

Table des matières

Résumé	iii
Table des matières	iv
Liste des tableaux	vi
Remerciements.....	vii
Introduction	1
Problématique.....	2
La maltraitance envers les enfants en tant que problème communautaire	2
Disposition à agir et construits apparentés	3
Modèles et méthodes d'évaluation de la disposition à agir	5
Disposition à agir et succès des programmes de prévention	7
Questions de recherche	10
Méthodologie	11
Contexte	11
Territoires.....	11
Participants	12
Matériel.....	14
Procédure	15
Stratégie d'analyse qualitative.....	16
(1) Comment se présente chacune des communautés étudiées en ce qui concerne la disposition à agir en prévention de la maltraitance ?.....	18
(2) Quelles sont les similarités et les différences entre les communautés étudiées en regard de leur disposition à agir en prévention de la maltraitance ?	18
(3) Est-il possible de dégager des catégories permettant de rendre compte du portrait de la disposition à agir des communautés étudiées en regroupant dans un modèle plus simple les dimensions initialement retenues ?.....	19
Résultats et discussion	21
Le contexte	22
Caractéristiques des communautés.....	22
Position des informateurs-clés à l'égard de la prévention de la maltraitance	24
Programmes et pratiques actuels	26
Le moteur de l'action	34
Leadership	34

Réseautage, partenariat et collaboration	37
Les appuis et leviers	42
Mandats	42
Données et informations disponibles	45
Ressources matérielles et financières.....	49
Ressources humaines compétentes.....	51
Synthèse des résultats	54
Conclusion	56
Forces et limites de l'étude	56
Retombées pratiques	57
Bibliographie	60
Annexe A : Stratégie de recension	65
Annexe B : Stades de disposition à agir	67
Annexe C : Exemples d'énoncés descriptifs pour guider la cotation de la disposition à agir	68
Annexe D : Schéma d'entrevue sur la disposition de la communauté à agir en prévention de la maltraitance	69
Annexe E : Graphique illustrant les dimensions de la disposition à agir en prévention de la maltraitance	72
Annexe F : Dimensions de la disposition à agir et définitions associées	73
Annexe G : Feuillet d'information concernant les entrevues avec les informateurs-clés	74
Annexe H : Fiche informative sur l'entrevue	75
Annexe I : Tableau utilisé pour dégager des similarités et des différences d'un territoire à l'autre.....	76
Annexe J : Potentiel des programmes de soutien au rôle parental pour prévenir la maltraitance	77

Liste des tableaux

Tableau 1 <i>Dimensions prises en compte par différents modèles de la disposition à agir et de la capacité communautaire</i>	8
Tableau 2 <i>Description des territoires à l'étude en fonction de divers indicateurs</i>	12
Tableau 3 <i>Répartition des informateurs-clés (N=16) selon différentes caractéristiques</i>	13
Tableau 4 <i>Organismes impliqués auprès des familles en fonction des territoires</i>	28
Tableau 5 <i>Points de convergence entre la littérature et les propos des informateurs-clés quant aux stratégies pour rejoindre la clientèle</i>	32
Tableau 6 <i>Partenariats présents en fonction des territoires</i>	38
Tableau 7 <i>Tables de concertation présentes en fonction des territoires</i>	39
Tableau 8 <i>Enjeux perçus par les informateurs-clés liés au fonctionnement des tables de concertation</i>	40
Tableau 9 <i>Avantages de la collaboration perçus par les informateurs-clés</i>	41
Tableau 10 <i>Ressources matérielles et financières disponibles au sein des différentes organisations</i>	49
Tableau 11 <i>Description des forces et limites des ressources humaines</i>	51

Remerciements

Je tiens à remercier les informateurs-clés dont l'intérêt pour le thème de la présente étude a permis sa réalisation. Merci d'avoir pris le temps de réfléchir et de vous interroger sur cet enjeu complexe. Votre passion et votre dévouement dans le travail auprès des familles sont inspirants.

Merci à ma directrice de recherche, Marie-Hélène Gagné, pour la confiance à mon endroit et l'opportunité de participer à ce projet. Merci pour la supervision éclairée, les relectures, corrections, rencontres, réflexions. Merci pour le soutien et les encouragements.

Merci à Francine Lavoie, membre de mon comité d'encadrement, pour l'intérêt envers mon projet et les commentaires constructifs.

Merci à l'équipe de la Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance, plus particulièrement à Marie-Claude Richard, Séverine Lanoue et Julie Goulet pour leur soutien dans la réalisation de ce projet.

Merci à Anne-Julie Gagné, Catherine Filion et Marie-Claude Parent pour leur aide précieuse à la retranscription des entrevues.

Merci à ma sœur, Annie Thomas, modèle de persévérance et de réussite aux études supérieures. Merci à mes collègues et amies, Véronique Lachance, Sophie Turmel, Amandine Baude, pour leur présence, leur soutien moral, leurs conseils techniques, leur humour.

Merci à la Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance et au Centre-Jeunesse de Québec-Institut universitaire pour le soutien financier.

Introduction

La disposition à agir des communautés (*community readiness*) se définit comme le degré auquel une communauté est prête à agir en regard d'un enjeu (Plested, Edwards, & Jumper-Thurman, 2006). Il s'agit d'un concept multidimensionnel qui réfère au niveau d'intérêt et de motivation de la communauté de même qu'aux ressources et aux leviers dont elle dispose afin de résoudre ou de prévenir un problème auquel elle fait face (Chilenski, Greenberg, & Feinberg, 2007; Mikton et al., 2011; Oetting et al., 1995).

L'étude de la disposition à agir peut être envisagée comme un outil permettant de favoriser les résultats optimaux des programmes d'intervention ou de prévention, et ce, dans une variété de domaines socio-sanitaires, tels que les abus de substances (Oetting et al., 1995), le cancer du sein (Borrayo, 2007; Lawsin, Borrayo, Edwards, & Belloso, 2007), l'obésité infantile (Findholt, 2007), et les maladies cardio-vasculaires (Peercy, Gray, Thurman, & Plested, 2010).

La présente étude a pour but de mieux comprendre la disposition à agir pour prévenir la maltraitance envers les enfants dans des communautés québécoises, la maltraitance étant définie comme les manifestations de négligence, d'abus physiques et de mauvais traitements psychologiques dont les enfants sont la cible dans leur milieu familial. Diverses autorités telles que l'Organisation mondiale de la santé, les Centers for disease control and prevention aux États-Unis et l'Agence de santé publique du Canada reconnaissent la maltraitance comme un problème de santé publique et considèrent que sa prévention nécessite la sensibilisation et l'engagement des communautés vis-à-vis du problème (Hammond, 2003; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano-Ascencio, 2002; Trocmé et al., 2010). L'objectif de cette étude est de présenter un portrait de la disposition à agir en prévention de la maltraitance de quatre communautés québécoises dans le but de mieux comprendre les éléments qui soutiennent ou font obstacle à l'action.

Problématique

La maltraitance envers les enfants en tant que problème communautaire

La présente étude a été réalisée dans le contexte de pré-implantation d'une stratégie de prévention de la maltraitance commise par les parents envers leurs enfants. Selon l'Organisation mondiale de la santé : « La maltraitance de l'enfant s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. » (Krug et al., 2002).

Dans le cadre de la présente étude, il est question d'abus physique, de négligence et de mauvais traitement psychologique puisque ce sont ces formes de maltraitance dont la prévalence est la plus élevée. En effet, selon l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements des cas de violence et de négligence envers les enfants, réalisée en 2008, ces trois formes de maltraitance correspondent respectivement à 20 %, 34 %, et 43 % des cas de mauvais traitements corroborés par une enquête des services de protection de la jeunesse (Trocmé et al., 2010). De plus, elles surviennent fréquemment en cooccurrence et partagent plusieurs facteurs de risque (Clément, Chamberland, Côté, Dubeau, & Beauvais, 2005).

Les sources les plus communes d'estimation de la prévalence de la maltraitance sont les statistiques de signalement aux services de protection de la jeunesse et les données de recherche rapportées soit par l'enfant, par un proche ou par un professionnel en contact avec l'enfant (Clément et al., 2005). Les statistiques de signalement permettent d'estimer à 85 440, c'est-à-dire à 14,2 enfants sur 1000, le nombre de cas de maltraitance corroborés par une enquête des services de protection de l'enfance en 2008 au Canada (Trocmé et al., 2010). Au Québec, pour la même année, les cas corroborés de maltraitance sont au nombre de 19 129, c'est-à-dire de 12,3 enfants sur 1000 (Hélie, Turcotte, Trocmé, & Tourigny, 2012). Il est toutefois raisonnable de croire que les taux réels de maltraitance sont plus élevés puisque certaines situations ne sont pas signalées aux services de protection de la jeunesse (Cerezo & Pons-Salvador, 2004; MacMillan, Jamieson & Walsh, 2003). L'enquête de 2012 sur la violence familiale dans la vie des enfants au Québec permet

d'estimer les taux d'enfants ayant subi différentes formes de violence et de négligence au cours de l'année. Selon l'enquête, 49 % des enfants ont été victime d'au moins trois épisodes d'agression psychologique, 11 % d'au moins trois épisodes de violence physique mineure et 6 % d'au moins un épisode de violence physique sévère de la part d'un adulte de leur foyer (Clément, Bernèche, Fontaine, & Chamberland, 2012).

