présent essai analysera le vécu expérientielle des quarante-cinq intervenants impliqués dans cette implantation. Le contenu des trente-et-unes rencontres de soutien aux intervenants a été analysé de manière qualitative afin de comprendre de quelle façon leur expérience peut contribuer à établir de nouvelles modalités d'implantation de changements de pratique dans le domaine social. Quatre questions de recherche ont guidé l'analyse : 1) Les conditions expérimentales sont-elles en lien avec la perception de l'implantation de l'outil pour les intervenants? 2) Les conditions de pratiques proposées par l'implantation influencent-elles l'appropriation de l'outil proposé par les intervenants? 3) La conciliation du mandat de travail et du mandat de l'implantation influencera-t-elle le vécu des intervenants tout au long de l'implantation? 4) Les formes de soutien reçus seront-elles adaptées à la réalité des intervenants? Les résultats présentés comportent plusieurs subtilités démontrant l'impossibilité de créer une marche à suivre particulière et rigide pour la réalisation positive d'un changement de pratique dans le domaine social. Les nuances de culture organisationnelle, de culture professionnelle et de culture personnelle témoignent de l'importance d'une analyse écosystémique du processus de changement de pratique, dans la réussite de celui-ci.

Table des matières

Introduction.....	1
Problématique	5
Taux de récurrence	6
Difficulté de communication inter-établissement	7
Le mandat de l'état	8
Moyens utilisés pour combler le mandat de l'État	9
Le type d'intervention utilisé	11
L'emphase sur les compétences parentales	12
Représentation sociale du «bon parent».....	13
Le rôle des intervenants en milieu psychosocial	14
Les enjeux dans la relation parent-intervenant.....	16
Les moyens mis en place par les établissements.....	17
L'initiative A.I.D.E.S.	18
Contexte théorique	21
Le changement de pratique.....	22
Cadre de référence britannique.....	25
L'outil d'analyse CABE.....	27
L'approche participative	28
Les éléments culturels	31
Questions de recherche.....	33
Méthodologie	35
Contexte de l'étude.....	36
Participants	37
Déroulement	38
Plan d'analyse	39
Résultats.....	40
Condition d'implantation et perception de celle-ci	41
Conditions de pratique et appropriation de l'outil par les intervenants	49

Conciliation du mandat de travail et du mandat de l'implantation	60
Soutien nécessaire au bon déroulement de l'implantation	63
Discussion	41
Culture organisationnelle	71
Culture professionnelle	73
Idéal de pratique	73
Culture personnelle	74
Les «résistances»	75
Les limites	77
Conclusion	78
Références	82
 <i>Figure 1 : Cadre de référence écosystémique britannique</i>	 27
<i>Figure 2 : Enjeux culturels de l'implantation d'un changement de pratique</i>	70

Introduction

La prévention de la maltraitance et la protection à l'enfance sont des secteurs qui touchent l'ensemble de la population. L'État québécois s'est muni de lois à cet effet et des établissements tels les Centres Jeunesse et les Centres de Santé et de Services Sociaux ont vu le jour. Or, l'approche utilisée dans ces établissements fait l'objet d'une remise en question quant à l'efficacité à répondre à leur mandat à court, moyen et long termes (Cameron, Freymond & Roy, 2003; Dufour & Chamberland, 2004; Flynn & Bouchard, 2005; Léveillé & Bouchard, 2007; MacLeod & Nelson, 2000; Trocmé & Chamberland, 2003). Le haut taux de récurrence des signalements, les difficultés de communication inter-établissement et la place prépondérante du contrôle social, sont tout autant des signaux indiquant les lacunes du système actuel. De plus, le milieu de protection de l'enfance comporte plusieurs défis pour les intervenants psychosociaux. Ceux-ci ont à composer quotidiennement avec une surcharge de travail et doivent établir une relation de confiance avec les familles desservies par le système. Par ailleurs, ces familles ne sont pas nécessairement impliquées dans les établissements de façon volontaires. Finalement, la réalité des familles au sein de ces organisations est souvent bien loin de celle des intervenants. Leur langage, leur culture et la pluralité des problématiques rencontrées représentent tous des défis importants auxquels l'intervenant est confronté (Parent, 2000).

Heureusement, les établissements ainsi que leurs intervenants sont sensibles à cette réalité et tentent ainsi d'adapter leur pratique. Plan de services intégrés, table de

concertation et partenariat entre les établissements font tous partie de la nouvelle direction que visent les établissements. Par contre, la mise en application de ces stratégies est difficilement réalisable étant donnée le contexte d'intervention, ce qui laisse croire que les services efficaces et adaptés aux familles représentent encore un défi de taille.

Conscients de la chance d'avoir des établissements psychosociaux mis en place au Québec et partageant un souci du bien-être des enfants, des gestionnaires et des intervenants du domaine ont proposé une initiative sociale. Il s'agit de l'initiative A.I.D.E.S (Action Intersectorielle pour le Développement des Enfants et leur Sécurité). Cette initiative se veut d'abord un projet de recherche visant l'implantation d'une nouvelle pratique et l'évaluation de cette dite implantation. Cette initiative a pour mission de favoriser et de soutenir les démarches de collaboration entre l'ensemble des établissements afin que soit planifié et mis en œuvre, pour chaque enfant, un plan d'action. En fait, l'initiative A.I.D.E.S. propose des moyens concrets afin d'accompagner les établissements vers un changement dans la pratique actuelle qui favorisera le bien-être des familles qui sont en contact avec les établissements sociaux au Québec. Par ailleurs, cette approche suggérée est centrée sur les besoins des enfants tout en favorisant la participation et l'autonomisation de leurs parents. Ce modèle s'inspire d'une initiative similaire, déjà en place en Angleterre. Ainsi, après avoir adapté les outils, l'approche et le cadre de référence britannique à la réalité québécoise, l'initiative A.I.D.E.S. tente maintenant, par le biais d'une recherche évaluative, de mesurer les effets d'une telle implantation. Les effets recherchés sont ceux qui concernent les enfants, leurs familles et les établissements qui ont été invités à utiliser cette nouvelle pratique.

Le présent essai fera l'analyse exploratoire du vécu des intervenants qui ont participé à la recherche évaluative de l'initiative A.I.D.E.S. Quels sont les défis qu'ils rencontrent? Comment surmontent-ils ces défis? Pourquoi certains intervenants ont plus de facilité à s'adapter aux changements que d'autres? Qu'est-ce qui facilite l'intégration d'un nouvel outil? L'analyse des rencontres de soutien offert à ces intervenants permettra de donner des pistes de réflexion sur ces questions et ainsi favoriser la compréhension des besoins et des défis en matière d'implantation de changement de pratique.

Problématique

Au Québec, l'efficacité de l'approche actuelle dans les services sociaux, plus particulièrement dans les Centres de Santé et Services Sociaux (CSSS) et les Centres Jeunesses (CJ), fait l'objet d'une remise en question (Cameron, Freymond & Roy, 2003; Dufour & Chamberland, 2004; Flynn et Bouchard, 2005; Léveillé & Bouchard, 2007; Trocmé & Chamberland, 2003). Malgré les distinctions entre le fonctionnement des établissements de protection de l'enfance dans le monde, mentionnons que des questionnements sont soulevés non seulement au Québec, mais aussi au Canada, aux États-Unis et en Europe de l'Ouest (Hohman, Kleinpeter & Loughran, 2005). Plusieurs aspects du système actuel, apparemment dysfonctionnels, viennent appuyer cette remise en question.

Taux de récurrence

Premièrement, le taux de récurrence, c'est-à-dire le nombre d'enfants concernés par un signalement ayant déjà fait l'objet d'un signalement dans les établissements de protection de l'enfance, est un phénomène soulignant le besoin de repenser les pratiques actuelles (Connell et al., 2009; Depanfilis & Zuravin 1999; Way, Chung, Jonson-Reid, Drake, 2001). En effet, le taux de re-signalement est moins élevé chez les enfants dont la famille reçoit des services d'intervention moins intensifs comparativement à ceux dont la famille ne reçoit aucun service suite au signalement. Il en est de même avec les familles qui reçoivent des services plus intensifs de soutien à la maison ou qui bénéficient des

services de foyer d'accueil (Drake, Johnson-Reid, & Sapokaite, 2006). Ainsi, il semble que le soutien du système peut être bénéfique, mais que plus il tente de s'introduire dans la cellule familiale, moins les résultats sont significatifs. Sachant que les cas considérés les plus « graves » sont souvent ceux qui reçoivent le plus de services, un questionnement serait nécessaire afin d'assurer un soutien adéquat aux familles qui en ont besoin.

Au Québec, le taux de récurrence des signalements est un phénomène fortement observé dans le domaine de la protection de l'enfance (Dessureault et al., 2005; Jacob & Laberge, 2001; Tourigny et al., 2002). Entre 1998 et 2002, un enfant sur quatre se retrouvait en situation de récurrence et un enfant sur six, en situation de récurrence avait déjà fait l'objet d'une évaluation et avait reçu un suivi psychosocial avant la fermeture de son dossier (Dessureault et al., 2005). Le taux élevé de récurrence chez les enfants signalés à la protection de la jeunesse n'est pas un phénomène se limitant au Québec. On remarque la même problématique dans le reste du Canada et dans les États américains (Depanfilis & Zuravin, 1999; English et al., 1999; Inkelas & Halfon, 1997; Trocmé et al., 2001).

Difficulté de communication inter-établissement

Une autre constatation du dysfonctionnement dans les services sociaux actuels est le manque de communication inter-établissements. Il existe certainement une volonté des milieux sociaux d'introduire une collaboration entre les différents services psychosociaux. Or, un haut taux de services d'intervention se chevauchent quant à leur mandat et leur rôle d'intervention (Drake, Johnson-Reid & Sapokaite, 2006). Au Québec,

une entente multisectorielle a été prise en 2001 afin d'assurer une intervention adéquate, continue et coordonnée aux besoins d'aide et de protection des enfants. L'entente visait un souci de concertation afin d'assurer l'intérêt des enfants et d'assurer la priorisation d'un objectif commun pour toutes les personnes et tous les organismes œuvrant autour du domaine de la protection à l'enfance (Ministère de la Santé et des Services sociaux, ministère de la Justice, ministère de la Sécurité publique, ministère de l'Éducation & ministère de la Famille et de l'Enfance, 2001). Les différents ministères impliqués dans cette entente ont convenu de certains principes directeurs servant de point d'ancrage aux membres du personnel des différentes parties, soit : la participation active du jeune dans son suivi, la participation des parents et leur responsabilité à l'égard de leur enfant, la vision commune des jeunes desservis et de leurs besoins, la prestation conjointe par les établissements psychosociaux d'un plan de service individualisé.. Or, la consolidation de l'intervention multisectorielle est un défi majeur (Ministère de la Santé et des Services sociaux, ministère de la Justice, ministère de la Sécurité publique, ministère de l'Éducation & ministère de la Famille et de l'Enfance, 2001). Les conditions de pratique des établissements rendent parfois difficile une telle collaboration. Ainsi, l'importance d'une meilleure communication inter-établissement demeure encore d'actualité (LeBossé, 2003).

Le mandat de l'état

Un autre défi dans le développement d'une pratique plus efficace réside dans l'orientation suggéré par le mandat de l'état en matière de protection à l'enfance. L'État

s'est muni de lois et de gens la représentant pour assurer cette protection : la Loi sur les Services de Santé et Services Sociaux (LSSSS), la Loi de la Protection de la Jeunesse (LPJ), la Loi Sur la Justice Pénale envers les Adolescents (LSJPA), le code civil et l'organisation de la Direction de la Protection de la Jeunesse. Concernant la LPJ, cette loi d'exception vise à baliser le jugement des situations signalées et à déterminer, le cas échéant, si la sécurité ou le développement des enfants est compromis. Si tel est le cas, la famille recevra des services, sinon elle pourra être référée ou non à d'autres services d'aide. Ce faisant, seules les familles dans des situations d'urgence ou vivant une difficulté où l'état de l'enfant est notablement détérioré auront assurément des services en protection de l'enfance. Or, les nombreux enfants dont la situation a été signalée, mais non retenue, restent dans le besoin et risquent de faire éventuellement l'objet d'un autre signalement (Trocmé et al, 2005). En effet, l'Étude d'Incidence du Canada révélait, en 2005, que 62 % des signalements jugés comme fondés avait déjà fait l'objet d'une enquête antérieure et qu'un peu plus d'un de ces dossiers sur quatre avait été signalé plus de trois fois (Trocmé et al., 2005). Il serait alors souhaitable de traiter différemment les situations signalées en préconisant une approche holistique qui inclurait également les menaces futures de maltraitance ou de compromissions du développement des enfants (English et al., 2002).

Moyens utilisés pour combler le mandat de l'État

Une autre partie du problème en lien avec le mandat de l'État est que l'évaluation, l'investigation et la gestion de risque occupent une place prépondérante dans les services

offerts aux familles. Ce faisant, une place moins significative sont accordés aux aspects de prévention et de promotion du développement à long terme des enfants. En 1993, suite aux investigations post-sigalement, environ la moitié des familles dans le système de protection à l'enfance ne recevaient aucun service (McCurdy & Daro, 1994). Actuellement, au Québec, au cours de l'année 2008-2009, 69 705 signalements ont été traités par la Direction de la Protection de la Jeunesse. De ce nombre, environ 43% des signalements ont été retenus, puis, suite à l'évaluation, environ 32% des évaluations terminées avec décision de non compromission du développement et de la sécurité ont fait l'objet de référence. Ce traitement des signalements sans référence laisse peu de place à la prévention initiale et l'évitement de la récurrence des signalements pour cause de mauvais traitements infligés aux enfants. Par ailleurs, ce positionnement semble laisser dans le besoin plusieurs enfants qui ne recevront des services que lorsque leur situation sera davantage détériorée. Il s'agit là d'un problème majeur, d'autant plus que les enfants dont le signalement n'a pas été jugé fondé ne sont pas différents, sur le plan des traits de personnalité, des enfants dont le signalement a été jugé fondé (Hussey, 2005). En effet, les analyses révèlent des portraits semblables, et ce, sur le plan de l'externalisation et de l'internalisation, de l'anxiété, de la dépression, du stress post-traumatique, de la socialisation et des habiletés de fonctionnement quotidien (Hussey, 2005). En fait, les distinctions qui existent sont principalement entre les enfants signalés et ceux non signalés, mais l'homogénéité du portrait des enfants signalés demeure, que celui-ci soit jugé fondé ou non (Hussey, 2005).

Le type d'intervention utilisé

Aussi, le type d'intervention utilisé actuellement dans les établissements de protection de l'enfance et dans les Centres de Santé et de Services Sociaux est remis en question quant à son efficacité (voir Dufour & Chamberland, 2004; Flynn & Bouchard, 2005). En effet, plusieurs interventions ne parviennent pas à réduire les traumatismes, ni à améliorer le bien-être des enfants au-delà du seuil clinique et ces améliorations ont tendance à s'estomper avec le temps (Dufour & Chamberland, 2004; Flynn & Bouchard, 2005; Macleod & Nelson, 2000). Les interventions actuelles sont principalement concentrées sur la transmission de savoirs aux parents par diverses méthodes telles les groupes sur le développement des habiletés parentales, les groupes de soutien aux parents, les groupes de gestion de la colère et les interventions à domicile, soit en situation de crise ou dans le cadre d'un suivi. Or, les programmes sont généralement de courte durée (moins de trois mois) et ces types d'intervention n'ont pas bien été documentés quant à leur pertinence, mais surtout leur efficacité à apporter un changement durable dans le risque de récurrence de la maltraitance (Behl, Conygham & May, 2003; Blanchet et al., 1993; Chaffin & Valle, 2003; Nelson et al., 2001; Waldfogel, 2000). Aussi, comme les groupes ne sont pas ouverts à tous, mais visent plutôt une clientèle ciblée, l'adhésion des parents à ces groupes contribue à leur stigmatisation (Heinicke et al., 1988). De plus, le contenu des groupes n'est souvent pas bâti en fonction du besoin des participants, mais en fonction de ce qu'il serait souhaitable qu'ils apprennent et inclut rarement les membres significatifs autour de la famille (Blanchet et al., 1993; Nelson et al., 2001). Tous ces points rendent plus difficile la transposition de ces connaissances

dans la réalité quotidienne des familles qui ne s'approprient pas le changement proposé et n'y adhèrent donc pas à long terme (Nelson et al., 2001).