En plus d'être répandue, la maltraitance est associée à divers problèmes de développement chez les victimes, de même qu'à des problèmes de santé mentale, d'abus de drogues et d'alcool et à des conduites criminelles à l'âge adulte (Butchart, Phinney Harvey, Milan, Fűrnis, & Kahane, 2006; Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales, 2005; Gilbert et al., 2009; Jung, Herrenkohl, Lee, Klika, & Skinner, 2015; Oberleitner, Smith, Weinberger, Mazure, & McKee, 2015). En raison de sa prévalence, des conséquences potentielles sur le développement de l'enfant et des coûts sociétaux qu'elle génère, la maltraitance envers les enfants est reconnue comme un problème de santé publique mondial (Hammond, 2003; Krug et al., 2002). Il apparaît donc pertinent d'intervenir dans ce domaine. La prévention du problème, c'est-à-dire les interventions réalisées avant son apparition, pourrait d'ailleurs s'avérer plus efficace et moins coûteuse que les interventions visant à réagir au problème ou à remédier à ses conséquences (Kilburn & Karoly, 2008).

Disposition à agir et construits apparentés

Afin de prendre connaissance des différents écrits scientifiques publiés à ce jour sur la disposition à agir des communautés, une recension a été effectuée dans des bases de données documentaires spécialisées. La démarche de cette recension est disponible en Annexe A.

Dans la littérature scientifique, il existe plusieurs construits voisins de la disposition à agir, tels que la capacité communautaire, la compétence communautaire, l'*empowerment* communautaire et l'efficacité collective. La capacité communautaire réfère aux compétences, aux ressources et à la motivation dont disposent les communautés afin d'atteindre un objectif (Wandersman et al., 2006). Elle peut être envisagée en regard d'un enjeu spécifique, mais aussi en tant que caractéristique générale d'une communauté. La compétence communautaire est la capacité d'une communauté à identifier et à générer les conditions nécessaires afin de revendiquer ou d'effectuer des changements (Eng & Parker, 1994). L'empowerment est défini comme le processus par lequel les individus, les

organisations et les communautés s'approprient un contrôle sur leur vie (Rappaport, 1984). L'empowerment communautaire s'établit dans un contexte d'interaction entre les individus et les organisations qui permet de rehausser la qualité de vie de la communauté et de prendre en charge les besoins et les enjeux locaux (Zimmerman, 2000). Enfin, l'efficacité collective est définie comme le produit de la cohésion sociale, c'est-à-dire des liens de confiance mutuelle et de la volonté d'agir pour le bien commun, au sein d'une communauté (Sampson, Raudenbush, & Earls, 1997).

Conceptuellement, ces différents construits se recoupent considérablement. Ils sont tous réputés avoir un impact sur un enjeu d'intérêt et peuvent être la cible d'interventions. Il est toutefois possible de relever certaines nuances, notamment en ce qui concerne le mécanisme permettant d'agir sur l'enjeu d'intérêt. La disposition à agir est envisagée dans une optique d'implantation de programmes (d'organismes externes ou issus de la communauté). L'état de la disposition à agir est alors réputé avoir un impact sur les interventions mises en place et conséquemment sur l'enjeu ciblé par le programme (Oetting et al., 1995). Dans cette perspective, certaines actions peuvent être posées afin de favoriser la disposition à agir de la communauté et d'optimiser les résultats des programmes mis en place. Tout comme la disposition à agir, la capacité communautaire peut être l'objet d'une évaluation et la cible d'actions effectuées dans le but de favoriser la dissémination et l'implantation efficace d'interventions de santé (Flaspohler, Duffy, Wandersman, Stillman, & Maras, 2008; Mendel, Meredith, Schoenbaum, Sherbourne, & Wells, 2008). Le développement de la capacité communautaire peut toutefois aussi être envisagé comme un objectif parallèle permettant d'avoir un impact indépendant de celui des interventions d'un programme (Gibbon, Labonte, & Laverack, 2002; Labonte & Laverack, 2001). En cela, elle s'apparente aux concepts de compétence communautaire, d'empowerment communautaire et d'efficacité collective qui ont un impact sans l'entremise des programmes de prévention. L'efficacité collective agit par l'entremise des comportements quotidiens des membres de la communauté (Sampson et al., 1997). La compétence communautaire quant à elle, agit davantage par l'entremise d'un changement des dynamiques politiques résultant de l'implication citoyenne (Eng & Parker, 1994). L'empowerment communautaire agit notamment à travers le contrôle accru des citoyens sur les enjeux de leur communauté. La présente étude a retenu le concept de disposition à agir puisqu'il s'avère le plus pertinent à étudier dans le cadre de l'implantation d'un programme de prévention.

Modèles et méthodes d'évaluation de la disposition à agir

Ce sont les chercheurs du Centre tri-ethnique de recherche préventive à l'Université du Colorado qui ont développé le premier modèle de la disposition à agir des communautés (Oetting et al., 1995). Leur modèle comporte six dimensions :1) les efforts de prévention existants, incluant les programmes, activités et politiques sociales, 2) les connaissances en ce qui concerne ces efforts de prévention, 3) le leadership, c'est-à-dire la présence de dirigeants élus et de membres influents de la communauté pouvant initier les efforts de prévention, 4) les connaissances à propos du problème en question, 5) les ressources disponibles pour la prévention et 6) le climat de la communauté qui regroupe diverses caractéristiques pouvant influencer la persistance ou la résolution du problème. Ces chercheurs proposent aussi une méthode permettant d'évaluer le niveau de disposition à agir des communautés à partir d'entrevues avec des informateurs-clés¹. La méthode permet de quantifier des données qualitatives recueillies en entrevue et d'obtenir un score de 1 à 9 sur l'échelle de disposition à agir développée par ces chercheurs (voir Annexe B). Pour ce faire, des énoncés descriptifs associés à un score de 1 à 9 pour chacune des dimensions de la disposition à agir ont été développés. Un exemple tiré du manuel d'évaluation de la disposition à agir (Plested et al., 2006) est fourni en Annexe C.

La méthode d'évaluation du Centre tri-ethnique de recherche préventive est fréquemment utilisée par différentes initiatives de prévention. L'intérêt de cette méthode réside surtout dans la possibilité de tirer profit des entrevues afin de mobiliser les communautés et dans les suggestions d'interventions associées à chacun des stades. Le Centre tri-ethnique de recherche préventive a développé des stratégies de mobilisation adaptées aux différents niveaux de disposition à agir. Par exemple, avec une communauté peu préoccupée par l'enjeu d'intérêt, ils proposent de prendre contact personnellement avec les leaders afin de les sensibiliser. Par opposition, dans une communauté où les leaders sont déjà mobilisés autour de l'enjeu d'intérêt, ils considèrent plus approprié de démarrer des initiatives de sensibilisation à une plus grande échelle, telles que des capsules à la radio ou à la télévision (Plested et al., 2006).

Cette méthode demeure toutefois assez exigeante en termes de temps et de coûts et fait face à certaines critiques en termes de validité (Beebe, Harrison, Sharma, & Hedger,

¹ Des informateurs-clés sont des individus en mesure de bien connaître les difficultés ou les besoins d'une communauté étant donné leur fonction ou leur expérience (Massé, 2009).

2001). Kesten, Griffiths et Cameron (2015), dans une discussion critique de ce modèle d'évaluation, recommandent de conserver des données qualitatives afin de compléter le portrait offert par le score de disposition à agir.

Dans la foulée des travaux du Centre tri-ethnique de recherche préventive, d'autres auteurs ont développé des modèles et des instruments de mesure de la disposition à agir. Chilenski et al. (2007) ont eu recours à la modélisation par équation structurelle afin de développer leur modèle. Selon leur conceptualisation, la disposition à agir comporte quatre dimensions : 1) l'attachement envers la communauté, 2) les initiatives communautaire, c'est-à-dire la propension des individus à être actifs au sein de leur communauté et à tenter de nouvelles stratégies pour faire face aux problèmes au sein de celle-ci, 3) l'efficacité communautaire, c'est-à-dire la capacité des membres de la communauté à atteindre un objectif commun et 4) le leadership de la communauté, c'est-à-dire la capacité des leaders à rallier les différents membres de la communauté. Ils ont développé et utilisé un outil découlant de ce modèle dans le cadre d'un projet visant à supporter le développement positif et à réduire l'abus de substance chez les jeunes. L'outil pourrait toutefois être utilisé dans d'autres contextes. Le questionnaire de 16 items à coter sur une échelle likert permet de recueillir des données quantitatives. Il aurait une bonne validité de construit et une cohérence interne acceptable.

Au-delà des divergences conceptuelles, les facteurs impliqués dans la disposition à agir pourraient varier en fonction de l'enjeu d'intérêt ou du contexte. Le recours à une approche qualitative permet de rendre compte de la disposition à agir d'une communauté spécifique à l'égard d'une problématique spécifique (Palermo, 2013; Pichon, Powell, Ogg, Williams, & Becton-Odum, 2015). Par ailleurs, certains chercheurs préconisent le développement d'outils de la disposition à agir appliqués à des enjeux ou des contextes précis (Paltzer, Black, & Moberg, 2013; Rosas, Behar, & Hydaker, 2014). Mikton et al. (2011) ont développé un modèle de la disposition à agir spécifiquement adapté au domaine de la prévention de la maltraitance envers les enfants destiné aux pays à faible et moyen revenus. Ils ont aussi développé un questionnaire visant à évaluer la disposition à agir et pouvant être administré à des informateurs-clés : le *Readiness Assessment for the Prevention of Child Maltreatment* (Organisation mondiale de la santé, 2013). Le questionnaire couvre les 10 dimensions suivantes : 1) les attitudes en ce qui concerne la maltraitance envers les enfants et sa prévention, 2) les connaissances en ce qui concerne la maltraitance envers les enfants et sa prévention, 3) les données scientifiques sur la maltraitance envers les

enfants et sa prévention, 4) les programmes existants et l'évaluation de leur efficacité, 5) les législations et politiques pertinentes en ce qui concerne la prévention de la maltraitance, 6) la volonté de trouver des solutions au problème, 7) les liens institutionnels et les ressources institutionnelles, 8) les ressources matérielles, 9) les ressources humaines et techniques et 10) les ressources sociales informelles. C'est ce modèle qui a été retenu afin de guider la présente étude, d'abord parce qu'il présente l'avantage de s'appliquer spécifiquement à la prévention de la maltraitance, ensuite parce qu'il est très complet sur le plan conceptuel. Il a d'ailleurs été développé à partir d'une revue de la littérature des différents modèles de la disposition à agir et de la capacité communautaire, de même qu'en recourant à des consultations d'experts dans le domaine. Le Tableau 1 témoigne de l'intégration au sein de ce modèle de plusieurs dimensions d'autres modèles pertinents.