L'emphase sur les compétences parentales

Parallèlement, le type d'approche actuelle dans les établissements de protection de l'enfance vise souvent l'amélioration des compétences parentales. Cette orientation des pratiques d'aide aux compétences parentales a pour effet de surdéterminer le rôle du développement des compétences parentales dans la compréhension de la problématique familiale, et ce, au détriment d'autres facteurs personnels, familiaux et environnementaux (Lebossé, 2003). Même si le but général des interventions en milieu de protection de l'enfance au Québec est souvent influencé par la théorie de l'attachement (Berger & Bonneville, 2007), la mise en application de cette théorie résulte souvent en la concentration des interventions sur la sphère du développement des compétences parentales. Or, mettre l'accent principalement sur l'acquisition de compétences parentales suppose qu'il existe un nombre de comportements éducatifs définis et intrinsèquement liés au bien-être des enfants, et ce, sans égard à leur milieu d'appartenance, à leur contexte de vie, ni à leur culture. Cette approche implique également que les compétences parentales sont liées à l'éducation et que si un parent n'agit pas selon le schème de comportements adéquats, c'est par manque de connaissance sur le plan de l'éducation des enfants. Plusieurs programmes d'intervention en négligence sont d'ailleurs bâtis selon cette présomption (Vanderplaat, 2002). Finalement, cette approche se base sur les théories d'apprentissage social considérant que l'apprentissage des

comportements éducatifs jugé adéquats aura pour conséquence de modifier les comportements du parent envers son enfant et de cesser les comportements inadéquats (Leveridge, 2002; Streifel, Robinson & Truhn, 1998). Or, la **transmission d'informations** et de connaissances dans le domaine de l'éducation est **insuffisante** pour régler les problèmes liés à l'intégrité physique et affective ainsi qu'au **développement** des enfants de famille ciblées par le système (Lebossé, 2003). Il ne faut pas croire que ces stratégies dites éducatives ne sont pas souhaitables pour la famille, mais elles ne sont pas suffisantes, à elles seules, pour soutenir les figures parentales considérées en difficulté et pallier pour leurs conditions de vie préjudiciables (Breton, 2002; Delgano-Gaitan, 1991; Dunst, 1988; Goldring & Shapira, 1993; Labonté 1994; Lebossé, 2003; Nelson et al., 2001; Sviridoff & Ryan, 1997; Webster- Stratton, 1997).

Représentation sociale du «bon parent»

Plus globalement, il existe également un problème quant à la représentation actuelle du « bon parent ». Cette représentation sociale influence et justifie le type d'interventions effectuées auprès des familles. (Dunst, 1988; Guay & Dufort, 2001; Lebossé, 2003; Swift, 2002). Plutôt que de se référer à l'expérience de la famille, l'intervention débute à partir du modèle de la famille dite normale (Parent, 2000). Cette représentation découle consciemment ou non des pratiques parentales reconnues socialement comme adéquates et est directement liée à la culture, aux valeurs et aux systèmes de pensées des promoteurs de ces pratiques (Launay, 1992; Parent, 2000). Puis, à partir de ce modèle de la famille dite normale, découle des catégories de classification :

famille négligente, maltraitante, etc. Ce concept de jugement normatif permet de classer le vécu expérientiel des familles dans des catégories préétablies ayant une fonction de régulation administrative, mais ne décrit pas l'ensemble de la situation d'une famille (Lacharité, 2009). Or, cette représentation oriente l'intervention en tentant de rapprocher les comportements du parent le plus près possible des comportements socialement acceptables. Ce faisant, l'individu aidé n'est plus alors considéré globalement en tant qu'être unique ayant sa propre réalité, ses propres buts et ses propres valeurs. Dans ce contexte de grande relativité, il n'est pas rare de voir les normes comportementales inculquées rejetées dans le quotidien des familles adhérant à un autre système de valeur. De plus, l'aliénation qui en résulte a pour effet d'augmenter les sentiments d'oppression et de domination vécus par les familles. Ce faisant, l'intervention produit l'effet contraire aux résultats souhaités par les professionnels, soit la diminution des difficultés de la famille (Lacharité, Éthier & Nolin, 2006). Les catégories opérationnelles ne sont pas à proscrire, cependant, elles ne devraient pas déterminer la pratique, mais plutôt l'éclairer tout en restant ancrées dans la réalité quotidienne des familles (Parent, 2000).

Le rôle des intervenants en milieu psychosocial

Si l'on ne peut réduire le parent à sa problématique, on ne peut pas non plus réduire l'intervenant à un simple gestionnaire de dossier. Les intervenants sont appelés à jouer un rôle de soutien parental pendant une période d'intervention déterminée et doivent gérer autant la notion de contrôle social que celle d'aide aux familles (Hohman

Kleinpeter & Loughran, 2005). Les intervenants en protection et en services offerts à l'enfant font face seuls à des responsabilités difficiles et marquantes. De plus, les intervenants sont aussi confrontés à des enjeux de rentabilité et d'efficacité. Même si l'intérêt de l'enfant devrait, en principe, être au centre des préoccupations et être considéré dans son unicité (Association des centres jeunesse du Québec, 2009), ces contraintes les poussent, parfois malgré eux, à adopter des démarches visant le conformisme des familles aux attentes de la société (Parent, 2000). Le rôle de l'intervenant devient centré sur l'ajustement plutôt que l'accompagnement vers un idéal personnalisé pour chaque famille (Parent, 2000). Cette réalité bureaucratique, jumelée à la nature de leur travail, entraîne un certain nombre de difficultés pour l'intervenant. L'épuisement professionnel, le roulement de personnel et la difficulté à réconcilier les mandats de protection à celui du bien-être à long terme des enfants ne sont pas rare dans ces milieux (Cameron, 2004).

De plus, l'intervenant, qui, comme tout être humain, possède ses propres réflexions et ses propres valeurs, se retrouve coincé entre le désir de la société de le voir agir à titre de contrôleur d'opposition, son établissement d'appartenance qui lui demande de gérer efficacement un nombre de dossiers déterminés et l'utilisateur pour qui l'intervenant ne sera utile que s'il est disposé à l'entendre (Parent, 2000). Aussi, il doit gérer le risque pour l'enfant en suivi tout en composant avec les problématiques du parent qui sont de tout ordre, dont l'abus de substance, la violence conjugale, la rage contre le système et la pauvreté (Hohman, Kleinpeter, Loughran, 2005). Toutes ces facettes produisent un effet sur le vécu de l'intervenant et accentuent les difficultés à établir une relation d'aide dans

ce contexte. En 2005, soixante-cinq pour cent des signalements fondés au Canada ont été faits par des professionnels du réseau, par la police ou par le milieu scolaire. Les professionnels du réseau signaleraient en effet de plus en plus de situations et seraient en partie responsables de l'augmentation des signalements entre 1998 et 2003 (Trocmé et al., 2005). Ce fait témoigne de l'engagement des professionnels vis-à-vis des enfants de la société, mais également de leur impuissance à aider ces familles.

Les enjeux dans la relation parent-intervenant

D'autre part, certains enjeux dans la relation parent-intervenant sont sous-estimés dans la pratique actuelle. Par exemple, il existe un écart considérable entre la réalité de la famille accompagnée et celle de l'intervenant accompagnant. Les figures parentales et les professionnels n'ont pas le même vocabulaire ni la même éducation et proviennent rarement du même milieu social. Ainsi s'installe une asymétrie dans la relation entre le parent et l'intervenant qui peut créer une rivalité menant à une lutte, plus ou moins consciente, pour acquérir le pouvoir dans leur relation (Swain & Walker, 2003). En effet, le concept de partenariat entre l'intervenant et la famille ne peut se dissocier de la notion de pouvoir. Il implique, idéalement, un renoncement de l'intervenant à son autorité pour se tourner vers une démarche conjointe où la négociation et la concertation sont de mise, ce qui permet une alliance thérapeutique entre le parent et l'intervenant (LeBossé, 2003). Par crainte de ne pas accomplir le mandat de l'établissement, cette renonciation a rarement lieu dans la pratique. Or, cette renonciation à l'asymétrie n'irait pas à l'encontre du mandat des intervenants, puisque les familles engagées dans une alliance

thérapeutique acceptent de recevoir les services des établissements et voient leur risque de récurrence de la maltraitance diminué (DePanfilis, 1999; DePanfilis & Zuravin, 2002; Dore & Alexander, 1996; McCurdy, Hurvis & Clark, 1996; Marks, McDonald & Bessey, 1989).

Bref, plusieurs facteurs influencent l'approche actuelle dans les services sociaux qui ne semble pas ajustée à la réalité des familles concernées. La procédure d'intervention, le type d'intervention privilégié ou encore les enjeux liés à l'intervention de l'État dans le quotidien des familles ont tous des répercussions pour les familles elles-mêmes, mais également pour les intervenants œuvrant dans ces établissements. Évidemment, les milieux de protection à l'enfance ne sont pas étrangers à cette réalité.

Les moyens mis en place par les établissements

Au Québec, plusieurs moyens ont été mis en place afin de répondre aux lacunes du système actuel. À titre, d'exemple, mentionnons les plans de services individualisés, les plans de services individualisés intégrés, les services intégrés, les tables de services intégrés, les tables locales d'organisation de services et les équipes d'intervention jeunesse. Cependant, tous ces moyens, bien qu'ils incluent parfois la participation des familles au processus décisionnel, n'incluent pas les figures parentales lorsqu'ils font l'analyse initiale des besoins de leurs enfants. En somme, les figures parentales peuvent en partie participer aux choix d'interventions proposées par des gens extérieurs à leur réalité quotidienne qui ont identifié les éléments à changer dans leur vie. Ainsi, il est possible que le parent ne comprenne pas cette analyse, qui a été réalisée exclusivement

par l'intervenant et ne soient pas d'accord avec les orientations d'interventions ou encore qu'ils ne perçoivent pas les mêmes besoins pour son enfant (Lacharité, 2009). Ce faisant, l'adhésion au plan d'intervention peut être compromise et le parent sera alors qualifié de résistant (Lacharité, 2009). Le milieu de la protection de l'enfance a récemment procédé à des modifications majeures de la Loi de la protection de la jeunesse dans le but d'intégrer les nouvelles connaissances dans le domaine de la protection de l'enfance (Association des Centre Jeunesse du Québec, 2009). Or, un changement dans la pratique actuelle semble s'imposer afin de concrétiser cette orientation de service plus personnalisée et plus spécifique.

L'initiative A.I.D.E.S.

Conséquemment, il y a actuellement au Québec, certaines initiatives de chercheurs et de professionnels qui tentent de pallier ce phénomène en proposant un renouvellement des pratiques. C'est le cas notamment de l'Action intersectorielle pour le Développement des Enfants et leur Sécurité (A.I.D.E.S) qui découle d'un partenariat entre divers acteurs du domaine social, dont des intervenants, des chercheurs et des gestionnaires. L'initiative A.I.D.E.S. est un projet de recherche visant l'implantation d'un nouveau modèle d'intervention et l'évaluation de cette implantation. Le modèle proposé allie diverses organisations du réseau de la santé et des services sociaux offrant des services aux enfants exposés à de multiples facteurs de risques. Ce modèle propose, entre autres, la centration des intervenants sur la mobilisation des ressources familiales et communautaires pour soutenir les changements pertinents et adaptés à la famille plutôt

que de centrer leur travail sur l'évaluation et la gestion du risque ainsi que sur la démonstration de l'incapacité parentale.

Le modèle proposé par l'initiative A.I.D.E.S. est **bâti** selon les prémisses de l'approche participative. Cette approche propose une **centration** sur l'expérience quotidienne vécue par les figures parentales avec leurs enfants. Le savoir des parents, leurs préoccupations, leurs intentions, leurs actions, mais aussi leurs rêves et leurs valeurs sont tout autant d'éléments constitutifs de la perspective expérientielle des besoins des enfants et des parents contribuant à l'analyse des besoins des enfants (Lacharité, 2009).

L'approche vise donc à soutenir et enrichir l'expérience parentale des familles bénéficiant de services étatiques au Québec, par le biais d'une analyse écosystémique du développement de leur enfant. Par ailleurs, une concertation d'actions professionnelles suite à la compréhension des besoins identifiés par cette analyse est proposée. Croyant que la refonte du système actuel n'est pas essentielle, l'initiative A.I.D.E.S. tente plutôt de proposer un changement de pratique en partenariat avec les principaux établissements d'intervention familiale déjà existants, soit les Centres de la Protection de la Jeunesse et les Centres de Santé et de Services Sociaux. L'implantation du changement de pratique proposé par le projet A.I.D.E.S. repose sur trois moyens généraux utilisés dans la poursuite des objectifs de l'initiative, soit : l'utilisation du cadre de référence écosystémique britannique, le recours aux Cahiers d'Analyse des Besoins de l'Enfant (CABE) et l'approche participative avec les figures parentales et les partenaires intersectoriels. L'implantation apporterait donc un cadre commun de référence, mais également des outils et des procédures communes dans l'identification des besoins des

enfants, ce qui n'est pas le cas actuellement dans les établissements concernés. En effet, chaque territoire et parfois même chaque établissement possède leurs propres outils et leurs propres stratégies d'analyse des besoins des enfants.

Dans le cadre du présent essai seront exposés les résultats de l'analyse qualitative du contenu des rencontres de soutien clinique avec les intervenants sociaux impliqués dans l'implantation du modèle de l'initiative A.I.D.E.S. Cette analyse servira à dégager les paramètres favorisant ou non un changement de pratique en contexte d'intervention psychosocial. Les intervenants ciblés par l'initiative A.I.D.E.S. sont les principaux acteurs de l'implantation, l'analyse qualitative de leurs récits permettra de replacer leur expérience à l'avant-plan du processus d'implantation de changement de pratique et ainsi comprendre de quelle façon l'analyse du vécu expérientiel de l'intervenant peut contribuer à établir de nouvelles modalités d'implantation de changement de pratique dans le domaine social.

Contexte théorique

La présente section permettra de mettre en lumière les concepts clés de ce travail de recherche. D'abord, les principaux constats sur le changement de pratique dans le domaine social seront élaborés afin de situer le contexte vécu par les intervenants. Puis, le cadre de référence britannique, l'outil d'évaluation CABE et l'approche participative seront détaillés afin de saisir les éléments centraux de l'implantation de l'initiative A.I.D.E.S. Aussi, les éléments liés à la culture professionnelle et organisationnelle seront exposés afin de préparer le lecteur à la section *Discussion* qui abordera ces éléments. Finalement, les questions de recherche qui ont guidé l'analyse des résultats seront exposées.