Disposition à agir et succès des programmes de prévention

L'étude de la disposition à agir est compatible avec diverses approches préventives comprenant aussi bien les approches centrées sur les données probantes que les approches communautaires (Flaspohler et al., 2008). Les approches communautaires mettent l'accent sur les facteurs communautaires, économiques et socioculturels associés à la maltraitance de même que sur les besoins identifiés chez les familles et prônent une perspective d'*empowerment*. Elles sont aussi caractérisées par des processus *bottom-up*, c'est-à-dire qu'elles émergent des besoins communautaires et partent d'initiatives citoyennes ou à tout le moins locales. Les approches fondées sur les données probantes se caractérisent par une préoccupation pour la mise en place de pratiques dont l'efficacité est démontrée et accordent une attention particulière à la recherche évaluative. Elles ont une approche davantage *top-down*, c'est-à-dire que le déploiement des interventions origine de décideurs ou de planificateurs institutionnels. La conciliation de ces deux approches est un défi en prévention de la maltraitance (Gagné, Drapeau, & Saint-Jacques, 2012).

Tableau 1

Dimensions prises en compte par différents modèles de la disposition à agir et de la capacité communautaire

Modèle de :	Disposition à agir des communautés			Capacité communautaire		
	Oetting et al. (1995)	Chilenski et al. (2007)	Mikton et al. (2011)	Goodman et al. (1998)	Labonte et Laverack. (2001)	Flaspohler et al. (2008)
Leadership	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ressources	✓		✓	✓		✓
Attitudes, croyances, normes, valeurs		✓	✓	✓		✓
Connaissances et compétences	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Liens institutionnels			✓	✓	✓	✓
Liens Interpersonnels	✓		✓	✓	✓	✓
Volonté		✓	✓			
Participation				✓	✓	✓
Sens communautaire	✓	✓		✓		✓
Histoire				✓		

L'étude de la disposition à agir est souvent envisagée comme un moyen de favoriser l'appropriation des programmes à données probantes par les communautés dans une perspective de rapprochement de la recherche et de la pratique (Flaspohler, Meehan, Maras, & Keller, 2012; Özdemir & Giannotta, 2014; Powers, Maley, Purington, Schantz, & Dotterweich, 2015). L'usage de plus en plus courant des programmes à données probantes requiert une attention aux facteurs liés à l'implantation et la dissémination efficace de ces programmes (Elliott & Mihalic, 2004). Powers et al. (2015) concluent à partir de l'analyse de pratiques dans le domaine que l'implantation adéquate de programmes fondés sur les données probantes implique une planification prenant en compte la disposition à agir des communautés.

La pertinence de l'étude de la disposition à agir dans ce contexte est motivée par certains présupposés : 1) la disposition à agir des communautés aurait un impact sur le succès des programmes de prévention, 2) il serait possible d'intervenir sur la disposition à agir des communautés, 3) une bonne connaissance de la disposition à agir permet de mettre en place des interventions plus appropriées.

Stith et al. (2006) rapportent que l'impact de la disposition à agir sur le succès des programmes fait l'objet d'un consensus dans le domaine de l'implantation de programme de prévention communautaire. Certains auteurs mesurent empiriquement une association entre le niveau de disposition à agir des communautés, évalué à parti de l'outil de Oetting et al. (1995), et l'effet des interventions en ce qui concerne leur enjeu d'intérêt soit l'augmentation des activités physiques chez les jeunes et la réduction de la prévalence de l'obésité infantile (Ehlers, Huberty, & Beseler, 2013; Millar et al., 2013).

Plested et al. (2006) postulent qu'il est possible de mettre en place des interventions spécifiques en fonction de l'état de la disposition à agir d'une communauté afin de développer cette disposition. Plusieurs études, réalisées dans une diversité de contextes, ont confirmé que des programmes ou des interventions de prévention peuvent avoir une influence sur le degré de disposition à agir, tel que mesuré à l'aide d'adaptations de la méthode de Oetting et al. (1995) (Aboud, Huq, Larson, & Ottisova, 2010; Ogilvie et al., 2008; Paltzer et al., 2013; Peercy et al., 2010; Stallones, Gibbs-Long, Gabella, & Kakefuda, 2008). D'un contexte à l'autre, les programmes pourraient avoir davantage d'influence sur l'une ou l'autre des dimensions de la disposition à agir. Parmi les interventions spécifiques qui agiraient sur la disposition à agir, il y aurait sa mesure elle-même et la rétroaction faite aux

communautés, le soutien offert par les équipes de recherche, l'assistance technique, l'implication des leaders de la communauté, le marketing social et l'incitation à l'implication citoyenne (Aboud et al., 2010; Frerichs et al., 2015; Ogilvie et al., 2008; Slater et al., 2005; Stallones et al., 2008; Watson-Thompson, Woods, Schober, & Schultz, 2013).

En outre, la mise en place d'interventions adaptées au niveau de disposition à agir des communautés se révélerait en mesure de permettre une meilleure mobilisation des communautés afin d'intervenir sur l'enjeu d'intérêt (Hahn, Rayens, Adkins, Begley, & York, 2015).

De par l'impact potentiel qu'elle peut avoir sur le succès des programmes de prévention, la disposition à agir peut être envisagée comme une cible d'action et un indicateur du bon fonctionnement d'un programme. L'évaluation de la disposition à agir peut donc remplir de multiples fonctions; elle peut soutenir la sélection des communautés, la mobilisation et l'arrimage entre les programmes et les communautés, de même que l'évaluation des programmes (Oetting et al., 1995; Slater et al., 2005; Stallones et al., 2008)

Questions de recherche

Les questions qui guident la présente étude sont les suivantes : 1) Comment se présentent chacune des communautés étudiées en ce qui concerne les différentes dimensions de la disposition à agir en prévention de la maltraitance ? 2) Quelles sont les similarités et les différences entre les communautés étudiées à cet égard ? 3) Est-il possible de dégager des catégories permettant de rendre compte du portrait de la disposition à agir des communautés étudiées en regroupant dans un modèle plus simple les dimensions initialement retenues ? Ces questions sont étudiées dans le but d'identifier les éléments qui soutiennent ou font obstacle à l'action en prévention de la maltraitance au sein des communautés concernées.

Méthodologie

Contexte

La présente étude s'inscrit dans une recherche plus large, approuvée le 7 mai 2013 par le comité d'éthique de la recherche du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire qui agissait comme comité d'éthique principal dans le cadre du mécanisme multicentrique du ministère de la Santé et des Services sociaux (# MP-CJQ-IU-13-001). Cette recherche visait à évaluer les besoins, les ressources et la disposition à agir de quatre communautés, préalablement à la mise en œuvre d'une stratégie de prévention de la maltraitance envers les enfants axée sur le soutien à la parentalité (Gagné & Drapeau, 2013a, 2013b; Gagné, Normandeau, Clément, & Brunson, 2014a, 2014b). Parmi les quatre communautés étudiées, deux d'entre elles implantent une stratégie de prévention multiniveaux utilisant le programme à données probantes Triple P – Positive Parenting Program – (Sanders, 1999), et deux d'entre elles servent de territoire de comparaison. Cette recherche a retenu un devis mixte (quantitatif et qualitatif) afin d'évaluer les besoins, les ressources et la disposition à agir des communautés. La présente étude rend compte de la portion qualitative de l'évaluation de la disposition à agir.

Territoires

Dans le cadre de l'étude de Gagné et al. (2013a, 2013b, 2014a, 2014b) les systèmes étudiés correspondent aux communautés délimitées par des territoires de Centre local de services communautaires (CLSC). La sélection de ces territoires résulte d'une démarche structurée impliquant la consultation des partenaires dans le cadre d'un processus décisionnel rigoureux appuyé sur diverses données. Les régions de la Capitale-Nationale et de Montréal ont été retenues pour la sélection des territoires expérimentaux étant donnée la présence d'infrastructures de recherche facilitant la collaboration entre les universités et les organisations offrant des services à la population. Dans ces régions, des territoires de CLSC ont été ciblés en fonction des trois critères suivants : 1) le nombre d'enfants de 0-17ans vivant sur le territoire, 2) la proportion de ces enfants vivant sous le seuil de faible revenu et 3) le taux de signalements aux services de protection de la jeunesse sur le territoire. Le choix des deux territoires qui implantent la stratégie préventive multiniveaux s'est effectué en concertation avec les partenaires impliqués dans le projet à l'aide de la technique du groupe nominal. Cette technique est définie comme une méthode de prise de décision collective et structurée permettant d'établir des priorités à partir de plusieurs

options. Des territoires de la même région que les territoires expérimentaux leur ont ensuite été appariés en fonction des trois critères décrits plus haut, pour servir de territoires de comparaison (Gagné et al., 2013). Les territoires de CLSC retenus sont les suivants : Orléans et Mercier-Est/Anjou en tant que territoires expérimentaux, Jacques-Cartier et Rosemont en tant que territoires de comparaison. Les territoires de CLSC Orléans et Jacques-Cartier sont situés dans la région de la Capitale-Nationale et sont tous deux administrés par le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale alors que les territoires de CLSC Mercier-Est/Anjou et Rosemont sont situés dans la région de Montréal et sont administrés par le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Le Tableau 2 reprend les indicateurs ayant mené à la sélection des territoires et permettant de les décrire.