Le changement de pratique

L'implantation d'un changement de pratique implique que les intervenants sociaux concernés s'approprient le changement de pratique proposé. L'importance du rôle de l'intervenant dans la réussite d'une nouvelle approche d'intervention n'est donc pas négligeable (Bédard, 2000; Blanchet, Laurendeau, Paul & Saucier, 1993; Cardinal & Rainville, 2004). En effet, l'attitude des intervenants, leur relation avec la famille et leur sensibilité à la réalité quotidienne des familles sont tout autant de facteurs favorisant la réussite d'une intervention (Blanchet et al., 1993; Nelson et al., 2001). Le processus d'appropriation du renouvellement de pratique sous-entend que les intervenants, qui à la base n'ont pas demandé un tel changement, s'adaptent à une vision et à des principes qui

ne sont pas forcément les leurs (Collerette et al., 1997). Une telle démarche peut être source d'apprentissage et de valorisation pour les intervenants, mais peut également s'avérer être une source supplémentaire d'anxiété ou de confusion (Robichaud, 2006). La réussite ou non d'une implantation de ce genre dépendrait d'un processus dynamique comprenant les divers paramètres suivants : la mobilisation des individus, leur attitude, leurs approches du changement et la provenance de leur résistance le cas échéant (Collerette et al., 1997).

Un type de conceptualisation incluant les paramètres systémiques du processus d'implantation de pratique a déjà été réalisé dans le secteur de l'éducation. En effet, il existe un dispositif d'accompagnement créé pour les enseignants devant modifier leur stratégie d'enseignement dans le cadre de la réforme scolaire (Boucher & Jenkins, 2004). Ce dispositif d'accompagnement comporte deux composantes majeures, soit la dimension organisationnelle et la dimension dynamique (Boucher & Jenkins, 2004; Le Moigne, 1977).

La dimension organisationnelle comprend les moyens utilisés pour soutenir les personnes en contexte de renouvellement de pratique, tandis que la dimension dynamique comprend la vision et les fondements qui guident la personne. Ainsi, la dimension dynamique permet de tenir compte de l'ensemble de la vision des enseignants, mais également leurs croyances et leurs valeurs. Ces dimensions ne pouvant être écartées de la compréhension du processus d'activation vers le changement de chaque individu. Le but du dispositif d'accompagnement est de guider les enseignants dans leur processus d'appropriation du changement et non l'adoption de pratiques nouvelles. Donc, il ne

s'agit pas de les conduire à changer leur pratique par des méthodes décidées et conçues par d'autres, mais bien d'amorcer avec eux une réflexion sur la démarche de transformation que nécessite un tel renouvellement de pratique. Le fait d'amener le changement de pratique non pas comme une obligation, mais comme une occasion d'évolution, diminuerait les résistances chez les enseignants. Quatre étapes dynamiques dans le processus d'appropriation d'un changement de pratique ont été établies suite à cette étude, soit l'appréhension, l'implantation, l'appropriation et la consolidation (Boucher & Jenkins, 2004). Le modèle à quatre étapes ne repose pas sur une théorie particulière, mais s'appuie sur des données qualitatives et d'observation. Un tel exemple de modèle d'accompagnement du changement de pratique serait nécessaire dans le domaine social.

Aussi, pour être efficace, l'appropriation du changement de pratique doit s'accompagner d'un changement de mentalité et ce changement dans la façon de penser est un long processus dont on ne devrait pas sous-estimer l'importance et la complexité (Boucher & L'hostie, 1999). Ce processus d'intégration implique une appropriation de la vision et des fondements à la base du changement, puis une élaboration d'une nouvelle façon de faire les choses pour laquelle ils avaient déjà une approche établie. S'en suit idéalement, une réflexion sur la pertinence du changement (le pourquoi) et sur l'efficacité de cette nouvelle approche sur le rendement dans leur pratique quotidienne (le comment). L'accompagnement en contexte de changement de pratique doit respecter le rythme et la vision du personnel afin que celui-ci s'installent dans une démarche profonde questionnant les fondements de la démarche proposée, mais aussi leur propre fondement

de pratique, permettant ainsi un changement durable et significatif. Aussi, il importe de favoriser un climat de confiance mutuelle, sans quoi le processus sera compromis (Boucher & L'Hostie, 1999).

Cadre de référence britannique

Tel que mentionné, l'initiative AIDES expérimente présentement un modèle de collaboration provenant de l'Angleterre. Ce cadre de référence écosystémique britannique découle d'un projet gouvernemental visant à munir tous les acteurs œuvrant auprès des enfants d'un cadre commun d'analyse des besoins de développement. Ce faisant, ce cadre unificateur favorise la collaboration entre les divers acteurs de la société dans le domaine de l'enfance. En Angleterre, l'ensemble des agences nationales utilise ce cadre tant pour les services de protection, les services spécialisés que pour les services universels (Jones, Chant & Ward, 2003). Bref, l'utilisation du cadre permet l'adoption d'une terminologie commune et de paramètres similaires quant à la définition des besoins d'un enfant et améliore le fonctionnement des collaborations entre établissements et intervenants. De plus, l'adoption d'un cadre de référence commun favorise les échanges d'informations, facilite le processus de références et la planification efficace des services, tout en offrant un plan d'intervention efficace et adapté à la singularité des familles (Chant & Wars, 2003).

Plus précisément, le cadre d'analyse a été établi par le Ministère de la Santé et ses collaborateurs et sa dernière version remonte à l'an 2000. Le cadre, tel qu'illustré à la figure 1, décrit l'ensemble des besoins de développement de tous les enfants, les

capacités inhérentes aux parents dans la satisfaction de ces besoins ainsi que les divers facteurs familiaux et environnementaux qui peuvent influencer les réponses à ces besoins. Le cadre distingue trois systèmes soit : l'enfant ou les figures parentales, puis la famille et l'environnement. Le cadre de référence propose plusieurs dimensions liées à chacun des trois systèmes et reconnaît une interdépendance des systèmes afin de favoriser une compréhension plus réaliste de la situation des enfants. L'analyse du cadre de référence permet ensuite de distinguer les facteurs de risque et de protection dans la réalité de l'enfant et permet d'identifier des services appropriés à leur besoin.

Les principes de bases du cadre de référence sont la centration de l'enfant au cœur des préoccupations d'intervention, la considération des stades de développement de l'enfant dans la mise en place de services adaptés et la tenue d'une perspective écologique du bien-être de l'enfant, c'est-à-dire l'interrelation entre les divers systèmes qui l'entourent. De plus, aucune discrimination n'est tolérée quant à la structure familiale, la religion et l'ethnicité des enfants favorisant ainsi l'égalité des opportunités de développement. Aussi, les figures parentales sont considérés comme des partenaires d'intervention et leurs forces, tout autant que leurs faiblesses, sont identifiées. Finalement, l'analyse des besoins est un processus continu de collaboration et d'échange.

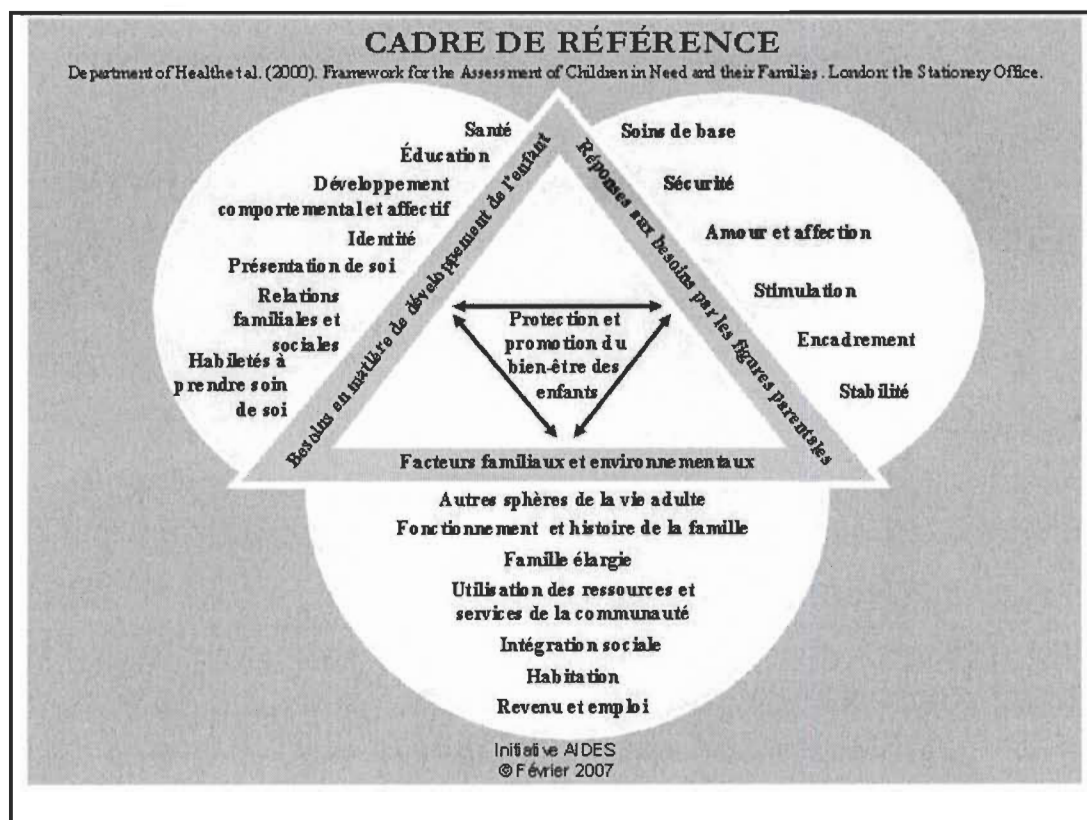


Figure 1 : Cadre de référence écosystémique britannique

L'outil d'analyse CAGE

Un des outils intégrateurs favorisant l'évaluation des familles selon le cadre de référence britannique se nomme le *Core Assessment*. Cet outil a été traduit et adapté au Québec par les membres de l'initiative A.I.D.E.S. et porte désormais le nom de Cahier d'Analyse des Besoins de l'Enfant (CAGE). Cet outil favorise la participation de l'enfant et du parent à l'analyse des besoins de l'enfant en sollicitant leurs opinions. Aussi, le CAGE permet de dresser un portrait réaliste et complet de l'enfant selon les sept dimensions suivantes en fonction de l'âge de l'enfant : santé, éducation, développement

comportemental et affectif, identité, relations familiales et sociales, présentation de soi et habileté à prendre soin de soi. L'outil permet également de tenir compte de la capacité des parents ou des figures parentales à répondre aux besoins de l'enfant, de leurs forces, mais également leurs besoins, tout en évaluant les divers facteurs familiaux et environnementaux qui peuvent influencer la mise en action par rapport aux besoins. Finalement, le CAGE permet de mettre en relation les différentes dimensions explorées afin d'assurer une compréhension globale de l'enfant, sa famille et son contexte de vie. L'analyse découlant de cet outil permet également la mise en place d'un plan d'intervention spécifique et idéalement l'implication des divers acteurs dans la vie de l'enfant à l'établissement d'objectifs opérationnels.

L'approche participative

Dans un contexte d'intervention familiale, l'approche participative est une conceptualisation d'intervention qui cherche à favoriser l'expression du savoir des parents, leurs préoccupations et leurs intentions par rapport à leurs enfants. Dans le domaine social, ce type d'approche contribue, pour les figures parentales, à l'établissement d'une représentation des besoins de leurs enfants en tenant compte de leurs propres représentations et du contexte dans lequel ils évoluent (Davies & Hall, 2005; Lacharité, 2009 ; Madsen, 2007, Swain & Walker, 2003). Pour l'intervenant, ce type d'approche propose un partenariat égalitaire entre le parent et le professionnel visant à souligner les forces parentales, leur pouvoir d'agir, la reconnaissance de leurs difficultés ainsi que leur capacité de compréhension de besoins de leurs enfants. Ainsi,

l'intervenant devient un accompagnateur de changements offrant son expertise et les figures parentales ne sont pas considérées comme de simples réceptacles du savoir des professionnels (Cardone & Gilkerson, 1990; Davies & Hall, 2005; Dunst & Trivette, 1994; Swain & Walker, 2003; Zerwekh, 1992). Cette démarche de collaboration tend à être plus efficace dans l'atteinte des objectifs de suivi, car le parent aura tendance à s'investir davantage dans un processus de changement lorsqu'il en comprend le but et la légitimité (Hohman, Kleinpeter & Loughran, 2005; Littell & Tajima, 2000).

Le style d'intervention préconisé par l'approche participative tient principalement compte des forces du parent plutôt que de mettre l'emphasis sur ses déficits et tend à un partage du pouvoir entre l'usager et l'intervenant (Corcoran, 2005; Gibson, 1993; Lacharité, 2009; Martin & Boyer, 1995; Saleebey, 2001; Snyder & Lopez, 2002). Ce type d'intervention dite d'« empowerment » place le parent comme acteur principal de son propre changement et contribue activement à la recherche de solutions pour atteindre un meilleur équilibre de vie (Ausloos, 1995). L'autonomisation est un processus social de changement dynamique et à long terme (LeBossé & Lavallé, 1993; Lord, 1991; Ouellet et al., 2000). À travers ce processus, les capacités des personnes à satisfaire leurs propres besoins, à résoudre leurs problèmes et à mobiliser les ressources nécessaires pour contrôler leur vie sont reconnues, soutenues et mises en valeurs. Les forces, les droits et les capacités du parent sont mis à l'avant-plan, décentralisant l'intervention de leurs déficits (Corcoran, 2005; Gibson, 1991; Gibson, 1993). Ce faisant, la conception de l'usager n'est pas celle d'une victime sans pouvoir, mais celle d'une personne possédant en elle les solutions à son mieux-être (Ausloo, 1995). L'intervention, dans ce contexte,

visée d'une part la reconnaissance, le soutien et la mise en valeur des capacités parentales de contrôle et de direction de leur propre vie. D'autre part l'appropriation des résultats et des effets de l'intervention sur les figures parentales, c'est-à-dire s'il y a eu ou non augmentation du sentiment de contrôle de leur vie. Pour faciliter l'atteinte de ces deux objectifs, soit l'habilitation et l'appropriation, l'implication du parent dans la définition de ses besoins est nécessaire (St-Cyr Tribble et al., 2001). La finalité du processus d'empowerment est l'augmentation du sentiment de compétence du parent, de son estime personnelle et de ses habiletés à résoudre des problèmes (Drolet, 1997).

L'approche participative amène également un regard nouveau sur la méthode d'évaluation utilisée dans le domaine social. Les mesures traditionnelles d'évaluation des usagers ont souvent comme but de mieux cerner leur problématique. Or, certains auteurs soulèvent la nécessité d'établir des instruments de mesure mettant l'accent sur les aspects positifs et les forces du parent : ses ressources, ses désirs, ses habiletés et ses connaissances (Cowger & Snively, 2002; Dunst, Trivette & Mott, 1994; Early & GlenMaye, 2000; Ronnau & Poertner, 1994). Ce manque d'outils d'évaluation centrés sur les forces crée donc un gouffre entre la philosophie d'intervention participative et son application dans la pratique courante.

Bref, tous ces éléments dans la mise pratique de l'approche participative impliquent la centration de l'intervenant sur l'expérience parentale. Leurs savoirs, leurs préoccupations et leurs intentions quant au bien-être de leur(s) enfant(s) et la valorisation de leur compétence sont au cœur de cette approche. Finalement, l'intervenant doit également inscrire cette expérience dans le cadre d'une compréhension écosystémique.

La pauvreté, le manque de ressources et la qualité de l'environnement social ne peuvent être séparés de la compréhension de la réalité familiale (Drolet, 1997; Lacharité, 2009; Lord & Hutchison, 1993; St-Cyr et al., 2001). De plus, l'établissement d'un partenariat et la planification de mise en action doivent être réalisés conjointement avec les divers partenaires professionnels de l'entourage, mais également avec l'entourage immédiat des familles (Lacharité, 2009). Sans cette application écosystémique et sans la mise en action réaliste du milieu, l'effet des interventions risque de ne pas être bénéfique, à long terme, pour le parent.

Les éléments culturels

La culture peut être définie comme un héritage commun au membre d'une communauté qui possède alors leur propre manière de pensée et d'agir qui les distinguent des autres communauté et qui serviront d'héritage au génération future (Parkes et al., 1997). Ce concept de culture peut également être pensé en termes de culture des professions et des organisations. Chaque domaine ayant une culture différente avec des valeurs, des croyances, des attitudes et des comportements propre à leur profession et/ou leur établissement respectif (Hall, 2005). C'est précisément sous cet angle que seront mis en perspectives les résultats de cet essai.

La culture dite organisationnelle peut être définie comme étant la résultante de caractéristiques et de croyances d'une organisation qui se manifeste et s'exprime à travers les normes et les valeurs de l'organisation (Tatar & Bekerman, 2002). En fait, les

artefacts, tels que le langage et les comportements physiques, les normes et les valeurs, ainsi que les croyances tacites des membres d'un établissement de travail composent cette culture organisationnelle qui influence la pratique de l'intervenant. Le renforcement et la consolidation de cette culture sont possibles grâce aux mécanismes primaires (à quoi les dirigeants portent attention? Comment réagit-on aux crises? Quels sont les mécanismes d'adaptation? Comment mesure-t-on la performance des intervenants?) et secondaires (les locaux, l'emplacement, la philosophie, la politique de l'établissement) des établissements (Schein, 1985; Tatar & Bekerman, 2002).

Premièrement, cette culture crée des normes informelles qui s'imprègnent dans la réalité quotidienne des intervenants (Greenberg & Baron, 2000; Tatar & Berkerman, 2002). Leur nombre de dossiers, la nature des motifs d'intervention, leurs responsabilités et les codes de règlement et d'éthique sont tout autant de différences qui distinguent le vécu des intervenants et teintent leur approche aux familles. De plus, cette culture organisationnelle a des effets complexes quant aux croyances, aux valeurs et aux postulats des établissements (McShane & Benabou, 2008). Ces subtilités ont une grande influence sur le langage utilisé par les employés pour parler de leur client, leur perception de leur sentiment d'efficacité et leur compréhension du mandat de leur organisme qui sont tant de variables pouvant nuancer les présents résultats (Parent, 2000). Cette culture permet également la naissance d'un sentiment d'identification des employés, dévotion des employés à la mission de l'organisation et améliore la clarification et le renforcement de comportements spécifiques communs (Greenberg & Baron, 2000). Les théories cognitives suggèrent même une prédominance d'individus possédant des habiletés et des

styles cognitifs semblables à l'intérieur d'une même profession (Hall & Waeber, 2001). Bref, Mettre en place un nouveau système de valeur sans s'attarder à la culture organisationnelle est somme toute un projet voué à l'échec (Durivage, Barrette, Moncalm & Laberge, 1992).

À l'intérieur de cette culture organisationnelle se retrouve l'idéal de pratique des intervenants. C'est-à-dire que la culture professionnelle est transmise au néophyte qui, selon sa propre culture d'appartenance, ses propres valeurs et idéologies, s'approprie une identité professionnelle. Cette vision unique lui confère un idéal vers lequel il aimerait tendre, en tant que professionnel (Hall, 2005).

Finalement, les éléments de culture personnelle sont intéressants à explorer dans le présent contexte. Le genre des professionnelles, leur classe sociale, leur niveau d'éducation ainsi que leurs attitudes sont encore des concepts influence la culture d'intervention et qui peut installer également des barrières dans la communication et la collaboration (Schroeder et al., 1999).

Questions de recherche

Afin d'analyser de quelle façon le vécu de l'intervenant en contexte d'implantation peut contribuer à établir de nouvelles modalités d'implantation de changement de pratique dans le domaine social, quatre questions de recherche ont été investiguées : 1) Les conditions expérimentales sont-elles en lien avec la perception de l'implantation de l'outil pour les intervenants? 2) Les conditions de pratiques proposées par l'implantation influencent-elles l'appropriation de l'outil proposé par les

intervenants? 3) La conciliation du mandat de travail et du mandat de l'implantation influencera-t-elle le vécu des intervenants tout au long de l'implantation? 4) Les formes de soutien reçus seront-elles adaptées à la réalité des intervenants?

Méthodologie

Contexte de l'étude

La recherche de l'initiative A.I.D.E.S. vise l'implantation et l'évaluation d'un modèle de collaboration entre l'ensemble des organisations du réseau de la santé et des services sociaux offrant des services aux enfants exposés à de multiples facteurs de risques, qu'ils soient signalés ou non à la Direction de la protection de la jeunesse.

L'implantation et l'évaluation de celle-ci, qui se fait de façon conjointe entre l'Université de Montréal et l'Université du Québec à Trois-Rivières, vise un enfant par famille sélectionnée qui répond aux critères d'inclusion mentionné dans la section *participants*. Quatre territoires définis par le référent administratif du CSSS sont ciblés par cette implantation. Il s'agit des territoires du CSSS Ahuntsic/Montréal-Nord, du CSSS de l'Énergie, du CSSS de Drummondville et du CSSS Arthabaska-Érable. L'implantation comprend quatre moyens nécessaires à la réalisation des objectifs de l'initiative, soit 1) l'analyse des besoins de l'enfant (à l'aide du CABE), 2) la planification des actions (plan d'intervention (PI) et plan de service individualisé (PSI)), 3) la mise en œuvre du plan d'action et 4) le suivi et la révision du plan d'action (PI, PSI). Afin de valider les résultats de l'implantation, deux groupes ont été créés, soit un groupe cible (initiatives A.I.D.E.S.) et un groupe de comparaison.

La présente analyse s'intéresse au vécu des intervenants du groupe cible qui avaient à intégrer l'outil d'analyse (le CABE), le cadre de référence britannique et l'approche participative à leur intervention habituelle auprès des familles sélectionnées.

Participants

Les participants sont les intervenants ciblés dans les territoires concernés par l'implantation qui ont intégré les trois éléments de l'initiative A.I.D.E.S.. Leur établissement d'appartenance est soit le CSSS ou le Centre Jeunesse de leur région respective (Shawinigan, Victoriaville-Plessisville ou Drummondville). Les participants sur le territoire d'Ahuntsic/Montréal-Nord ne sont pas inclus dans cette recherche, car l'implantation de la Mauricie-Centre-du-Québec et celle de Montréal sont indépendantes l'une par rapport à l'autre.

Les intervenants ont été sélectionnés conjointement par leur chef de service et par l'agente de liaison du projet A.I.D.E.S.. Pour être sélectionnés, les intervenants devaient avoir, dans leur charge de cas, des familles correspondant aux critères de sélection de l'implantation : 1) être âgé, au début de l'implantation, d'au moins 8 ans et 11 mois, 2) recevoir les services d'au moins deux établissements (ex. : Centre Jeunesse, Centre de la Petite Enfance, Centre de Santé et de Services Sociaux), 3) la situation familiale de cet enfant doit être suffisamment détériorée pour susciter des préoccupations significatives face à son développement (ex. : signalement au DPJ ou indice de priorisation élevé en CSSS) et 4) le maintien en milieu naturel est l'orientation choisie dans le cadre des services offerts. L'implantation s'intéresse également aux adultes qui ont la garde physique de l'enfant et qui agissent comme figure parentale auprès de ce dernier.

Les intervenants devaient également consentir volontairement à participer à la recherche sans être dégagés de leurs tâches, c'est-à-dire qu'ils n'avaient pas de temps supplémentaire pour leur activité, ni de réduction de leur charge de cas. En tout, 45

intervenants ont participé à l'implantation, soit 9 sur le territoire de l'Énergie, 18 sur le territoire Arthabaska-Érables et 18 sur le territoire de Drummondville. Il y avait en tout 3 hommes et 42 femmes. Certains intervenants ont été impliqués ou se sont retirés du processus à différents moments de l'implantation, et ce, pour diverses raisons; changement de poste, désistement des familles participantes, fin de suivi des familles ou cessation d'emploi. Ainsi, ce roulement de personnel a fait en sorte que plusieurs intervenants ont pu collaborer à l'implantation au sein d'une même famille.

Déroulement

Il y a eu 31 rencontres de groupe mensuelles d'environ une à deux heures afin d'assurer un soutien aux intervenants impliqués dans l'implantation. Ces rencontres ont eu lieu à partir de septembre 2008 à février 2010. Les groupes étaient divisés selon le territoire d'appartenance et incluaient autant les intervenants du Centre Jeunesse que ceux du Centre de Santé et de Services Sociaux. Des rencontres individuelles ainsi qu'un soutien téléphonique ont également été offerts en complément aux intervenants. Or, l'analyse de ces entretiens ne sera pas effectuée dans le cadre du présent essai. Les groupes étaient ouverts et permettaient ainsi d'inclure les nouveaux intervenants à tout moment du processus.

Plan d'analyse

Le contenu des rencontres de soutien aux intervenants a été enregistré, puis transcrit. Des notes terrain ont également été prises lors des rencontres. Afin de faire l'analyse de ces données, une réécoute complète des rencontres ainsi qu'une relecture des notes de terrain et des transcriptions ont été effectuées. L'information a ensuite été classée sous forme de tableau regroupant l'information selon les quatre questions de recherche afin de procéder à l'analyse qualitative. Les principaux thèmes ressortant pour chaque question seront abordés dans la section résultats.

Résultats

L'analyse du contenu des rencontres avec les intervenants en lien avec les questions de recherche initiale sera présentée dans cette section. En premier lieu, le lien entre les conditions expérimentales et la perception de l'implantation des intervenants sera exposé, puis celui entre les conditions de pratiques et l'appropriation de l'outil par les intervenants. Ensuite, la conciliation du mandat de travail et du mandat de l'implantation sera exposée pour terminer avec l'analyse des besoins des intervenants en matière de soutien à l'implantation.

Condition d'implantation et perception de celle-ci

L'analyse du contenu des rencontres permet de faire un premier constat, soit que plus les conditions d'implantation étaient perçues comme optimales, plus les intervenants percevaient favorablement l'implantation de l'outil. Les conditions optimales décrites par les intervenants ont été les suivantes : l'utilisation de l'outil auprès de nouvelles familles en situation d'ouverture de dossier, les familles ayant de bonnes capacités parentales selon le point de vue de l'intervenant, les familles où il n'y avait pas ou peu de situation de crise à gérer, les familles qui présentaient un niveau d'ouverture et de collaboration initiale suffisant du point de vue de l'intervenante, les familles n'ayant pas d'enfant avec des problèmes de comportement ainsi que les familles qui ne présentaient pas de problématique de violence conjugale.

En revanche, les aspects jugés comme défavorables au processus d'implantation avaient tendance à entraîner une vision plus pessimiste de l'implantation. Les conditions plus difficiles évoquées par les intervenants étaient le manque de temps pour bien compléter l'outil d'analyse, l'impression que l'information amassée par l'outil avait déjà fait l'objet d'une investigation antérieure, les familles où les besoins de bases (nourriture, logement, etc.) n'étaient pas comblés, la présence d'enfants en bas âge lors des rencontres ainsi que les familles dites multiproblématiques où l'intervenant a du mal à trouver les points positifs de la famille.

« Intervenante Centre Jeunesse 1: On doit apprendre et on le fait quand même aussi à travers l'ouvrage que nous avons à faire.

Animatrice : Vous avez l'impression que vous n'avez pas tous le temps que vous devriez avoir pour bien investir dans cette analyse-là? La discontinuité dont on parlait tantôt, c'est encore de ça qu'on parle maintenant.

Intervenante Centre Jeunesse 2 : Oui, moi aussi je vis ça et au fond, ce que je me dis c'est que, c'est sûr que je vais mettre la priorité à faire ma note d'évolution à jour au lieu de faire mon résumé. Et on a les statistiques à remplir aussi. »

« Il faut que le parent soit rendu à une étape où il y a une ouverture, où il veut faire des liens. »

— Intervenante Centre Jeunesse.

« J'ai l'impression que quand tu regardes l'ensemble du CAGE, c'est comme lui dire : «bin toi, ta vie, c'est une catastrophe» parce que tu sais c'est une famille avec plusieurs problématiques à plusieurs niveaux. »

— Intervenante Centre Jeunesse.

« Je pense que s'il y a un écart important entre ce que pense le parent et sa vraie situation, ce n'est pas l'idéal de faire le CAGE»

— Intervenante Centre Jeunesse.

« Ça ajoute une charge trop lourde, ça fait trop de choses à faire »

— Intervenante Centre de Santé et de Services Sociaux

« J'ai déjà de la difficulté comme professionnelle à faire mon suivi prénatal, alors le CAGE ça rajoute des tâches, je n'ai pas eu d'opportunité de le faire »— Intervenante Centre de Santé et de Services Sociaux

« Pour moi ce n'est qu'un surplus de tâches à un horaire déjà chargé »

— Intervenante Centre de Santé et de Services Sociaux

Aussi, certaines personnes ont manifesté des facteurs plus personnels pour justifier leur réticence à utiliser l'outil, octroyant leurs difficultés non seulement aux conditions d'implantation, mais également à des éléments internes de nature personnelle liés à l'estime personnelle et la confiance en soi comme intervenants.

« Bien, je te dirais qu'avant de maîtriser ça, avant de comprendre un petit peu le concept, j'ai trouvé ça ardu. C'est pour ça d'ailleurs que je reportais tout le temps. 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 ne 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. C'est un petit peu ça aussi le CABE. Au début, on ne se sent pas habile et on a tendance à mettre ça un petit peu de côté pour gérer autre chose et quand un moment donné on est dedans, on trouve quand même que c'est bien l'interaction que l'on a avec le parent, que c'est quand même confortable. »

— Intervenante Centre de Santé et de Services Sociaux

« Je trouve ça gênant, me semble que je ne suis pas ben bonne, alors ça m'aide pas pour l'essayer. »

— Intervenante Centre Santé et Services Sociaux.

« Au début, je voulais que ça soit fait selon les règles de l'art, mais au fur et à mesure je l'ai fait comme moi j'étais à l'aise de le faire et selon la réception des parents. J'ai trouvé ma façon de faire alors je suis plus à l'aise. Les résultats sont là, alors ça me dérange moins de me tromper.

— Intervenante Centre Jeunesse.

“C'est parce que je n'avais pas le temps, je ne pouvais pas... Comment je pourrais dire ça? Ça dépassait la zone confortable dans laquelle on était. Je suis là, je n'ai pas commencé, ce n'est pas pour rien. Puis, j'essaie de me relever de mon défi, un défi propre à moi.»

— Intervenante Centre de Santé et de Services Sociaux.

«Dans le fond, moi je me trouve comme stressée actuellement parce que je ne maîtrise pas ça (le CAGE), mais je réalise qu'eux (les familles), c'est ce qu'ils vivent tout le temps, ils ne comprennent pas ce qu'ils ont à remplir».

— Intervenante Centre Santé et de Services Sociaux.