Tableau 2

Description des territoires à l'étude en fonction de divers indicateurs

Indicateur	Territoire			
	Orléans	Jacques-Cartier	Mercier-Est/Anjou	Rosemont
Nature du territoire	Semi-urbain	Semi-urbain	Urbain	Urbain
Population de 0 à 17 ans	20 833	20 056	15 025	12 864
Proportion de 0 à 17 ans sous le seuil du faible revenu (%)	7.2	6.9	23.3	24.7
Proportion de signalements (pour 1000)	45.5	44.8	35.1	24.3
Proportion de familles immigrantes (%)	N.D.	N.D.	25.6	31.2

Note. Les statistiques de population âgée de zéro à 17 ans proviennent des estimations et projections démographiques d'avril 2011 du Ministère de la Santé et des Services sociaux. Les taux de population âgés de zéro à 17 ans vivant sous le seuil du faible revenu de même que les pourcentages de familles immigrantes proviennent du recensement de 2006 de Statistique Canada. Les taux de signalements reçus par territoires de CLSC ont été calculés à partir des informations fournies par le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw et le Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire. Ils sont basés sur la moyenne des années 2009, 2010 et 2011 et calculés à partir des indicateurs populationnels de 2011.

Participants

Dans le cadre plus large de l'analyse des besoins des ressources et de la disposition à agir des communautés, l'ensemble des intervenants et des gestionnaires dans le secteur famille-enfance-jeunesse des CSSS/CLSC, à l'application des mesures du Centre jeunesse

et au sein d'organismes communautaires à vocation familiale ou de services de garde à l'enfance des communautés concernés ont été sollicités afin de répondre à des questionnaires (Gagné & Drapeau, 2013a, 2013b; Gagné et al., 2014a, 2014b). Les participants de la présente étude proviennent du bassin de 276 personnes ayant accepté de répondre à ces questionnaires. Quatre informateurs-clés ont été retenus au sein de chacune des quatre communautés afin de participer à une entrevue pour un total de 16 participants. Leur sélection s'est opérée en tentant de favoriser la diversification des participants en termes d'organisme d'origine (établissement du réseau de la santé et des services sociaux vs organismes communautaires vs services de garde) et de type de poste occupé (intervenants, gestionnaires, organisateurs communautaires), et ce, au sein de chacune des communautés. Les caractéristiques des informateurs-clés sont présentées au Tableau 3. Les informateurs provenant des CLSC sont surreprésentés dans l'échantillon. Cette situation s'explique par le faible taux de volontaires au sein des Centre jeunesse et des CPE, et ce, malgré la présence d'incitatifs à la participation (ex : entrevue effectuée sur le lieu de travail).

Tableau 3

Répartition des informateurs-clés (N=16) selon différentes caractéristiques

Caractéristiques	Nombre d'informateurs-clés
Territoire de CLSC	
Orléans	4
Jacques-Cartier	4
Mercier-Est/ Anjou	4
Rosemont	4
Genre	
Féminin	12
Masculin	4
Organisation	
CLSC	11
Centre jeunesse	1
CPE	1
Organisme communautaire	3
Type de poste occupé	

Intervenant	6
Gestionnaire	7
Organisateur communautaire	3

Matériel

Le schéma d'entrevue utilisé auprès des informateurs-clés a été développé pour les besoins de la présente étude en s'appuyant sur les modèles théoriques existants (voir Annexe D). Il comporte 17 questions et sous-questions réparties en trois grands thèmes. L'entretien débute avec des questions générales concernant la communauté et portant sur les caractéristiques de la population, les forces de la communauté et les enjeux actuels au sein de celle-ci. Les questions subséquentes sont destinées à comprendre à quel point la communauté est préoccupée par la problématique de la maltraitance en comparaison à d'autres enjeux socio-sanitaires pouvant la toucher. L'informateur-clé est ensuite amené à livrer son point de vue sur la capacité et la volonté à agir en prévention de la maltraitance dans la communauté. C'est aussi le moment de discuter des facteurs qui influencent, soit favorablement ou défavorablement, la capacité et la volonté d'agir. Pour soutenir cette partie de l'entrevue, une figure est présentée au répondant. Cette figure, présentée à l'Annexe E, correspond à quelques adaptations près au modèle de Mikton et al. (2011). Deux dimensions y ont été ajoutées : *histoire de la communauté* et *leadership*. Il était postulé que la dimension *histoire* permettrait de mieux comprendre les éléments du passé ayant pu mener à la situation actuelle en termes de disposition à agir. Les expériences de collaboration, d'implication communautaire et de mise en place de programmes de prévention, notamment en regard des succès et des échecs passés, pourraient avoir une grande influence sur la perception d'efficacité actuelle de la communauté et sont considérés comme des éléments importants de la disposition à agir (Feinberg, Greenberg, Osgood, Anderson, & Babinski, 2002; Goodman et al., 1998). Le *leadership* est considéré dans le modèle de Mikton (2011) comme une sous-dimension de la dimension *volonté*. Cependant, étant donné l'importance accordée à cet élément par de nombreux auteurs (Feinberg et al., 2002; Oetting et al., 1995), il a été jugé préférable d'en faire une dimension à part entière.

Par ailleurs, certaines dimensions jugées moins cruciales ont été retirées. C'est le cas des dimensions *volonté* et *connaissances en ce qui concerne la maltraitance envers les*

enfants et sa prévention. La dimension *volonté* est questionnée directement pendant l'entrevue dans une optique de préoccupation pour les intérêts de la communauté et en accord avec la place prépondérante accordée à la volonté dans la conception de la disposition à agir de certains auteurs (Anderson et al., 2004). La dimension *connaissance* recoupe une autre dimension retenue : *données et informations disponibles*.

Au besoin, l'intervieweuse définit verbalement les termes de la figure à partir des définitions présentées à l'Annexe F. Il est question, en fin d'entrevue, du type d'accueil qu'offrirait la communauté à un nouveau programme de prévention de la maltraitance et des éléments auxquels les promoteurs du programme devraient être sensibles afin d'en favoriser l'implantation. Le schéma d'entrevue a été prétesté auprès d'une personne volontaire répondant aux critères de l'étude. Ce pré-test a permis d'ajuster le schéma duquel une question redondante a été retirée.

Procédure

Dans le cadre de l'analyse des besoins des ressources et de la disposition à agir des communautés, les directeurs des organismes ou les chefs d'équipes concernés ont été informés de l'étude par la poste. Un contact téléphonique a ensuite été réalisé afin de vérifier leur accord à y participer et à ce que leur personnel soit recruté. S'ils étaient d'accord, ils avaient alors la responsabilité d'inviter les membres de leur organisme ou de leur équipe à remplir un questionnaire sur une base volontaire et de le remplir eux-mêmes.

Les informateurs-clés interrogés dans le cadre de la présente étude ont été recrutés parmi les répondants au questionnaire à l'aide d'un feuillet annexé (voir Annexe G). Ce feuillet explique ce qu'est un informateur-clé : « Vous avez une connaissance approfondie de votre communauté (caractéristiques, enjeux, défis, forces) ? Vous y êtes impliqué-e activement ? Vous avez une certaine influence sur les décisions qui s'y prennent ou les activités qui s'y déroulent ? ». Les participants ont été invités à remplir et à renvoyer le feuillet s'ils considéraient correspondre à cette description et étaient intéressés à participer aux entrevues. Le participant pouvait déposer le feuillet à la poste et le faire parvenir à l'équipe de recherche indépendamment du questionnaire afin d'en préserver l'anonymat. Les participants s'étant portés volontaires ont été contactés par la responsable de la présente étude afin de vérifier si la personne représentait un bon informateur-clé, d'expliquer les modalités et de fixer un rendez-vous. 21 informateurs-clés se sont portés volontaires au total. Parmi eux, quatre informateurs-clés ont été retenus au sein de chacune des

communautés. Les informateurs-clés provenant d'organisations différentes et occupant divers types de postes dans chacune des communautés ont été sélectionnés en priorité. Typiquement, ceux qui n'ont pas été retenus faisaient partie de la même organisation et occupaient un poste semblable à celui d'un autre informateur-clé s'étant porté volontaire dans leur communauté.

Les entrevues se sont déroulées en une seule rencontre de 50 à 150 minutes avec chacun des informateurs. Les informateurs-clés ont choisi le moment et le lieu qui leur convenait le mieux, soit le milieu de travail pour l'ensemble d'entre eux. Les entrevues ont été réalisées dans des locaux permettant de répondre aux conditions requises par l'éthique et notamment de préserver la confidentialité des propos. Les informateurs-clés ont reçu à l'avance, par courriel, le formulaire de consentement de même qu'une fiche informative leur permettant de réfléchir et de se préparer aux questions de l'entrevue (voir Annexe H). Lors de l'entrevue, la personne responsable expliquait les modalités de l'étude, obtenait le consentement du participant et lui faisait signer le formulaire. Les entrevues ont été réalisées en suivant les questions du schéma d'entrevue, enregistrées sur support audio et transcrites intégralement. Les données ont été traitées de manière confidentielle.

Stratégie d'analyse qualitative

Selon Miles et Huberman, (2003) « [Les données qualitatives] permettent des descriptions et des explications riches et solidement fondées de processus ancrés dans un contexte local » (p.11). Cela s'avère particulièrement pertinent en regard des questions de la présente étude. En outre, les méthodes qualitatives sont recommandées afin d'étudier la disposition à agir des communautés puisqu'elle permettent de rendre compte de la complexité de l'enjeu étudié et d'identifier les besoins spécifiques des communautés (Kesten et al., 2015).