De plus, certains intervenants qui, malgré les conditions dites défavorables, ont développé des stratégies personnelles pour compléter le CAGE. Ils se permettaient de mettre l'outil de côté pour quelques rencontres, le temps de gérer les situations d'urgence, ils ont trouvé des moyens pour adapter l'environnement afin de mieux compléter le CAGE (présence d'une gardienne, rencontre au bureau plutôt qu'à la maison, etc.) et ils

partageaient leur temps de rencontre en deux avec un segment pour leur suivi et un segment pour l'outil et ils se sont servis de leur connaissance de la dynamique personnelle des familles pour adapter le rythme pour compléter le CAGE.

«Elle (la mère) (...) c'est parce que c'est une personne qui a de la difficulté à rester concentrée dans quelque chose. Puis elle va passer souvent d'un événement à l'autre. Si dans le fond j'attendais vraiment de m'asseoir avec elle, puis qu'on ne faisait que ça, ça ne marcherait pas. Je lui laisse le temps de me parler d'autres choses. Moi je trouve que ça fait une grosse différence. Parce que sinon de toute façon si je faisais juste ça (CAGE) pendant mettons une heure au complet, ça serait trop, ce serait impossible. Je sens des fois qu'elle a bien besoin de me parler un petit peu de n'importe quoi»

— Intervenante Centre de Santé et de Service Sociaux

«Un moment donné, j'avais de la pression parce que je savais que je m'en allais bientôt, je voulais terminer le CAGE avec lui (le père) avant de m'en aller absolument (...). Et là, il arrive plein d'affaires dans sa vie. On avait plein d'affaires à se jaser, tout ça. Alors, c'est ça qui m'embêtait un peu. (...)J'étais un peu déchirée, mais au travers de nos rencontres, quand même, on pouvait prendre au moins une partie d'entrevue pour le CAGE. Ce n'est donc pas évident, mais (...) ça m'a aidé à mettre en lumière les besoins à prioriser pour le plan d'intervention.»

— Intervenante Centre Jeunesse

«Une grande partie m'appartient, la maman parle beaucoup, il fallait faire différemment sinon je n'y serais pas arrivée, je le sais, je la connais.»

— Intervenante Centre Jeunesse

Bref, pour ces intervenants, la présence d'éléments défavorables pour compléter l'outil a été perçue comme des défis supplémentaires et non comme des constats d'inadéquation de l'outil. Ce faisant, ils ont adopté une position active d'appropriation de l'outil, plutôt qu'un retrait d'intérêt. Au contraire, les intervenants jugés plus passifs dans l'adoption de stratégie considéraient les éléments défavorables comme une raison de mettre de côté le CAGE. Sur un territoire en particulier, la majorité des intervenants ont eu beaucoup de difficultés à terminer de compléter l'outil, car à chaque présence d'un obstacle, le CAGE était mis de côté créant ainsi une discontinuité et une impression que le temps requis pour compléter l'outil était beaucoup plus grand qu'il ne l'était en réalité.

De plus, des exceptions inverses ont également été rencontrées. C'est-à-dire que certains intervenants mentionnaient avoir des conditions d'implantation favorables, mais ne percevaient pas l'outil de manière positive. Ces cas particuliers se démarquaient par la tendance à juger que le portrait dressé par l'outil relevait beaucoup d'aspects positifs ce qui minimisait les aspects négatifs et les défis particuliers de ces familles.

«Pour moi, le CAGE ne permet pas de décoder le contenu affectif, ni de soulever ce contenu, cela minimise les problèmes de la famille».

— Intervenante Centre Jeunesse.

Au départ, plusieurs intervenants ont manifesté une crainte similaire de minimisation de la problématique du parent. Or, l'aisance à nommer les désaccords d'opinion et à apporter des nuances à l'intérieur du CABE a permis à la plupart des intervenants de dresser un portrait réaliste de leur famille par le biais de l'outil. En fait, lors des dernières rencontres, les intervenants ayant réussi à nommer les désaccords et à les inscrire dans l'outil soulignaient que le soulèvement des aspects positifs était une force majeure de l'outil. Par ailleurs, ils indiquaient qu'il s'agissait d'un aspect distinctif qui en faisait un outil différent de ceux déjà implantés.

«Dans le fond, ce n'est pas tant de compléter la grille qui compte, mais d'entrer dans leur histoire (aux parents). Ce n'est pas le contenu qui compte, mais les discussions que ça ouvre et le partenariat qui en découle»

— Intervenante en Centre Jeunesse.

«C'est bien, car ça permet (lors d'une rencontre de bilan), de montrer ses forces aux parents. Habituellement, dans ces rencontres-là on ne cible que le négatif»

— Intervenante du Centre Jeunesse

«De souligner leur force, finalement ça les renforce dans leurs rôles de parents. Moi le père, il est fier de me montrer ce qu'il fait pour sa fille. En

même temps, des fois, il réalise qu’il ne met pas toujours ses paroles en action, tu sais, il peut y réfléchir à ça aussi»

— Intervenante du Centre Jeunesse.

Une distinction propre aux conditions d’implantation des établissements des Centre Jeunesse a été constatée. Les intervenants ont mentionné leur inquiétude, dès les premières rencontres, face à la possibilité que le parent se serve de l’outil au Tribunal de la jeunesse. Cependant, plus la compréhension de l’outil s’est approfondie plus cette crainte s’est dissipée. Premièrement, l’outil n’étant pas validé n’a que peu de chance d’être accepté comme document officiel au Tribunal. Aussi, comme l’intervenante est invitée à inscrire les désaccords rencontrés lorsqu’elle complète le CABE, advenant le cas que le document soit transmis au Tribunal, l’opinion clinique des intervenants se retrouverait dans le CABE.

Conditions de pratique et appropriation de l’outil par les intervenants

Les conditions de pratique font référence au style d’intervention des intervenants et à leur idéal de pratique, c’est-à-dire aux construits personnels et subjectifs reliés à la «bonne» façon d’intervenir avec les familles. Dans un premier temps, il est apparu que l’appropriation de l’outil était plus facile pour les intervenants qui possédaient déjà une vision d’intervention rejoignant les prémisses de l’approche participative. D’abord, ceux-ci pouvaient bénéficier d’un outil formel pour appuyer leur intervention, ce qui permettait de structurer leur rencontre selon le style d’intervention préconisé.

«Moi je trouverais ça intéressant justement pour les nouveaux intervenants qui arrivent. Ça nous aide à savoir quels sujets on aborde. À la base, certaines questions qui sont là, il n'y a pas personne qui pense à demander ça. Je crois que cet outil nous apprend à poser les bonnes questions. C'est complet.»

Intervenante Centre Jeunesse

«Moi en tout cas, je suis une de celles qui trouvent que c'est très important la participation du parent. Moi je pense que c'est primordial. Alors, tu sais, j'avais tenté auparavant de faire participer les parents autrement. Je n'avais pas le CAGE à ce moment-là. Mais bon, ils ont participé comme on peut le faire normalement. Mais à ce moment-là (...) c'est sûr que pour ça aurait été plus aidant (d'avoir le CAGE).»

— Intervenante Centre Jeunesse.

Pour eux, il était déjà souhaitable de valoriser les acquis des parents, de leur donner un maximum de pouvoir sur leur situation et de privilégier l'économie de temps d'intervention à moyen et à long termes plutôt que de mettre l'emphasis sur les résultats à court terme. L'outil a également permis de pousser leur pratique, de leur fournir des nouvelles pistes d'intervention, des nouvelles façons de faire et un regard critique sur la distinction entre leur idéal de pratique (comment ils aimeraient intervenir) et leur pratique quotidienne (comment ils interviennent avec la famille)

«Animatrice : Toi comme intervenante (...) ce n'est pas la première fois que tu utilises les forces des familles.

Intervenante : Non.

Animatrice : Comment tu expliques ça (la différence)?

Intervenante : Ben on va utiliser les forces habituellement, mais c'est toujours focalisé sur la gestion des conflits, la gestion des problèmes, des difficultés. Tu sais, mais là le fait qu'on les écrive et on s'entend tu que dans toutes ces questions-là (...) c'est quasiment impossible qu'il y ait plus de non que de oui là. Ben en tout cas, dans ma clientèle à moi.

Animatrice : C'est que ça t'oblige à explorer des affaires où il n'y a pas de problèmes?

Intervenante : Oui.

Animatrice : Ça rééquilibre la perception qu'ont les parents d'eux autres et toi ta perception aussi.

Intervenante : Oui. Au contraire, quand il y a des forces dans les plans d'intervention, on va les nommer, on va les prendre au vol quand il y en a, quand on les voit. Un petit peu à chaque rencontre tu sais. Sauf que là des fois, il y a des rencontres où est-ce que les parents ont des grosses forces (...) des choses où ça va très bien. Fais que je pense que c'est ça. Qu'on le détaille, qu'il y en ait beaucoup et qu'il y ait de l'espace pour les nommer.»

— Intervenante Centre de Santé et de Services Sociaux.

«On se rend compte que des fois on a notre liste de questions dans notre tête et qu'on en échappe. On survole tout à moins qu'on voit un gros problème. On est plus habitué à regarder les points du plan d'intervention et ce qui s'est passé dans la semaine. Je trouve qu'on n'est pas assez dans l'ici et maintenant et qu'on ne pousse pas le parent à réfléchir. Parce que nous on a toutes les pressions des services et vite, vite, vite, on est toujours dans ce mode-là. Je pense que ça nous permet de s'arrêter et de jeter un autre regard sur la situation. Des fois, on a des idées préconçues et on veut faire de même et de même. C'est probablement, au fond, parce qu'on manque d'information (sur la famille)»

— Intervenante Centre Jeunesse.

Inversement, il était plus difficile de s'approprier l'outil pour les intervenants ayant une méthode de pratique plus loin des concepts de l'approche participative. Les

intervenants dans cette situation avaient tendance à verbaliser certaines inquiétudes communes par rapport à la nouvelle approche proposée : une difficulté à nommer les désaccords avec la famille, l'impression que de souligner les forces de la famille faisaient en sorte de minimiser les points considérés à travailler par l'intervenant et une difficulté à adopter une vision écosystémique d'intervention. Dans ces cas, les intervenants avaient tendance à mettre de côté le CABE et retrouver leur style d'intervention usuelle. Une intervenante a également quitté le projet en raison d'une incompatibilité entre sa méthode d'intervention et celle proposée par l'implantation.

«Il y a peut-être des fois où il faut l'oublier le CABE dans des rencontres aussi. Parce que ce n'est pas approprié. On a une intervention à faire, ce n'est pas un dialogue»

— Intervenante Centre de Santé et de Services Sociaux.

«Moi, habituellement, je travaille uniquement avec le parent, je vois le projet comme une charge en plus. Lorsque je rencontre cette famille-là, j'ai déjà assez de stock avec le parent de toute façon»

— Intervenante Centre de Santé et Services Sociaux.

«Moi, j'avais un problème c'est que, admettons qu'on regarde avec elle les habiletés parentales et qu'on sait que les points importants à travailler ne sont pas comblés. La mère dit qu'elle met en place des choses, mais quand on la rencontre, à la maison, on voit bien qu'elle ne le fait pas, mais elle,

elle dit que oui. Alors je marque «oui» dans le CAGE, mais ça ne représente pas la réalité»

— Intervenante Centre de Santé et de Services Sociaux.

«La mère souffre de problèmes d'agoraphobie et claustrophobie, mais elle dit qu'elle n'est pas anxieuse, tu sais, ça ne marche pas là, ce n'est pas la vraie situation dans le CAGE»

— Intervenante Centre de Santé et de Services Sociaux.

«C'est comme si je mettais en veilleuse ma façon d'intervenir, je ne sais pas comment m'organiser. Mais je mets en veilleuse ma façon d'intervenir habituelle pour utiliser cette autre façon-là que je ne sais pas si j'en ai vraiment besoin, parce que moi dans ma façon de faire, c'est différent et je dois aller chercher ce que j'ai besoin pour faire mon travail, alors le CAGE je le mets de côté»

— Intervenante Centre de Santé et de Services Sociaux.

Généralement, parmi les intervenants qui ne partageaient pas le même style de pratique que celui proposé par l'implantation, la majorité a tout de même apprécié l'utilisation de la nouvelle méthode proposée. Dans ces cas, leur pratique d'intervention s'est retrouvée en processus de changement. La différence entre ceux qui ont tenté le changement et ceux qui ont préféré s'en tenir à leur méthode habituelle réside dans la

perception de gain et d'efficacité. En effet, les intervenants qui ont tenté les conditions de pratique proposée dans l'implantation rapportaient l'impression de faire un gain dans leur suivi. Ils avaient le sentiment de diminuer les possibilités de triangulation, d'avoir un prétexte pour visiter les familles lorsqu'il n'y avait pas de situation d'urgence, d'être moins menaçant dans leur rapport avec le parent, de diminuer leur rôle autorité sans compromettre leur suivi et d'avoir un outil permettant d'aborder les sujets plus délicats, telle que la présence d'agression sexuelle, sans ressentir de malaise et d'avoir un regard plus humain par rapport aux familles. De plus, ces intervenants rapportaient que l'outil d'analyse permettait d'établir une structure à leur rencontre, de conscientiser le parent, d'économiser du temps puisqu'ils amassaient beaucoup d'information en peu de rencontres et finalement, ils se sentaient plus facilement empathiques face aux parents suite à la prise de conscience de leur histoire personnelle.

«J'ai beaucoup d'admiration pour elle (...) c'est déroutant de voir comment, quand t'as pas eu d'attachement parental, t'as pas eu de lien significatif avec presque personne dans ta vie. Et comment aujourd'hui, toi, tu peux faire abstraction de ça...

Sans modèle et être capable (...) de t'occuper de tes enfants. Et la maman c'est quelqu'un qui dit beaucoup, avec des mots, aux enfants qu'elle les aime. «Je t'aime». Elle, elle n'a jamais reçu cela. Les gestes qu'elle a reçus de son père c'était des abus sexuels.»

— Intervenante Centre Jeunesse

«Puis moi, maintenant, je sais que ça serait économique d'utiliser le CABE à moyen terme parce que si tu fais une bonne cueillette, il y a un bon tour en partant, peut-être que tu vas, soit raccourcir tes suivis ou dépenser moins d'énergie sur ce qui est pas utile d'en dépenser.»

— Intervenante Centre de Santé et de Services Sociaux

«Intervenante 1 :

Non, mais je me demandais, comme vous autres vous l'avez terminé, après ça qu'est-ce que vous donne? Qu'est-ce que vous faites avec ça? Est-ce qu'on peut utiliser cette information-là? Qu'est-ce qu'on fait avec?

Intervenante 2 :

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 avec l'autorisation des parents et eux allaient partir de ça 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 à 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.

Normalement, ça conduit à un plan d'intervention. C'est ça l'objectif.»

«Je ne pensais pas en apprendre tant que ça sur elle, même que je me demandais pourquoi je ne l'avais pas su avant»

— Intervenante Centre de Santé et de Services Sociaux.

Dans certains cas, les intervenants ajoutaient **également que** l'outil apportait un gain non seulement pour leur pratique, mais aussi pour les **figures** parentales. En effet, ils avaient l'impression que les figures parentales apprenaient des choses et faisaient des liens sur leur propre vie, qu'ils déterminaient eux-mêmes certains points à travailler dans leur vie quotidienne et qu'ils pouvaient voir non seulement les aspects négatifs de leur vie, mais également leurs forces. Il est à noter que dans la majorité des cas, les intervenants percevaient d'abord les avantages d'une telle approche par rapport à leur suivi, ce qui les incitait à poursuivre le projet et à finalement voir les bénéfices pour les familles.

«Ça leur donne beaucoup de force je trouve. On est là avec notre plan d'intervention, mais c'est plus négatif. Quand je m'en vais chez ces gens là, c'est moins lourd quand je sors.»