L'analyse qualitative peut s'appuyer sur des méthodes formalisées, par exemple la théorie ancrée (Strauss, 1990) ou la phénoménologie (van Manen, 1990), mais elle peut aussi relever d'une méthode générale (Blais & Martineau, 2006; Thomas, 2006). Dans le cadre de la présente étude, cette seconde option a été privilégiée puisqu'elle permet de sélectionner diverses procédures adaptées aux besoins spécifiques de l'étude : « L'analyse qualitative, comme acte de résolution de l'intrigue de la recherche [...] peut s'exercer de manière générique, puisant librement à un ensemble de postures, de gestes, d'opérations,

avec un dosage et selon une séquence adaptée aux besoins de l'enquête » (Paillé & Mucchielli, 2012, p.31).

Paillé et Mucchielli (2012) soulignent que : « Le rapport aux théories, et au théorique en général, est un point sensible en analyse qualitative » (p.117). Certains auteurs défendent une posture majoritairement inductive et déconseillent l'adoption de cadre théorique à priori (Strauss, 1990). D'autres défendent une posture impliquant des aspects déductifs et soulignent qu'il demeure nécessaire de fonder la recherche sur les connaissances existantes (Miles & Huberman, 2003). Dans la majorité des cas, le chercheur doit trouver un juste équilibre qui lui permet de s'appuyer sur les recherches antérieures et les théories qui en découlent et de demeurer ouvert aux aspects nouveaux ou spécifiques qui émergent des données récoltées (Paillé & Mucchielli, 2012). Dans le cadre de la présente étude, un modèle de la disposition à agir spécifiquement adapté au domaine de la prévention de la maltraitance envers les enfants a été sélectionné et légèrement modifié afin de guider la collecte de données et les analyses (Mikton et al., 2011). Une représentation du modèle a été présentée aux participants afin de les amener à élaborer et les dimensions du modèle ont été reprises à titre de grille d'analyse initiale. Miles et Huberman (2003) encouragent l'usage de canevas de recherche préstructurés dans certains contextes. Ils soulignent que : « Des canevas de recherche structurés apportent également clarté et délimitation du sujet » (p.39). Par ailleurs, les études qui effectuent des comparaisons requièrent un niveau de structure plus élevé afin de couvrir des enjeux similaires d'un site à l'autre (Arthur & Nazroo, 2003). L'adoption d'une grille d'analyse initiale est donc un choix pertinent dans le cadre de la présente étude. Cependant, l'adoption d'un cadre théorique à priori peut limiter les possibilités d'identifier des résultats nouveaux ou spécifiques au contexte étudié.

Les analyses ont été réalisées sans l'aide d'un logiciel. La nomenclature de Paillé et Mucchielli (2012) est employée afin de rendre compte des étapes de l'analyse. Ces auteurs définissent plusieurs outils associés au classement d'un contenu en fonction de divers niveaux de précision et d'abstraction. Certains de ces outils peuvent se classer du plus large au plus précis, soit la *rubrique*, le *thème* et l'*énoncé*. Sur un autre plan, la *catégorie conceptualisante* permet un niveau d'abstraction plus élevé et une amorce de théorisation. Ces termes sont repris et définis dans les paragraphes suivants qui décrivent les stratégies d'analyse utilisées afin de répondre à chacune des questions de recherche.

(1) Comment se présente chacune des communautés étudiées en ce qui concerne la disposition à agir en prévention de la maltraitance ? La première question de recherche est essentiellement descriptive. Les données ont subi une première étape de classement à l'aide de la grille d'analyse initiale (voir Annexe F). Cette grille reprend les dimensions de la disposition à agir, utilisées à titre de rubriques. « La rubrique renvoie à ce dont il est question dans l'extrait du corpus faisant l'objet de l'analyse, mais ne renseigne en aucune façon sur ce qui a été dit à ce propos. » (Paillé & Mucchielli, 2012, p.18). L'utilisation de rubriques permet de procéder à un classement préliminaire des données pour en faciliter l'analyse. Une rubrique *Autre* a été créée afin de conserver les extraits d'entrevue qui ne correspondaient à aucune des rubriques initiales. Le classement des segments d'entrevue en fonction de cette grille a été appliqué pour chacune des entrevues sur un document distinct. Une fois ce classement effectué, les documents associés aux entrevues effectuées dans la même communauté étaient fusionnés.

Dans le document fusionné, des énoncés ont été développés à partir des extraits pertinents. « L'énoncé renvoie à ce qui est soulevé, mis en avant, communiqué, exposé, décrit, raconté, etc. dans l'extrait du corpus correspondant. [...] l'énoncé permet de résumer, synthétiser ou reformuler un extrait » (Paillé & Mucchielli, 2012, p.19). L'énoncé est un outil qui permet de réduire les données en préservant au maximum la teneur des propos étudiés. Sans parler à proprement dit d'approche phénoménologique, cette étape s'est effectuée selon une modalité phénoménologique, c'est-à-dire que l'analyse s'est attardée aux : « phénomènes qui se donnent dans la conscience des acteurs, tels qu'ils se donnent, comme ils se donnent. » (Paillé & Mucchielli, 2012, p.31-32).

Des documents distincts pour chacune des communautés ont été rédigés sous un format de texte suivi (Analyse verticale de chacune des communautés). Ceux-ci permettaient de décrire de façon très détaillée chacune des communautés à l'égard de la disposition à agir en prévention de la maltraitance. L'ensemble de ces documents ont été soumis à la directrice de recherche et l'un d'eux a aussi été soumis à un membre du comité d'encadrement. Cette étape a permis une validation de la classification du matériel de même qu'une vérification de la justesse des énoncés choisis pour rendre compte des extraits associés.

(2) Quelles sont les similarités et les différences entre les communautés étudiées en regard de leur disposition à agir en prévention de la maltraitance ? La

deuxième question de recherche est de nature comparative. Des procédés relevant de l'analyse thématique ont été utilisés afin d'identifier des thèmes ressortant des données. (Braun & Clarke, 2006). « Le thème renvoie à ce qui est abordé dans l'extrait du corpus correspondant tout en fournissant des indications sur la teneur des propos [...] Le thème permet à la fois d'étiqueter et de dénoter un extrait. » (Paillé & Mucchielli, 2012, p.19). En termes de précision, le thème se situe à mi-chemin entre la rubrique et l'énoncé. Afin de définir les thèmes, les énoncés apparentés retenus au sein de chacune des communautés ont été comparés et regroupés. Les données ont ensuite été revues afin de vérifier si les thèmes permettaient d'en rendre compte.

Les thèmes dégagés ont ensuite été utilisés afin de créer des tableaux comparatifs pour les différentes communautés. Ces tableaux s'apparentent à des tables de contrastes dont l'usage est recommandé par Miles et Huberman (2003). Dans ces tableaux, chacune des lignes étaient associées à un thème et chacune des colonnes associées à une communauté. La présence d'un thème au sein de la communauté était indiquée par un crochet dans la case correspondante. Un exemple est fourni en Annexe I. La convergence ou la divergence des propos des informateurs à l'intérieur d'une même communauté était aussi vérifiée. Très peu de différences ont été relevées entre les quatre communautés.

(3) Est-il possible de dégager des catégories permettant de rendre compte du portrait de la disposition à agir des communautés étudiées en regroupant dans un modèle plus simple les dimensions initialement retenues ? Les analyses réalisées afin de répondre à la troisième question de recherche se sont basées sur le matériel mis en commun des quatre communautés étudiées. Les tableaux comparatifs réalisés à l'étape précédente ont été réutilisés afin de faciliter la synthèse et de dégager des tendances dans les propos des informateurs-clés. À ce stade-ci, des documents existants ont été consultés (publications gouvernementale, littérature scientifique ...) afin d'opérer une triangulation des sources de données. Lorsque pertinent, les données provenant des entrevues et celles provenant des documents disponibles ont été comparées à l'aide de tableaux et les points saillants ont été intégrés au rapport.

La troisième question de recherche avait pour but de générer des résultats de nature explicative. Afin de répondre à cette question, l'analyse a été poursuivie afin de dégager des catégories conceptualisantes : « [la catégorie] renvoie, de façon précise à la désignation substantive d'un phénomène apparaissant dans l'extrait du corpus analysé. [...] Elle permet

d'aller au-delà du simple relevé de contenu pour toucher à la théorisation même des phénomènes. » (Paillé & Mucchielli, 2012, p.20). Ces catégories ont été développées dans un processus de co-construction impliquant la directrice de recherche. Les différentes rubriques et les thèmes associés ont ensuite été révisés et réorganisés en fonction de ces catégories, et ce, afin de faire ressortir les éléments qui soutiennent ou font obstacle à l'action.

Stratégies pour accroître la validité

Afin de s'assurer d'une bonne validité des résultats de la recherche, certaines stratégies proposées par Lincoln et Guba (1985) ont été utilisées. La justesse des interprétations du matériel a été vérifiée en recourant aux rétroactions d'autres chercheurs, soit la directrice de recherche notamment dans le cadre des rencontres de supervision et une chercheure membre du comité d'encadrement dans le cadre d'un séminaire évolutif additionnel. Aussi un journal de bord était tenu afin de noter certains questionnements, des pistes de réflexions, des intuitions et certains choix concernant les analyses. La consultation de documents existants a permis une triangulation méthodologique entendu comme : « une stratégie de recherche au cours de laquelle le chercheur superpose et combine plusieurs techniques de recueil de données afin de compenser le biais inhérent à chacune d'entre elles. » (Paillé & Mucchielli, 2012, p.285). Malheureusement, le déroulement de la recherche n'a pas permis d'effectuer une validation des conclusions auprès des participants.

Résultats et discussion

La présente étude vise à fournir un portrait détaillé de l'état de la disposition à agir en prévention de la maltraitance de quatre communautés québécoises préalablement à la mise en place d'une stratégie préventive multiniveaux. Plus précisément les questions qui ont guidées la présente étude sont les suivantes : 1) Comment se présentent chacune des communautés étudiées en ce qui concerne la disposition à agir en prévention de la maltraitance ? 2) Quelles sont les similarités et les différences entre les communautés étudiées à cet égard ? 3) Est-il possible de dégager des catégories permettant de rendre compte du portrait de la disposition à agir des communautés étudiées en regroupant dans un modèle plus simple les dimensions initialement retenues ?