— Intervenante en Centre Jeunesse

«À chaque fois qu'on prenait un besoin, à la fin de la rencontre, on savait ce qu'il y avait à combler. Les parents repartent avec une chose à faire. Ils avaient vraiment quelque chose de concret à faire pour la prochaine rencontre. Et je repartais là-dessus à la rencontre d'après et on cédait un autre besoin (à analyser). C'est comme ça que je fonctionnais. Je n'attendais pas d'avoir tout complété pour dire : «on va voir ce que tu as à

faire». Je trouve que c'est moins lourd de le faire comme ça. Alors, je l'amenais vers une tâche, une à la fois.»

— Intervenante en Centre Jeunesse

«Intervenante : (Une) fois (la mère) m'appelle, bien drôle la madame, elle m'a laissé un message sur le répondeur, il était 1h05 et on avait rendez-vous à 1h, tu sais des fois après le dîner, on est un peu retardataire, 'Hey, qu'est-ce que tu fais, on a rendez-vous viens t'en! »

Animatrice : Oh mon Dieu.

Intervenante : (C'est) la madame qu'on cognait à la porte, il y a 4 ou 5 mois et on entendait les petits pas aller se cacher dans la chambre dans la maison là.

Animatrice : Oui.

Intervenante : Qui nous appelle pour nous dire : «viens-t'en t'es en retard, on a rendez-vous».

Animatrice (suite) : À cause du CABE? Parce qu'elle a aimé ça?

Intervenante : «On fait notre affaire là, viens-t'en.»

Animatrice : (...) Ça qu'elle a aimé ça, est-ce qu'elle a réussi à te l'exprimer?

Intervenante : Je pense qu'elle avait une certaine valorisation là. Tu sais, être mère pour elle, c'est sa grande réussite dans la vie.

Guylaine : D'accord.

Intervenante : Fait que j'ai plein de questions à lui poser sur son enfant, de jaser de ça. C'est sûr que moi, cette maman-là, on y allait beaucoup, je l'ai forcée à réfléchir, même si elle savait en bout d'analyse qu'il fallait bien que je finisse par lui dire...

Animatrice : Oui.

Intervenante : Tu sais, la disponibilité. Il faut en mettre un petit peu plus, mais...

Animatrice : tu mettais beaucoup en lumière les forces aussi.

Intervenante : Oui. Ça, elle accrochait beaucoup, le fait qu'on aille un petit cahier, que ce ne soit pas officiel. (...), Que ce soit pour elle. (...)Tu sais,

on ne fait pas juste parler des problèmes. Elle me racontait des anecdotes. J'étais comme rendue un peu la confidente qui arrive et qu'on conte nos bons coups avec nos enfants.»

Dans des cas plus rares, l'intervenant ne percevait pas de gain pour lui-même, mais en percevait pour le parent, ce qui contribuait à avoir le sentiment de tout de même remplir leur mandat.

«Personnellement, je trouve ça dur d'arriver dans une famille et de me dire qu'il faut que je fasse les CAGE, que je dois trouver du temps pour le faire. Il y a des jours où j'aimerais plutôt aborder d'autres sujets. Mais je pense que c'est un outil qui les fait avancer (les parents), parce qu'ils étaient résistants aux services, mais ils ont finalement accepté d'en recevoir, donc c'est une bonne chose, je continue.»

— Intervenante Centre Jeunesse.

Conciliation du mandat de travail et du mandat de l'implantation

Les intervenants qui avaient la perception que le mandat d'implantation cadrerait avec leur mandat d'établissement jugeaient l'implantation de manière positive et avaient l'impression d'économiser du temps dans leur suivi et d'arriver à l'identification d'un plan d'intervention plus adapté. Or, certains ne trouvaient pas que les deux mandats s'inscrivaient dans une même logique, mais croyaient tout de même que la conciliation des deux était possible et vivaient l'implantation de manière positive. Ceux-ci trouvaient

donc des stratégies afin de combler les deux mandats, soit, partager leur temps de suivi en deux, avec un temps pour l'implantation et un temps pour l'intervention. D'autres se servaient de l'information de l'outil d'analyse pour compléter leur plan d'intervention, donc pour répondre au mandat de leur établissement. Bref, dans tous les exemples de conciliation du double mandat, les intervenants percevant l'implantation de manière positive s'ils croyaient que les deux mandats s'inscrivaient dans une même logique ou du moins, si la conciliation des deux semblait possible en termes de temps et d'objectif de suivi.

«Je dois en faire de la protection et je ne veux pas me servir de l'outil pour en faire, mais c'est intéressant, tu découvres les familles et en même temps ça fait des liens avec ton intervention»— Intervenante en Centre Jeunesse.

Par contre, l'implantation a été vécue de manière plus difficile par les intervenants qui non seulement ne voyaient pas la similitude entre les deux mandats, mais qui trouvaient que les deux entraient en contradiction. En effet, ces intervenants, qui ne représentaient pas l'ensemble des intervenants, avaient l'impression de mettre de côté leur intervention lorsqu'ils complétaient l'outil d'analyse, que l'outil d'analyse nuisait parfois au suivi puisque les intervenants avaient l'impression de minimiser les problématiques des familles et que le temps utilisé pour compléter l'outil d'analyse était du temps perdu pour le suivi.

«Parce que là tu arrives et tu as un plan d'intervention à appliquer, tu ne peux pas arriver et parler de la pluie et du beau temps. Le rôle de protection

et d'intervention avec ça (le CABE) je te dirais que ça ne fonctionne pas. Je ne le vois pas encore comme un outil d'analyse, c'est plus pour comprendre comment il (le parent) voit quelque chose ou avoir leur opinion, je ne suis pas confortable de souligner les désaccords, car j'aurais peur de gâcher le lien avec le parent.»— Intervenante en Centre Jeunesse.

«Je trouve ça difficile moi de dire je vais faire de l'intervention et départager que je fais la recherche. La recherche c'est complètement autre chose et je trouve ça isolé, c'est robot, c'est mécanique et je de la difficulté à tout ça. Non, mais c'est parce qu'il faut quand même être logique. Moi, je suis d'accord avec les processus de recherche, mais je travaille avec les humains, ça ne marche pas»— Intervenante Centre de Santé et Services Sociaux.

Finalement, le mandat de l'implantation, soit de changer les conditions de pratique, était accompagné de trois moyens visant la réussite de ce changement : l'utilisation d'un outil d'analyse (le CABE) à l'aide du cadre de référence britannique et selon les prémisses d'intervention de l'approche participative en utilisant le cadre de référence britannique. Or, il appert que les trois moyens utilisés n'ont pas été appliqués simultanément chez les intervenants. D'abord, l'appropriation de l'outil survenait puis les questionnements sur l'utilisation de l'approche participative et finalement l'intégration du cadre de référence britannique. Les intervenants ayant du mal à concilier les deux mandats provenaient tout autant des Centres Jeunesse que des Centre de Santé et de

Services Sociaux. Aussi, la majorité des intervenants sont demeurés à la phase d'appropriation de l'outil.

Soutien nécessaire au bon déroulement de l'implantation

Quant au soutien nécessaire à la réussite de l'implantation, les commentaires des intervenants soulignent premièrement l'importance d'un soutien de groupe inter-établissement. Cette forme de soutien n'est actuellement pas disponible dans leur pratique, et ce, même si les deux établissements sont régulièrement appelés à travailler ensemble auprès des mêmes familles. Ils ont considéré le mélange des deux établissements riche en information, idéal pour le partage des compétences et facilitant la collaboration entre les deux établissements.

«Il y a des expertises de chaque côté (Centre Jeunesse et Centre de Santé et Services sociaux) qui sont aussi bonnes l'une que l'autre. Moi, j'ai trouvé ça le *fun* de voir les filles du Centre Jeunesse parce qu'on les recroise après puis il me semble que c'est plus facile de travailler. Les rencontres de co-développement, ça peut être un bon outil pour favoriser la collaboration.»Intervenante au Centre de Santé et de Services Sociaux.

«Je suis contente d'entendre l'expérience des autres. Ça donne des trucs, c'est l'fun de voir comment chacun y arrive.»

— Intervenante Centre Jeunesse.

Les intervenants ont également souligné l'importance d'avoir une personne de soutien qui connaît l'outil avec laquelle ils travaillent et leur réalité «terrain», ce qui n'est pas toujours le cas avec le superviseur de leur établissement respectif.

«C'est bien parce que des fois, même nos chefs de service ne connaissent pas les outils qu'on utilise. Ils nous font confiance et nous aident le mieux possible, mais c'est bien d'avoir quelqu'un qui sait ce qu'on fait.»

— Intervenante Centre Jeunesse.

Le soutien de groupe, le soutien téléphonique et le soutien individuel ont tous été utilisés et appréciés par les intervenants. Par ailleurs, ce soutien était offert par l'animatrice des rencontres de co-développement. Ces diverses formes d'aide souples et adaptées à leurs besoins ainsi qu'à leur réalité d'intervention permettaient de bénéficier d'un suivi personnalisé et rapide en cas de besoin. Le groupe de rencontre étant ouvert, le soutien téléphonique et individuel palliait l'introduction de nouveaux intervenants sans retarder le groupe.

Les intervenants ont également exprimé leur satisfaction d'avoir un espace de temps pour parler de leur pratique, échanger sur leur mandat, les contraintes vécues au sein de leur établissement respectif, discuter de leur malaise et échanger des moyens utilisés dans leur pratique. Ainsi, au-delà des conversations en lien avec le suivi des familles, des discussions plus générales servaient à faire avancer leur suivi, à se remettre

en question et à apprendre des autres intervenants qu'ils n'auraient pas spontanément été consultés.

Dans un territoire spécifique, la présence d'une intervenante ayant déjà débuté l'implantation a été particulièrement bénéfique. Cette intervenante ayant vécu une expérience positive a pu motiver ses collègues et fournir des réponses à leurs inquiétudes (combien de temps est requis pour terminer un CABA? Comment faire le premier contact? Quelles sont les réactions du parent? Qu'est-ce qui arrive lorsqu'il y a un désaccord avec le parent?)

« Ça me fait un effet positif d'entendre ça (Témoignage de l'intervenante ayant déjà expérimenté l'outil), ça me montre comment c'est possible. »—

Intervenante Centre Jeunesse.

« Je suis contente d'entendre son expérience, ça me donne le goût de le faire, c'est motivant »— Intervenante Centre Jeunesse.

Par contre, dans un territoire spécifique, certaines insatisfactions ont été soulevées quant à la forme de soutien reçu. Il y a eu sur ce territoire un problème d'absentéisme aux rencontres de groupes. Les intervenants ont alors indiqué qu'ils étaient en faveur de la tenue d'un tel groupe à condition que tous les intervenants prennent du temps à leur horaire et que ces rencontres ne deviennent pas optionnelles.

« Je me questionne parce qu'honnêtement j'ai failli pas venir moi non plus parce qu'en ce moment ça nous sort par les oreilles. Ça devient frustrant le fait que nous on est là puis que d'autres ne sont **pas là, puis moi je ne** serais pas là. Je me questionne moi aussi sincèrement; ça demande beaucoup de temps, beaucoup de temps puis ça demande quand même un investissement. Des fois on a des affaires qui peuvent urger puis on les met pas là justement parce qu'on se dit va falloir que je sois là parce qu'on a entrepris ça puis on ne laisse pas tomber. Puis moi ça me fait quelque chose aussi le fait de pas voir mes collègues qui sont pas là puis moi je suis là, je viens quand même. »

— Intervenante Centre de Santé et de Service Sociaux.

Pour ce qui est de la nécessité du soutien à long terme, l'évolution des thèmes abordés et de l'appropriation de l'implantation confirme ce besoin. En effet, les intervenants ont d'abord eu besoin de se familiariser avec les procédures entourant le CABE (ex. : comment introduire le CABE au parent, que faire lors des désaccords, le processus de sélection des familles, etc.), puis ils ont eu besoin de se familiariser avec le contenu de l'outil (ex. : question spécifique, questions concernant certaines sections, les résumés, etc.). Ensuite, leur expérience avec les familles leur a apporté des questions supplémentaires, et ce, malgré la formation initiale et les rencontres de soutien concernant l'outil. Puis, lorsque l'outil d'analyse était perçu comme utile, soit pour l'intervenant, soit pour le parent ou pour les deux, les intervenants s'intéressaient alors au

cadre de référence, puis aux prémisses de l'approche participative. Donc, afin de suivre le rythme d'appropriation des intervenants, le suivi à long terme était nécessaire. Ce fait a été dénoté sur tous les territoires, et ce, peu importe l'établissement d'appartenance des intervenants.

« Aussi, cela aidait par rapport au stress et exigence du milieu avec peu de soutien. Si l'outil est implanté, il n'y aura sûrement pas de soutien, mais il en faudrait »

— Intervenante Centre de Santé et de Services Sociaux

Bref, l'analyse du vécu des intervenants en contexte d'implantation souligne certains paramètres incontournables dans la réalisation de changement de pratique dans le domaine social. En effet, les résultats présentés comportent plusieurs subtilités démontrant l'impossibilité de créer une marche à suivre particulière et rigide pour la réalisation positive d'un tel changement. Les nuances organisationnelles, professionnelles et personnelles témoignent de l'importance d'une analyse écosystémique du processus de changement de pratique.

Finalement, les résultats de l'étude confirment tout de même l'importance d'accorder une attention particulière aux éléments systémiques en contexte de changement de pratique ou d'implantation d'un nouvel outil de travail dans le domaine social. Il peut parfois sembler plus simple d'opter pour un changement radical ou une implantation obligatoire, par contre, sans s'attarder aux éléments culturels et sans un laps

de temps suffisamment grand pour l'appropriation de ce changement, les risques de succès de l'implantation seront plus mitigés. De plus, des parallèles importants existent entre l'intervention auprès des familles et l'implantation de changement. En effet, il est primordial de s'attarder aux besoins des familles, à leur réalité personnelle et culturelle, à leur résistance et à leur perception du changement proposé afin d'assurer une bonne collaboration et un changement chez ces familles. Les mêmes paramètres, mais cette fois auprès des intervenants en changement de pratique, influencent le processus d'implantation. Comme l'atteinte ou non d'un changement repose en grande partie sur les ressources humaines qui, en fin de compte, sont les seules à décider comment elles appliqueront le changement dans leur intervention auprès des familles, une attention particulière à leur vécu est donc de mise.

Discussion

Plusieurs paramètres influencent le vécu expérientiel des intervenants concernés par l'implantation. Ces intervenants se sont présentés avec un bagage professionnel et personnel qui leur est propres et l'imbrication de ces différentes cultures semble influencer leur rapport à l'implantation. La figure 2 permet l'illustration de ces différences culturelles. La culture d'intervention proposée par A.I.D.E.S. et celle des intervenants partageaient parfois des prémisses similaires ce qui facilitait, le cas échéant, l'expérience des intervenants. Il appert effectivement plus difficile de s'approprier le changement de pratique proposé lorsqu'au contraire les deux cultures diffèrent complètement.