Les résultats de la présente étude n'identifient aucune différence majeure entre les communautés, et ce, aussi bien à l'égard de la disposition à agir en général qu'à l'égard d'une dimension spécifique de la disposition à agir. Les différences d'une communauté à l'autre n'étaient pas plus marquées que les différences d'un informateur à l'autre à l'intérieur d'une même communauté. Toutefois, il faut considérer que la méthode utilisée comprend certaines limites en regard de cette question de recherche dont il sera question dans la section limites de l'étude. Étant donné l'absence de différences identifiées entre les communautés, les résultats sont rapportés globalement.

La présente étude a permis de dégager trois grandes catégories afin de rendre compte du portrait de la disposition à agir des communautés étudiées. La présentation des résultats est structurée en fonction de ces trois catégories au sein desquelles sont réparties les dimensions de la disposition à agir étudiées. Rappelons que ces dimensions s'appuient sur le modèle de Mikton et al. (2011) (voir Annexe E et Annexe F). Les trois catégories dégagées sont les suivantes : (1) le contexte, (2) le moteur de l'action et (3) les appuis et les leviers. Le contexte rend compte de la réalité actuelle des communautés en termes de prévention de la maltraitance de même que des éléments avec lesquels il est nécessaire de composer dans ce domaine. Cela comprend les dimensions suivantes : a) les caractéristiques des communautés, b) la position des informateurs-clés à l'égard de la prévention de la maltraitance et c) les programmes et pratiques actuels. Le moteur de l'action correspond aux éléments qui permettront de démarrer ou de renforcer un mouvement, c'est-à-dire : a) le leadership et b) le réseautage, le partenariat et la collaboration. Les appuis et les leviers renvoient aux aspects qui soutiennent l'action. Ils

correspondent aux dimensions suivantes : a) les mandats, b) les données et les informations disponibles, c) les ressources matérielles et financières et d) les ressources humaines compétentes. Les appuis motivent et légitiment l'action (mandats et données) alors que les leviers permettent de conférer une puissance d'impact à cette action (ressources financières et humaines).

Le contexte

Le contexte renvoie aux éléments donnés de la réalité des communautés. Ces éléments constituent tantôt des forces tantôt des obstacles avec lesquelles il est nécessaire de composer et auxquels il est parfois possible de s'adapter.

Caractéristiques des communautés

Les territoires de chacune des communautés ne sont pas homogènes, d'un secteur à l'autre, du point de vue de la vulnérabilité des familles. Dans chacune des communautés, les informateurs-clés rapportent la présence de secteurs, plus ou moins étendus, au sein desquels sont établis des populations plus défavorisées. Les informateurs-clés sont préoccupés par les inégalités sociales et les enjeux liés aux conditions de vie de ces populations. La pauvreté est d'ailleurs un facteur de risque reconnu de la maltraitance (Clément, Dufour, & Baril, 2009; Drake & Jonson-Reid, 2014).

En ce qui concerne les ressources sociales informelles, le climat est décrit comme individualiste bien que les populations seraient en mesure de se mobiliser pour certains enjeux spécifiques tels que le maintien de services de proximité. La force des liens interpersonnels est décrite comme variable d'un secteur à l'autre sur les différents territoires. Sur les territoires de la Capitale-Nationale regroupant à la fois des portions rurales et urbaines, les informateurs-clés rapportent que les liens interpersonnels sont plus forts dans les secteurs ruraux, mais qu'il est plus facile de s'intégrer pour les nouvelles personnes qui s'installent en banlieue ou dans les secteurs urbains.

De façon générale, les informateurs-clés considèrent que les services sont peu accessibles notamment pour les familles vulnérables. Ils évoquent certaines caractéristiques propres aux services eux-mêmes : délais d'attente importants pour l'accès à différents types de professionnels (médecin, psychologues, orthophonistes ...). Les informateurs-clés attribuent cette offre de services limitée à des coupures budgétaires et parfois aux fusions des CLSC. Les services de répit et les places en garderie sont aussi

identifiés comme limités. De plus, dans les territoires semi-urbains, l'étendue du territoire et les limites du transport en commun sont évoquées comme des freins à l'accessibilité des services. Dans les territoires urbains ou les portions de territoires plus urbanisées, les informateurs-clés perçoivent tout de même des freins à l'accessibilité des services tels que les frais impliqués dans les déplacements ou les difficultés pratiques du transport en commun avec de jeunes enfants. Les familles vulnérables seraient particulièrement touchées par ces obstacles.

Communauté définie par le territoire du CLSC Orléans

Les informateurs-clés notent des enjeux de transport dans le secteur Montmorency et sur la côte de Beauport où le transport en commun est insuffisant, voire inexistant. Ils rapportent un taux élevé de problèmes de santé mentale dans le secteur Giffard, à proximité de l'Institut universitaire en santé mentale. Peu d'immigrants seraient présents sur le territoire, mais les informateurs-clés témoignent tout de même d'un souci pour leur intégration. Historiquement, une particularité du territoire du CLSC Orléans est l'implication importante de l'ancienne ville de Beauport d'un point de vue culturel et social. Les organismes communautaires en santé et services sociaux se seraient développés plus tardivement avec le soutien du CLSC. Encore aujourd'hui, les informateurs-clés déclarent que les organismes communautaires en santé et services sociaux sont peu nombreux en comparaison avec les autres types d'organismes (culturels ou de loisirs) et en comparaison à d'autres territoires de la Capitale-Nationale.

Communauté définie par le territoire du CLSC Jacques-Cartier

Les informateurs-clés notent des enjeux de transport dans le secteur de Val-Bélair qui combine éloignement géographique des services, lacunes du transport en commun et précarité financière dans la population. Les informateurs-clés rapportent la fermeture de deux points de services du CLSC sur le territoire et le rapatriement des services à l'hôpital Chauveau, ce qui rendrait l'accès aux services du CLSC plus difficile particulièrement pour la population de Val-Bélair et de Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier. La population du territoire présente certaines particularités étant donné la présence de la base militaire de Valcartier et de la réserve autochtone de Wendake. Les informateurs-clés soulignent que les populations autochtones et militaires présenteraient des caractéristiques particulières dont il faut tenir compte en contexte d'intervention. La juxtaposition de plusieurs couches d'autorité locales (ville de Québec, différentes MRC, base militaire et réserve amérindienne)

multiplierait les interlocuteurs à consulter lors de la mise en place de projets et pourrait complexifier ceux-ci.

Communauté définie par le territoire du CLSC Mercier-Est/Anjou

Les informateurs-clés décrivent les populations des territoires de Mercier-Est et d'Anjou comme deux communautés distinctes d'un point de vue social et démographique. Mercier-Est est un quartier de l'arrondissement Mercier-Hochelaga-Maisonneuve alors qu'Anjou a été une municipalité indépendante avant les fusions municipales à Montréal. Mercier-Est a longtemps été un quartier au sein duquel peu d'immigrants s'établissaient alors que davantage d'immigrants sont établis à Anjou. Mercier-Est est moins favorisé d'un point de vue socio-économique qu'Anjou et les taux de signalements pour maltraitance y sont plus élevés. Mercier-Est et Anjou présentent des enjeux géographiques : Mercier-Est est enclavée par une voie ferrée alors que le territoire d'Anjou est traversé par des autoroutes. Le transport en commun est peu adéquat pour certains trajets et il y a des difficultés d'accès aux services des organismes communautaires concentrés dans un secteur d'Anjou. L'implication citoyenne et l'entraide dans le voisinage serait plus importante à Mercier-Est qu'à Anjou. Les services communautaires seraient mieux structurés, se chevaucheraient moins et collaboreraient davantage à Mercier-Est qu'à Anjou. À Anjou, il y aurait une histoire de chevauchement de missions et de compétition entre les différents organismes. Toutefois, récemment, ces problèmes de mandats se seraient atténués.

Communauté définie par le territoire du CLSC Rosemont.

À Rosemont, le transport en commun semble relativement adéquat bien que le coût puisse demeurer un frein aux déplacements pour les populations défavorisées. Les informateurs-clés discutent de la gentrification du vieux Rosemont qui entraînerait un problème d'accès au logement puisque certains locataires seraient expulsés lors de la transformation d'appartements en condominiums. Cela entraînerait aussi le déplacement vers l'est des populations défavorisées et une difficulté pour les organismes communautaires, davantage situés dans l'ouest, à rejoindre cette clientèle. Actuellement, de plus en plus de familles s'établissent dans Rosemont.