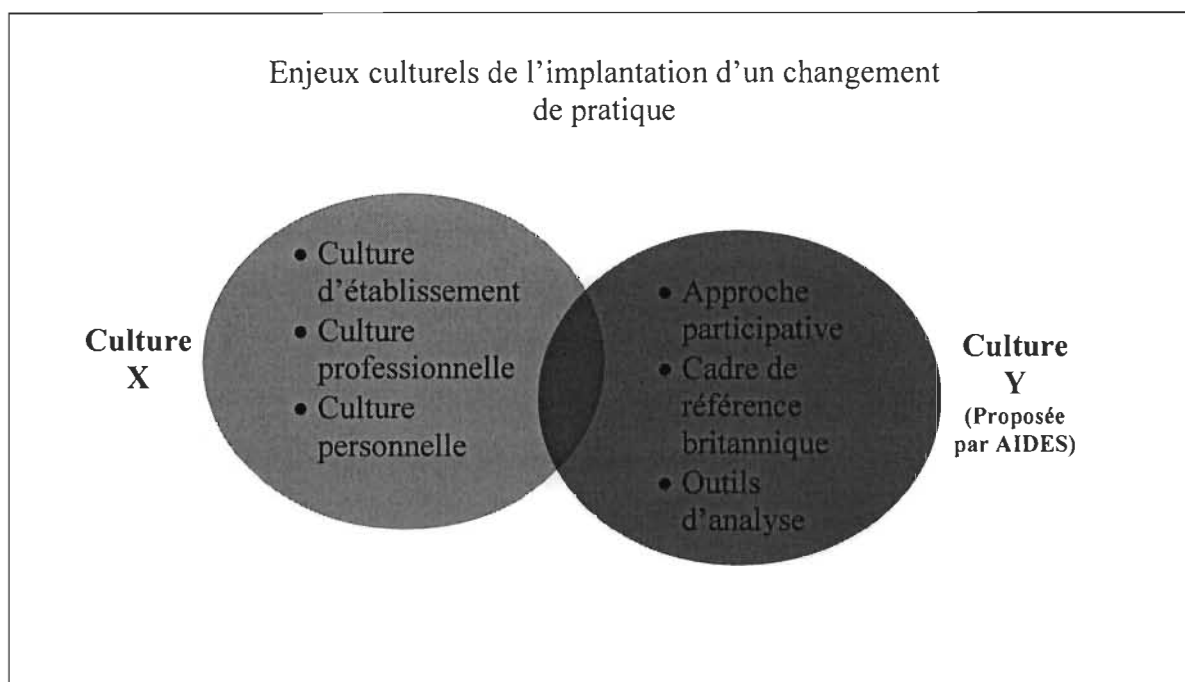


Figure 2 : Enjeux culturels de l'implantation d'un changement de pratique

Culture organisationnelle

Plusieurs aspects dans l'analyse de la culture d'intervention des participants sont intéressants à explorer pour nuancer les résultats obtenus. En premier lieu, les participants proviennent de deux établissements distincts. Bien que les deux établissements œuvrent pour contribuer au bon développement des enfants de leur région respective, la culture de leur établissement d'appartenance présente des distinctions majeures notamment quant à leur mandat, aux procédures, aux outils et aux stratégies utilisés pour faire l'analyse des besoins de l'enfant.

Il est alors indiqué de se questionner à savoir en quoi est-ce que l'établissement d'appartenance des intervenants a eu un impact sur leur vécu expérientiel dans la présente expérience d'implantation? Ces éléments semblent influencer les questionnements spécifiques soulevés par des membres d'un établissement seulement. Par exemple, les questionnements reliés à l'utilisation de l'outil à la Cour par les membres du Centre Jeunesse, apportant la perception d'un obstacle potentiel chez ces intervenants. Par ailleurs, tel que mentionné dans la section de mise en contexte, des subtilités plus complexes existent également et sont plus difficilement perceptibles comme les croyances, les valeurs et les postulats des établissements (McShane & Benabou, 2008). Pourtant, ces subtilités ont une grande influence sur le langage utilisé par les employés pour parler de leur client, leur perception de leur sentiment d'efficacité et leur compréhension du mandat de leur organisme. Par exemple, pourquoi certains intervenants trouvent que le mandat de l'établissement et de l'initiative A.I.D.E.S entrent en contradiction alors que d'autres concilient bien les deux? Pourquoi certains

intervenants ont l'impression de manquer de temps pour compléter le CABE, alors que d'autres ne présentent pas cette problématique?

Mentionnons également, la présence d'une sous-culture organisationnelle qui pourrait expliquer la divergence des résultats des employés de même établissement, mais de territoire distincts. Les Centres Jeunesse et le Centre de Santé et de Services Sociaux possèdent une culture organisationnelle différente, mais notons également que chacun des territoires desservis par les organismes ont leur propre couleur. Selon la vision des cadres, des gestionnaires de chaque territoire, des distinctions seront notées au sein d'un même établissement. Il semble alors important de bien connaître la culture générale des établissements concernés par une nouvelle implantation, mais également de s'attarder aux spécificités de chaque territoire et chaque équipe concernés. Qu'est-ce qui fait, par exemple, que le taux d'absentéisme a été plus élevé sur un territoire que sur un autre? Comment chaque territoire a réagi au contexte de l'implantation? Comment ont-ils géré les crises, dénoué les impasses ou encore nommé leur désaccords lors des rencontres de groupes?

Bref, les résultats de cette étude suggèrent, tout comme d'autres études (voir Durivage, Barrette, Moncalm & Laberge, 1992; Hall, 2005), que de mettre en place une nouvelle pratique sans s'attarder à la culture organisationnelle, est somme toute un projet difficile, voire impossible à réaliser en raison de son influence sur la pratique des intervenants, leurs attitudes et leurs perceptions.

Culture professionnelle

Un autre élément important à considérer est la culture professionnelle des participants. Qu'en est-il de la profession des intervenants de l'étude? Éducatrice spécialisée, travailleuse sociale, psychoéducatrice et infirmière clinique faisaient toutes parties de l'implantation. L'approche participative proposée par A.I.D.E.S. cadrerait possiblement mieux avec la formation académique et professionnelle de certaines, influençant le vécu des intervenants. Est-ce que l'approche participative rejoint plus la formation d'un travailleur social que d'une infirmière clinicienne? En quoi leur domaine d'appartenance professionnelle leur permet d'être ouverts ou non au changement de pratique? Comment ont-ils été formés? Toutes ces questions seraient pertinentes à investiguer dans de futures recherches puisqu'elles semblent influencer la perception de l'individu sur son concept d'une «bonne» façon de faire et teinte donc son analyse des changements proposés.

Idéal de pratique

Dans le cas de l'idéal de pratique, les résultats démontrent que l'outil a été mieux perçu par les intervenants qui pratiquaient déjà un style d'intervention rejoignant les prémisses de l'approche participative et du cadre de référence britannique. Par ailleurs, l'outil leur fournissait une structure concrète et organisée afin de mettre en pratique leur technique d'intervention, tel que perçu dans leur idéal. Certains intervenants, qui ne partageaient pas nécessairement les mêmes prémisses de base que la culture proposée par A.I.D.E.S, mentionnaient une impression de gain à leur suivi. Il est probable que cette

impression de gain venait du fait que les intervenants se rapprochaient de leur idéal de pratique, c'est-à-dire qu'ils avaient l'impression d'intervenir comme ils croient qu'ils doivent le faire. Ce deuxième type d'intervenant a réussi à unifier la culture de leur établissement à leur culture professionnelle et en faire un tout cohérent leur procurant de la satisfaction à l'égard de leur établissement, mais également de leur manière d'intervenir auprès des familles.

Culture personnelle

Évidemment, la culture personnelle influence également les résultats de cette implantation. Les résultats démontrent la propension de certains individus à se remettre en question plutôt que d'entretenir une perception négative de l'outil d'analyse. Par contre, d'autres ont opté pour des stratégies plus passives où les conditions étaient perçues comme des obstacles plutôt que des défis. Parmi les intervenants, certains avaient plus besoin de l'approbation de l'animatrice, tandis que d'autres adoptaient des stratégies d'adaptation afin de compléter le CABE de manière optimale. Aussi, pour certains l'approche participative rejoignait plus facilement leur croyances et leurs valeurs. Tous ces éléments trouvent leur source dans la personnalité des intervenants.

La perception des intervenants et leur manière d'analyser leur vécu semble nuancer leur perception de l'implantation. Par exemple, des études suggèrent que les gens ayant tendance à adopter des locus de contrôle interne, c'est-à-dire croyant que leur performance ou leur sort dépendent d'eux-mêmes, ont une meilleure capacité d'adaptation que ceux ayant un locus de contrôle externe. Cette adaptation aura

notamment une influence sur leur perception d'efficacité et leur confiance en leur capacité à exécuter une action (McShane & Benabou, 2008). Ceci explique, en partie, que les gens ayant été ébranlés dans leur sentiment d'efficacité comme intervenant, mais qui se sont remis en question ont tout de même conservé une meilleure perception de l'implantation.

Aussi, les résultats démontrent que certains intervenants ayant eu une vision plus pessimiste quant à l'utilisation de l'outil avaient de la difficulté à nommer les divergences d'opinion et trouvaient que l'outil ne présentait pas une image juste des familles en indiquant seulement les forces des figures parentales. Certains se sont adaptés, mais d'autre ont conservé leur malaise. Est-ce qu'il est possible que ces individus aient généralement de la difficulté à nommer leur divergence d'opinion dans leur quotidien ? En quoi leur expérience personnelle influence-t-elle leur malaise à nommer leurs divergences d'opinion? Si la réponse à ces questions réside principalement dans le vécu personnel des intervenants, peu importe l'outil proposé, le malaise persistera tant qu'un travail personnel ne sera pas engagé.

Les «résistances»

Finalement, qu'en est-il des résistances rencontrées lors de l'implantation? Une intervenante a quitté le projet dû à une incompatibilité de style d'intervention, certains intervenants ont continué à remplir le CABE selon leur propre style qui s'éloignait fortement de l'approche proposée et d'autres ont gardé une vision négative de l'outil du début à la fin de l'implantation. Premièrement, la résistance sera ici considérée non pas

comme une la cause d'un problème, mais comme son symptôme (Dent & Goldberg, 1999). Les causes de ces résistances peuvent également être nuancées sur le plan systémique. Du point de vue organisationnel, la culture d'immobilisme, la pression du groupe de travail, les cultures liées aux conflits, les expériences de changements antérieurs et le manque de ressources matérielles et humaines peuvent expliquer une partie des résistances. Sur le plan personnel, les résistances cognitives, les idéologies, le style psychologique (ex. : peur de l'inconnu) et les désirs socioéconomiques (est-ce que ça apporte quelque chose?) sont également des sources possibles de résistance (Allaire & Firsirotu, 2004). Or, cette résistance, en la conceptualisant comme un symptôme, apporte des éléments positifs à l'implantation. Elle permet de rendre compte de la qualité des projets de changement, la clarification et l'approfondissement des techniques utilisées et, si elle permet l'établissement d'un dialogue, évitera l'abus de pouvoir des décideurs des changements.

Aussi, la dimension des résistances ne saurait être séparée de celle du soutien. Les besoins des intervenants en termes de soutien sont variés et diversifiés, le soutien qu'on leur apporte devrait donc l'être tout autant. Il faut ici préciser, que le soutien proposé aux intervenantes était lui-même basé sur l'approche participative, non pas par souci stratégique, mais parce que ce modèle était en cohérence avec la culture proposée par l'initiative A.I.D.E.S. Ainsi, en plus d'un soutien technique, les rencontres devenaient des lieux de partage des besoins, des doutes, des malaises et des désaccords. Ce type d'approche en contexte de supervision est rarement rencontré dans les établissements,

mais semble pourtant avoir contribué à dénouer la majorité des résistances au sein des participants en favorisant l'ouverture et la réflexion.

Les limites

En terminant, cette étude comporte des limites qui restreignent son implication. Premièrement, le changement de pratique proposé par A.I.D.E.S n'était pas un schéma usuel, puisque le changement n'était que partiel et l'implantation impliquait un surplus de tâches pour les intervenants. De plus, seul le contenu des entrevues de groupe a été utilisé pour l'analyse alors que l'expérience globale des intervenants comprend également le suivi individuel et téléphonique qu'ils ont reçu. Aussi, la distinction entre les résultats a été évaluée d'une personne par rapport à une autre, sans toutefois prendre égard à son milieu d'appartenance.

Conclusion

Un changement de pratique dans les milieux d'intervention en enfance est nécessaire afin de répondre aux problématiques cernées par différents chercheurs, intervenants et usagers du domaine. Diverses problématiques telles le haut taux de récurrence des signalements, les défis liés aux partenariats entre les établissements, mais également entre les intervenants et les parents ainsi que la disparité des outils et des stratégies d'évaluation des besoins des enfants par les établissements, témoignent de l'ampleur des modifications nécessaires à effectuer dans le système actuel.

Or, la plupart des changements apportés à ce jour ne parviennent pas à modifier la pratique actuelle, et ce, malgré plusieurs efforts des ministères concernés, des établissements et des intervenants. Les méthodes d'implantation actuelle en seraient-elles la cause? Les intervenants étant au cœur de la réussite des changements de pratique, il devient intéressant, voire incontournable de s'intéresser à leur vécu au cours d'un processus de changement professionnel. Que peut-on apprendre en s'intéressant à leur expérience?

Le présent essai a fait état de la richesse de s'attarder au vécu des intervenants concernés par le changement de pratique et de la complexité d'un tel processus. L'analyse du contenu des rencontres de soutien aux intervenants, dans le cadre de l'initiative A.I.D.E.S., a non seulement permis d'établir des constats en lien avec les différents défis vécus par les intervenants, mais a également permis de saisir l'ampleur des processus impliqués dans un changement de pratique. En effet, les intervenants sont

sollicités non seulement sur le plan de leur culture organisationnelle, mais également en ce qui a trait à leur culture professionnelle et personnelle.

De plus, le type de soutien apporté au cours du processus de changement de pratique est apparu comme un élément à ne pas négliger. Dans le présent cas, l'utilisation d'une stratégie de soutien basée sur le concept d'approche participative a permis d'identifier des sources de résistances, des malaises et des désaccords qui ont assuré un accompagnement centré sur les besoins des intervenants dans un contexte ouvert et adapté à leur réalité. Ce type de soutien de groupe gagnerait à être davantage documenté et étudié scientifiquement, puisqu'il semble favoriser le processus d'implantation de nouvelles pratiques.

Évidemment, l'analyse écosystémique du changement de pratique demande du temps, donc des moyens financiers supplémentaires à court terme. Or, à long terme il est possible de croire que le changement sera durable, en raison d'une meilleure appropriation de la part des intervenants. À moyen et long termes, il semble donc avantageux d'opter pour cette pratique plutôt que de cumuler les changements d'outils et de stratégies au sein des établissements concernés comme tel est le cas présentement. De plus, tout comme pour l'intervention auprès des familles, le changement de pratique dépasse la simple transmission de connaissances. Il ne faudrait pas croire que le simple fait de former des intervenants sera suffisant à leur inculquer une nouvelle stratégie de pratique, mais plutôt s'attarder à leur vécu en leur permettant de réfléchir eux-mêmes à leur pratique, à nommer leurs craintes, leurs désaccords et les défis qu'ils présentent.

Bref, le changement de pratique demeure un sujet qui gagne à être approfondi par des études scientifiques quantitatives, mais également qualitatives. Le but n'étant pas d'arriver à une procédure unique d'implantation, **mais de saisir** la subtilité des mécanismes et des processus personnels, professionnels et organisationnels auxquels porter une attention particulière, et ce, dans le domaine de l'intervention en enfance. Les visées de réussite à long terme peuvent paraître d'emblée plus coûteuses, mais sans cette sensibilité aux vécus des intervenants, les tentatives d'implantation demeureront administratives, ne se reflèteront pas dans la pratique des intervenants et les familles ne pourront en bénéficier.