Position des informateurs-clés à l'égard de la prévention de la maltraitance

En ce qui concerne le contexte des communautés, il s'avère important de tenir compte de la position des acteurs sur le terrain en regard de la prévention de la maltraitance. Les informateurs-clés expriment généralement une préoccupation pour le bien-être des enfants : « La maltraitance, c'est préoccupant parce que c'est des enfants, ça me touche,

c'est des êtres humains vulnérables ces enfants-là ». Ils expriment aussi la volonté de prévenir la maltraitance et y perçoivent des avantages : « Si tu diminues la maltraitance, tu augmentes la capacité de l'individu à s'inscrire dans ses études, dans sa vie, en tout cas tu participes à améliorer grandement son quotidien. »

Lorsqu'ils sont questionnés sur les éléments qui les motiveraient à agir en prévention de la maltraitance, les informateurs-clés s'appuient sur les informations qu'ils connaissent. Par exemple, ils invoquent la prévalence élevée de maltraitance sur leur territoire : « Oui, c'est un enjeu préoccupant, c'est sûr, parce que c'est [sur notre territoire] qu'il y a le plus de signalements, d'après ce qu'on a compris du rapport du Centre jeunesse. Donc c'est préoccupant de voir qu'il y a un problème de ce côté. » Ils pourront aussi souligner la présence de facteurs de risque sur leur territoire : « Ce n'est pas un quartier particulièrement favorisé. Dans une perspective de santé publique, de prévoyance, on sait que dans des milieux socioéconomiques plus faibles il y a de plus grands risques, alors je pense que ça pourrait justifier de la prévention. » Enfin d'autres informateurs-clés invoquent les conséquences potentielles de la maltraitance pour justifier des actions en prévention : « C'est clair que ça devrait être une priorité. Je pense que la maltraitance induit aussi un ensemble de conséquences chez les enfants qui sont maltraités [...]. Alors c'est sûr que si on peut favoriser le fait de soutenir cette clientèle-là, on est dans une perspective de minimiser les impacts futurs. »

Les propos des informateurs-clés laissent aussi entendre qu'ils perçoivent un besoin chez les parents à risque de maltraitance pour des interventions préventives, de type éducatif par exemple : « Moi, je pense que ça va être bien reçu parce que tout le monde a à cœur le bien-être des enfants, même ceux qui les maltraitent. Ils ne sont pas conscients nécessairement des impacts que ça peut avoir. » « Ils sont négligents, mais ce n'est pas de la mauvaise volonté, il y en a qui ne savent pas, donc il faut un peu les éduquer là-dedans. »

Les informateurs-clés identifient toutefois certains enjeux liés à la culture des milieux. En lien avec ces enjeux, il est suggéré d'adapter le langage employé à la philosophie d'intervention des organisations impliquées.

C'est délicat aussi dans le milieu communautaire de parler de compétence parentale, eux-mêmes y trouvent ça horrible entendre ça, parce que, pour eux, les parents, les citoyens, les personnes sont compétentes. C'est un langage qui n'est pas adéquat, donc développer des habiletés... même parler d'habiletés

parentales, c'est quasiment dérangeant, donc on est loin de parler de négligence, de maltraitance et d'abus, mais la préoccupation est là, ça va répondre à un besoin.

Globalement, il demeure que les informateurs-clés affirment une volonté de prévenir la maltraitance, favorable à l'implantation de pratiques préventives.

Programmes et pratiques actuels

Les informateurs-clés rapportent un certain nombre de programmes structurés et de services existants pouvant agir en prévention de la maltraitance. Les principaux programmes sont les suivants : (1) les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE), (2) le Programme périnatal de prévention du syndrome du bébé secoué (PPPSBS) ainsi que (3) le programme cadre en négligence.

Les SIPPE ont comme objectif général de supporter les familles vulnérables de façon à favoriser le développement des enfants de 0 à 5 ans. L'abus et la négligence envers les enfants comptent parmi les problèmes de santé et les problèmes psychosociaux dont les SIPPE visent la prévention. Ces services comportent deux composantes. La première, l'accompagnement des familles, comprend notamment un suivi individualisé dans le cadre de visites à domicile. La seconde, la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être, vise à soutenir des actions collectives au niveau local, régional et national par la mobilisation d'acteurs de différents secteurs tels que celui de la santé, de l'environnement ou de la solidarité sociale (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004).

Le PPPSBS vise à améliorer les connaissances des parents concernant les pleurs du nourrisson, la gestion de la colère et les dangers associés au fait de secouer un bébé, ainsi qu'à favoriser l'adoption de stratégies d'adaptation appropriées par les parents face aux pleurs (Fortin, Frappier, & Déziel, 2011).

Quant au programme cadre en négligence, il ne réfère pas à un programme d'intervention spécifique mais constitue davantage un cadre de référence global à partir duquel les différents milieux implantent des interventions diverses. Les programmes cadres sont développés dans chacune des régions du Québec en réponse à l'objectif suivant, identifié dans le Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services Sociaux (2010) : « Intervenir de façon concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté » (p.27). Il s'agit donc

d'intervention en contexte de négligence dont la visée est davantage curative que préventive. Ces programmes cadres auraient d'ailleurs été élaborés afin de fournir des services aux familles aux prises avec la négligence qui recevaient jusqu'alors des services des SIPPE, mais dont les SIPPE ne pouvaient répondre à l'ensemble des besoins (Therrien et al., 2011).

Gagné, Richard et Dubé, (2015) recensent seulement six programmes structurés de soutien à la parentalité ayant été évalués au Québec. Les SIPPE et le PPPSBS figurent parmi ces programmes. Selon les évaluations réalisées, les visites à domicile offertes dans le cadre des SIPPE auraient un effet positif sur les pratiques parentales et réduiraient les risques de maltraitance dans les familles où la mère est âgée de moins de vingt ans et dans les familles où la mère vit en contexte de vulnérabilité. Cependant, il est impossible de statuer sur l'efficacité des visites à domicile dans les familles où un des parents présente une dépendance à l'alcool/aux drogues, un problème de santé mentale, une déficience intellectuelle, ou est reconnu comme maltraitant (Beauregard, Poissant, & Comeau, 2010). Le PPPSBS permet aux parents d'augmenter leurs connaissances à l'égard du syndrome du bébé secoué et d'identifier des stratégies de gestion de la colère associées aux pleurs des nourrissons. Toutefois, l'état actuel des études ne permet pas de conclure à une réduction de l'incidence du syndrome du bébé secoué et peu de données sont disponibles quant aux effets du programme chez les minorités culturelles et les populations vulnérables (Goulet et al., 2009).

Par ailleurs, les informateurs-clés nomment un certain nombre d'organismes impliqués auprès des familles et susceptibles de jouer un rôle en prévention de la maltraitance, selon eux. Outre les écoles primaires, les CPE et les regroupements Avenir d'enfants, présents sur tous les territoires, les informateurs-clés nomment aussi des ressources spécifiques à leurs territoires, de même que des organismes présents à proximité de leur territoire ou ayant une mission régionale. Ceux-ci sont présentés dans le Tableau 4.

Tableau 4

Organismes impliqués auprès des familles en fonction des territoires

Territoire	Organismes	Services auprès des familles
CLSC Orléans	Matinées-Frimousses	Activités de loisirs, conférences et groupes d'entraide pour les enfants et leurs parents
	Le Pivot (centre communautaire)	Activités de loisirs et répit pour les familles vivant une situation difficile ou ayant un enfant avec un trouble de comportement
	Ressource familiale la vieille caserne de Montmorency (RE-FA-VIE)	Activités visant à briser l'isolement, améliorer les conditions de vie et renforcer les compétences parentales
	Ressource familiale Côte-de-Beaupré	Activités et services visant à soutenir les habiletés parentales et à favoriser le développement des enfants 0-12 ans : Ateliers parent-enfant, joujouthèque, halte-garderie communautaire etc.
CLSC Jacques-Cartier	Centre de la famille de Valcartier	Soutien psycho-social et services de loisirs offerts aux militaires et à leur famille
	Maison de la Famille St-Ambroise	Services de consultations individuelles, de couple et familiales, ateliers et conférences portant sur différents thèmes
	Projet les Matinées-énergie	Activité parent-enfant visant à favoriser le développement moteur des enfants et le soutien entre parents
Hors des territoires étudiés (Capitale-Nationale)	Entraide-Parents (mission régionale)	Soutien téléphonique, conférences et groupes d'entraides offerts afin de soutenir les parents dans leur rôle
	Les Relevailles (mission régionale)	Soutien à l'adaptation au rôle parental pour les parents d'enfants de 0 à 5 ans
	Mères et Mondes (situé à proximité du territoire du CLSC Orléans)	Soutien offert aux jeunes mères en situation de précarité financière afin d'améliorer leurs conditions de vie, de briser l'isolement et de favoriser une démarche de réinsertion scolaire et professionnelle

	Le Petit répit (situé à proximité du territoire du CLSC Orléans)	Soutien à domicile pour les parents d'enfant de 0 à 17 ans
CLSC Mercier-Est/Anjou	La maison des jeunes l'Antre-jeunes	Projet la toile d'araignée : intervention de milieu offrant des services aux jeunes et aux familles dans les HLM
	La Maison des familles	Soutien aux familles par des ateliers, conférences et activités parents-enfants
	Centre Humanitaire d'Organisation de Ressources et de Référence d'Anjou (CHORRA)	Soutien à l'intégration des immigrants
	Service d'aide communautaire d'Anjou (SAC-Anjou)	Lutte à la pauvreté et services aux familles (ateliers de cuisine, halte-garderie etc.)
CLSC Rosemont	Alternative-Naissance	Service de relevailles et soutien post-natal à domicile
	Appartements Augustine-Gonzalez	Soutien aux mères en difficulté
	Carrefour communautaire de Rosemont l'Entre-gens	Services sociocommunautaires et de loisirs
	Carrefour familial L'Intermède	Services aux familles avec enfants de 0 à 5 ans
	CooPère	Soutien aux habiletés parentales pour les pères
	Oasis des enfants	Lieu d'accueil, pour les enfants âgés de 5 à 12 ans, halte-garderie pour les enfants de 0 à 5 ans
Hors des territoires étudiés (Montréal)	Centre de réadaptation en dépendance de Montréal (mission régionale) :	Projet pilote sur les compétences parentales

Note. Cette liste comprend l'ensemble des organismes rapportés par les informateurs-clés, mais elle pourrait ne pas être exhaustive.