Références

- Association des Centres Jeunesse (2009). *Rapport d'activité 2008-2009*. Montréal : Association des Centres Jeunesse.
- Allaire, Y. & Firsirotu, M. (2004). *Stratégies et moteur de performance*. Montréal : McGraw-Hill.
- Ausloos, G. (1995). *La compétence des familles: Temps, chaos, processus*. Paris : Les éditions Érès.
- Bédard, J. (2000). *Famille en détresse sociale : repères d'action*. Sillery : Québec.
- Behl, L. E., Conyngham, H.A., & May, P.F. (2003). Trends in child maltreatment literature. *Child Abuse & neglect*, 27 (2), 215-229.
- Berger, E., & Bonneville, M. (2007). Théorie de l'attachement et protection de l'enfance au Québec. *Dialogue*, 175(1), 49-62.
- Blanchet, L., Laurendeau, M.-C., Paul, D., Saucier, J.-F. (1993). *La prévention et la promotion en santé mentale*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Boucher, L.-P., & Jenkins, S. (2004). Un soutien au processus de transformation des pratiques au primaire. Dans M. L'Hostie & L.-P. Boucher (Éds), *L'accompagnement en éducation : un soutien au renouvellement des pratiques* (pp. 83-106). Québec : Presse de l'université du Québec.
- Boucher, L.-P. & L'Hostie, M. (1999). *Le développement professionnel continu en éducation : nouvelles pratiques*. Sainte-Foy : Presse de l'Université du Québec.
- Breton M., (2002). Empowerment practice in Canada and United States : Restoring the policy issues at the center of social work. *The Social Policy Journal*, 1(1), 19-34.
- Cameron, G., Freymond, N., & Roy, C. (2003). Avenues for positive innovations in Canadian child welfare : Lessons from the partnership for children and families project and international jurisdictions. Dans N. Trocmé (Éd.), *Community collaboration and differential response : Canadian and international research and emerging models of practice* (pp.17-36). Ottawa : Child Welfare League of Canada.
- Cardinal, L., & Rainville, M. (2004). *Évaluation de l'implantation de trois projets de Sentinelles en prévention du suicide dans la région de la Capitale nationale*. Québec : Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale.
- Chaffin, M. & Valle, L. (2003) Dynamic prediction characteristics of the Child Abuse Potential Inventory. *Child abuse & neglect*, 27(5), 463-81.
- Collerette, P., Delisle, G., & Perron, R. (1997). *Le changement organisationnel : Théorie et pratique*. Québec : Presse de l'université du Québec.

- Connell, C.M., Vanderploeg, J.J., Katz, K.H., Caron, C., Sauders, L., & Tebes, J.K. (2009) Maltreatment following reunification: predictors of subsequent child protective services contact after children return home. *Child Abuse & Neglect*, 33(4), 218-228.
- Corcoran, J. (2005). *Building strengths and skills: a collaborative approach to working with clients*. Oxford University Press :New York.
- Cowger, C., & Snively, C. (2002). Assessing client strengths: individual, family and community empowerment. Dans D. Saleebey (Éd.) *Strengths perspective in social work practice* (pp.106-123). Boston: Allyn and Bacon.
- Davies, S., & Hall, D. (2005). Contact a family: professionals and parents partnership. *Archives of Disease in Childhood*, 90, 1053-1057.
- Dent, E.B., & Goldberg, S.G. (1999). Challenging «resistance to change». *Journal of Applied Behavioral Science*, 35(1), 25-41.
- DePanfilis, D. & Zuravin, S.J. (1999). Predicting child maltreatment recurrences during treatment, *Child Abuse & Neglect*, 23(8), 729-743.
- DePanfilis, D., & Zuravin, S.J. (2002). The effects of services on the recurrence of child maltreatment, *Child abuse & Neglect*, 26(2), 187-205.
- Dessureault, D., Éthier, L., Milot, T., & Dionne, M. (2006). Taux de récurrence chez les enfants signalés à la direction de la protection de la jeunesse entre 1998 et 2002. *Service Social*, 51(1), 1-13.
- Drake, B., Jonson-Reid, M., & Sapokaite, L. (2006). Rereporting of child maltreatment: Does participation in other public sector services moderate the likelihood of a second maltreatment report? *Child Abuse & Neglect*, 30, 1201-1226.
- Dore, M. M., & Alexander, L.B.(1996). Preserving families at risk of abuse and neglect: the role of the helping alliance. *Child Abuse & Neglect*, 20(4), 350-364.
- Drolet, M. (1997). L'empowerment et intervention familiale : concept paradoxal occultant parfois la pauvreté. *Reflets*, 3(1).
- Dufort, F., & Guay, J. (2001). Agir au cœur des communautés. *La psychologie communautaire et le changement social*. Saint-Nicolas : Les Presses de l'Université Laval.
- Dufour, S. & Chamberland, C. (2004). The Effectiveness of selected interventions for previous maltreatment: Enhancing the well-being of children who live at home, *Child and Family Social Work*, 9(1), 39-56.
- Durivage, A., Barrette, J., Moncalm, L., & Laberge, M. (1992). *L'analyse de la culture organisationnelle*. Document de travail 92-14. Ottawa : Université d'Ottawa.
- Dunst, C. (1988). *Enabling and empowering families: principles and guidelines for practice*. Cambridge: Bookline.

- Dunst, C., & Trivette, C. (1994). Empowering case management practices: a family centered perspective. Dans C. Dunst, C. Trivette, & K. Deal (Éds), *Supporting and strengthening families. Vol 1: methods, strategies and practices* (pp.187-196). Cambridge: Brookline Books.
- Dunst, C., & Trivette, C. (1996). Empowerment, effective helpgiving practices and family-centered care, *Pediatric Nursing*, 22(4), 334-337.
- Dunst, C., Trivette, C., & Mott, D.W. (1994). Strengths-based family-centred intervention practices. Dans C. Dunst, C. Trivette, & A.G. Deal (Éds), *Supporting and strengthening families: methods, strategies and practices* (pp.115-13). Cambridge: Brookline Books.
- Early, T.J., & GlenMaye, L.F. (2000). Valuing families: social work practice with family from strengths perspective. *Social Work*, 45(2), 118-130.
- English, D.J., Marshall, D.B., Brummel, S., & Orme, M. (1999). Characteristics of repeated referrals to Child Protective Services in Washington State. *Child Maltreatment*, 4(4) 4, 297-307.
- English, D.J., Marshall, D.B., Brummel, S., & Orme, M. (2002). Causes and consequences of substantiation decision in Washington State Child Protective Services. *Children and Youth Services review*, 24(11) 817-851.
- Flynn, R. J., & 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.
- Gibson, C.H., (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361.
- Greenberg, J., & Baron, R.A. (2000). *Behavior in organizations*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Goldring, E.B., & Shapira, R. (1993). Choice, empowerment, and involvement : what satisfies parents? *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 15, 396-409
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 1, 188-196.
- Hall, P., & Weaver, L. (2001). Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Medical Education*, 35(9), 867-875.
- Heinicke, C.M., Beckwith, L., Thompson, A. (1988). Early intervention in the family system : A framework and review. *Infant Mental Health Journal*, 9, 111-141.
- Hohman, M., Kleinpeter, C., & Loughran, H. (2005). Enhancing Motivation , Strengths and Skills of Parents in Child Welfare System. Dans J. Corcoran (Éd.) *Building Strengths and Skills* (pp.268-292), Oxford, Oxford University Press.

- Hussey, J.M., Marshall, J.M., English, D.J., Knight, E.D., Lau, A.S., Dubowitz, H., & Kotch, J.B. (2005). Defining maltreatment according to substantiation: distinction without a difference? *Child Abuse & Neglect*, 29(5), 479-492.
- Inkelas, M., & Halfon, N. (1997). Recidivism in child protective services, *Children and Youth Services Review*. 19 (3), 139-161.
- Jacob, M., & Laberge, D. (2001). L'évaluation des signalements à la Direction de la protection de la jeunesse : étude des facteurs qui influencent les décisions prises par les intervenants. *Criminologie*, 34(1), 123-154.
- Jones, H., Chant, E. & Ward, H. (2003). Integrating children's services: a perspective from England. Dans N. Trocme, D. Knoke & C. Roy (Éds), *Community Collaboration and Differential Response: Canadian and International Research and Emerging Models of Practice* (pp.157-182). Ottawa: Centre of Excellence for Child Welfare.
- Labonté, R. (1994). Health promotion and empowerment .reflections on professional practice. *Health Education Quarterly*, 21, 253-268.
- Lacharité, C. (2009) L'approche participative auprès des familles. Dans C. Lacharité, & J.-P. Gagnier (Éds), *Comprendre les familles pour mieux intervenir* (pp.157-182). Montréal: Gaétan Morin.
- Lacharité, C. Éthier, L., & Nolin, P. (2006). Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie*, 59 (4), 381-394.
- LeBossé, Y. (2003). La surdétermination des compétences parentales dans les mandats de protection de la jeunesse: un exemple d'aliénation ordinaire. *Sauvegarde de l'enfance*, 58(1-2), 49-56.
- LeBossé, Y., & Lavallée, M. (1993). Empowerment et psychologie communautaire : Aperçu historique et perspectives d'avenir. *Cahiers internationaux de psychologie sociale*, 20, 7-20.
- Le Moigne, J.L. (1977). *La théorie du système général : théorie de la modélisation*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Léveillé, S. & Bouchard, V. (2007). Parallel Worlds? Dans C. Chamberland, S. Léveillé & N. Trocme (Éds). *Children in need of protection – Parent in need of help : Narrowing the gap* (pp.7-29). Québec : Presse de l'Université du Québec.
- Leveridge M. J., (2002). Mac-Social work : The routinisation of professional activity. *Social Work*, 38 (4), 354-362.
- Littell, J.H., & Tajima, E.A. (2000). A multilevel model of client participation in intensive family preservation services. *Social Services Review*, 74, 405-435.
- Lord, J. (1991). *Lives in transition: the process of personal empowerment*. Ottawa: Secretary of State.

- Lord, J., & Hutchison, P. (1993). The process of empowerment: implication for theory and practice. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 12(1), 5-22.
- Macleod, J., & Nelson, G. (2000). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-Analyses review. *Child Abuse & Neglect*, 64, 1127-1149.
- Madsen, W.C. (2007). *Collaborative therapy with multi-stressed families*. New York : Guilford Press.
- Martin, C., & Boyer, G. (1995). *Naître égaux, grandir en santé: un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*. Montréal : Gouvernement du Québec, RSSS Montréal-Centre.
- McCurdy, K., Hurvis, S., & Clark, J. (1996). Engaging and retaining families in child abuse prevention programs. *The APSAC Advisor*, 9(3), 1-8.
- McCurdy, K., & Daro, D. (1994). A national survey on report and fatalities. *Journal of interpersonal violence*, 9(1), 75-94.
- McShane, S.L., & Benabou, C. (2008) *Comportement Organisationnel*. Montréal : Chenelière McGraw-Hill.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition Féminine, Ministère de la Justice, Ministère de la Santé et des Services sociaux, & Ministère de la Sécurité publique (2006). *Bilan interministériel de l'implantation de l'entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique*. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Nelson, G., Laurendeau, M.-C., Chmaberland, C., & Peirson, L. (2001). A review and analysis of programs to promote family wellness and prevent the maltreatment of preschool and elementary school-aged children. Dans I. Prillensky & G. Nelson (Éds) *Promoting family wellness and preventing child maltreatment : Fundamentals for thinkings and action* (pp.220-272). Toronto, Ontario : Unisversity of Toronto Press.
- Ouellet, F., René, J.-F., Durand, D., Dufour, R., & Garon, S. (2000). Intervention en soutien à l'empowerment- dans naître égaux, grandir en santé. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 13(1), 85-102,
- Parent, P.-P. (2000). *Les Interventions auprès des familles : enjeux éthiques*. Montréal : FIDES.
- Robichaud, D. (2006). Steps toward a relational view of agency. Dans F. Cooren, J. R. Taylor et E. J. Van Every (Éds.), *Communication as Organizing: Empirical and Theoretical Explorations in the Dynamic of Text and Conversatio* (101-111). Mahwah, NJ: Lawrence-Erlbaum.

- Ronnau, J., & Poertner, J. (1994). Identification and use of strengths: a family system perspective. *Children Today*, 22(2), 20-23.
- Saleebey, D. (2001). The diagnostic strengths manual? *Social Work*, 46(2), 183-187.
- Schein, E.H. (1985) *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. (2002). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Schroeder, R.E., Morrison, E.E., Cavanaugh, C., West, M.P., & Faches, J.M. (1999). Improving communication among health professionals through education: A pilot study. *The Journal of Health Administration Education*, 17, 175-198.
- Striefel S., Robinson M.-A., & Truhn P. (1998). *Dealing with child abuse and neglect within a comprehensive family support program: Hand-book of child abuse research and treatment*. New York : Plenum Press.
- Sviridoff, M., & Ryan, W. (1997). Community-centered family service. *Families in Society*, 78, 128-139.
- Swain, J., & Walker, C. (2003). Parent-professional power relations: parent and professional perspectives, *Disability & Society*, 18(5), 574-560.
- Swift, k. (1995). *Manufacturing «bad mothers»: a critical perspective on child neglect*. Toronto: University of Toronto Press Incorporated.
- St-Cyr Tribble, D., Gallagher, D., Paul, D., & Archambault J. (2001). *Les pratiques d'empowerment en première ligne*. Rapport de recherche, subvention CQRS et CRSR.
- Tatar, M., & Bekerman, Z. (2002). The concept of culture in the contexts and practices of professional counselling : a constructivist perspective. *Counselling Psychology Quarterly*, 15(4), 375-384.
- Tourigny, M., Mayer, M., Wright, C., Lavergne, N., Trocmé, S., Hélie, C., Chamberland, C., Bouchard, C., Cloutier, R., Jacob, M., Boucher, J., & 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 du Québec (ÉIQ)*, Montréal : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP).
- Trocmé, N., & Chamberland, C. (2003). Re-involving the community : The need for a differential response to rising child welfare cases in Canada. Dans N. Trocmé, D., Knoke, & C. Roy (Éds.), *Community collaboration and differential response : Canadian and international research and emerging models of practice* (pp.37-55). Ottawa : Child Welfare League of Canada.

- Trocmé, N., Fallon, B., Daciuk, MacLaurin, B., Daciuk, J., Felstiner, C., Black, T., Tonmyr, L., Blackstock, C., Barter, K., Turcotte, D., & Cloutier, R. (2005). *Canadian incidence study of reported child abuse and neglect-2003 : Major findings*. Ottawa: Minister of Public works and government services.
- Trocmé, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Billingsley, D., Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Barter, K., Burford, G., Hornick, J., Sullivan, R. & McKenzie, B. (2001). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants : rapport final*. Ottawa : Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux.
- Vanderplaat, M. (2002). Participation des parents aux processus de gestion et de prise de décisions des projets du PACE/PCNP. Reperé à : http://www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/publications/capc-part2002_f.html
- Waldfoegel, J. (2000). Reforming child protective services. *Child Welfare*, 79(1), 43-57.
- Way I, Chung S, Jonson-Reid M, Drake B. (2001). Maltreatment perpetrators: A 54-month analysis of recidivism, *Child Abuse & Neglect*. 25(8), 1093–1093.
- Webster-Stratton, C. (1997). Early intervention for families of preschool children with conduct problems. Dans M.J. Guralnick (Éd.) *The Effectiveness of Early Intervention: Second Generation Research* (pp,429-454). Baltimore: Paul H. Brookes Company.
- Zerwekh, J.V. (1992). Laying the groundwork for family self-help: locating families, build trust, and building strength. *Public health Nursing*, 9(1), 15-21.