Ainsi, plusieurs organismes s'impliquent auprès des familles dans les différentes communautés. Cependant, aucun ne vise explicitement la prévention de la maltraitance, comme le souligne cet informateur-clé : « Ce n'est jamais nommé : *Prévention de la maltraitance*, c'est tout le temps, dans le fond, pour aider... ». Selon les informateurs-clés, le tabou associé à la maltraitance contribue à cette absence d'interventions et de projets visant explicitement sa prévention : « Je pense que c'est surtout un tabou [...] Rentrer dans la zone grise, sombre de l'humanité c'est toujours un peu dérangeant [...] Pour moi, c'est une des raisons pour lesquelles le mot n'est même pas utilisé. »

Certains informateurs-clés déclarent que les services cités pourraient avoir le potentiel de prévenir la maltraitance en agissant sur certains de ses facteurs de risque même si cela ne constitue pas explicitement un objectif. Gagné et al. (2015) identifient les caractéristiques des programmes de soutien au rôle parental ayant le potentiel d'agir en réduisant certains facteurs de risques de la maltraitance. Ces caractéristiques sont présentées à l'Annexe J. Les interventions effectuées par les organismes identifiés possèdent souvent plusieurs de ces caractéristiques. Certaines activités offrent un répit aux parents par un service de halte-garderie. D'autres visent à soutenir les parents en ce qui concerne leurs difficultés personnelles ou à agir plus spécifiquement sur les compétences parentales. Enfin, plusieurs de ces activités ont une composante de valorisation du rôle parental et offrent des opportunités de renforcer les liens d'attachement par des activités parents-enfants. À ce propos, une informatrice souligne ceci en référence à une activité de loisirs et de soutien entre parents : « Je pense que d'un côté, ça renforce le lien parent-enfant, ça crée un réseau de soutien à ces familles-là, ils se donnent des trucs entre eux. »

Il demeure que certains informateurs-clés considèrent qu'il est nécessaire que l'intention de prévenir la maltraitance soit explicite afin que la démarche soit efficace : « Le terme ne circule pas et je n'irai pas jusqu'à dire que la préoccupation n'existe pas, mais on ne peut pas traiter quelque chose qu'on ne nomme pas. » De fait, prévenir adéquatement la maltraitance requiert des interventions réalisées dans ce but explicite, selon un modèle d'intervention adapté à cet objectif et mis en œuvre par les intervenants en toute connaissance de cause (Gagné et al., 2012).

À l'heure actuelle, il n'est pas possible de statuer sur l'efficacité des interventions en place à l'égard de la prévention de la maltraitance puisqu'elle n'est pas documentée. Il en est de même de l'impact de ces interventions à l'égard de leurs objectifs explicites, pouvant

toucher à des facteurs de risques ou de protection de la maltraitance : « La difficulté qu'on a, c'est qu'on monte des projets, mais l'évaluation se fait à la bonne franquette. »

En ce qui concerne les programmes et pratiques actuelles, une préoccupation centrale des informateurs-clés est la capacité à rejoindre les familles vulnérables. Leur volonté à cet égard est un aspect central de leur discours. C'est aussi un objectif officiel identifié dans les plans régionaux de santé publique de la Capitale-Nationale (2009)² et de Montréal (2011)³, de même qu'un défi reconnu dans la littérature (Axford, Lehtonen, Kaoukji, Tobin, & Berry, 2012).

Les informateurs-clés semblent engagés dans un processus de réflexion afin de mieux rejoindre ces familles et abordent des pratiques mises en place ou qu'ils souhaiteraient mettre en place dans cette optique. Celles-ci s'apparentent à des stratégies recommandées dans la littérature afin de favoriser le recrutement et la rétention des familles dans les programmes de développement d'habiletés parentales (Axford et al., 2012). Le Tableau 5 présente ces points de convergences.

Les informateurs-clés soulignent la pertinence de la mise en place de pratiques analogues à celles identifiées dans la littérature comme ayant le potentiel de favoriser l'engagement des familles au sein de programmes de développement des habiletés parentales. À ce propos, la mise en place de pratiques pour rejoindre une plus grande part de la population ou pour mieux rejoindre les groupes à risque est associée à un niveau de disposition à agir assez élevé. Dans le modèle de Oetting et al. (1995) elle survient au huitième stade sur les neuf stades (voir Annexe B). Toutefois il faut noter que les informateurs-clés notent de façon très fréquente que le manque de ressources financières est un frein à la mise en place de certaines de ces pratiques. Il en demeure qu'une action s'inscrivant clairement en prévention de la maltraitance pourra prendre appui sur cette volonté de rejoindre les familles vulnérables démontrée par les communautés.

² « Rejoindre davantage les clientèles ciblées et favoriser une offre de service en promotion-prévention intense et en continu » (p. 35)

³ « Améliorer l'accès et la qualité des services d'accompagnement et de soutien aux familles en contexte de vulnérabilité » (p. 29)

Tableau 5

Points de convergence entre la littérature et les propos des informateurs-clés quant aux stratégies pour rejoindre la clientèle

Thèmes identifiés par Axford et al. (2012)	Stratégies pour rejoindre la clientèle	Citations choisies des informateurs-clés
Communication et collaboration entre les organisations impliquées	Favoriser une participation accrue des différentes organisations impliquées	« Est-ce qu'on fait en sorte que le chapeau se promène d'organisme en organisme aux deux ans ? Ça peut être d'autres formules qui sont gagnantes pour s'assurer une implication de tous. »
	Favoriser une bonne communication et une collaboration entre les organisations impliquées	« Et on essaie, sur le territoire ici, de développer des partenariats privilégiés, pour justement favoriser l'accessibilité à certaines parties de la clientèle. »
Développement d'une relation avec les parents	Favoriser le développement d'un contact entre le parent et un nouvel intervenant	« On a vraiment ce souci-là d'accompagner les personnes vers les ressources communautaires, accompagner physiquement, y aller à quelques reprises. »
Accessibilité des services	Limiter les obstacles potentiels en ce qui concerne les horaires	« Juste nous, l'heure de nos activités est ultra-importante [...] à 19h30, il faut que les enfants soient couchés, c'est des tout-petits.»
	Limiter les obstacles techniques en fournissant du gardiennage, du transport ou la traduction des services	« [C'est un service] qui rejoint aussi les familles défavorisées. Ils ont pensé à des façons d'optimiser le transport, de créer des occasions de covoiturage, de payer des billets d'autobus, pour vraiment faciliter l'accès à ce service-là. »
	Situer les services dans un endroit accessible	« Bien évidemment si je pouvais décider, [...] mon bureau ne serait pas à mon CLSC, mon bureau serait quelque part entre l'école, le CPE et les organismes communautaires pour aller rejoindre la clientèle qui ne vient pas nécessairement me voir au CLSC. »

Accessibilité des services	Rendre les services culturellement appropriés	« [Il faut] s'adapter à la culture de la population auprès de laquelle on veut intervenir. » « Pour les familles immigrantes, on intègre la famille, même si c'est des endroits juste pour les femmes, si monsieur est au courant, tout le monde va plus cheminer. »
	Mettre de l'avant la composante de support interpersonnel	« Il y a une forme de soutien entre les parents et de partage et d'échange. Moi, c'est la méthode la plus efficace que j'ai vue. »
Prise en compte des préoccupations des parents	Prendre en compte les besoins perçus par les parents	« Dans cette famille-là, faire une analyse de leurs besoins, de leur situation et choisir avec eux. »
	Prendre en compte les craintes associées à la demande d'aide	« Puis, pour plusieurs, demander de l'aide, ce n'est tellement pas quelque chose qu'elles veulent faire, pour différentes raisons, soit elles sont trop gênées, d'autres ont peur que si elles demandent de l'aide, elles vont passer pour des mauvaises mères, puis là, imagine, la DPJ va débarquer. »

Bref, le contexte présente à la fois des éléments qui soutiennent et qui font obstacle à l'action. Des programmes et services pour les familles sont actuellement en place. Dans ce contexte, il importe de respecter ces pratiques tout en faisant valoir une préoccupation pour l'intégration de pratiques ayant une visée explicite et un impact mesurable en prévention de la maltraitance. Dans cette perspective, la position favorable à la prévention de la maltraitance exprimée par les informateurs-clés est un atout. Toutefois, le tabou lié à la maltraitance pourrait constituer un obstacle à la mise en place de pratiques préventives dans ce domaine.

Par ailleurs, l'accessibilité des services pour les clientèles vulnérables relève d'un défi majeur et il semble capital de mettre en place des mesures afin de leur en favoriser l'accès. Dans le contexte où les familles de certains secteurs apparaissent comme plus vulnérables en regard du risque de maltraitance, les interventions mises en place pourraient cibler plus étroitement ces secteurs précis. Les efforts importants actuellement déployés pour rejoindre les familles vulnérables peuvent aussi être mis à profit afin de favoriser l'accessibilité des nouveaux programmes mis en place.

Le moteur de l'action

Selon les données recueillies et l'analyse qui s'en dégage, le moteur de l'action en prévention de la maltraitance repose à la fois sur (a) le leadership et (b) le réseautage, le partenariat et la collaboration. Logiquement, ces deux dimensions devraient s'appuyer l'une sur l'autre et entraîner un mouvement par leur action conjointe.

Leadership

Le leadership en prévention de la maltraitance est susceptible d'être assumé par différents types d'acteurs : 1) les dirigeants élus, 2) les membres influents de la communauté et 3) les institutions.

Les propos des informateurs-clés diffèrent quant à l'implication des dirigeants élus au palier provincial. Certains affirment que la prévention de la maltraitance n'est pas traitée comme une priorité : « Est-ce qu'il y a une volonté politique ? Est-ce que ça fait partie de l'analyse gouvernementale cette problématique-là, ou on préfère dire qu'au Québec, tout va bien ? » D'autres soulignent que les mesures nécessaires à la prévention de la maltraitance ne sont pas mises en place : « Je pense que le vouloir est là, les sous, c'est autre chose. » Une seule informatrice mentionne qu'un leadership en prévention de la maltraitance est

assumé par le ministre de la Santé et des Services sociaux : « Oui, je sais qu'avec le docteur Hébert⁴ c'est dans les priorités, donc c'est pour ça qu'on voit émerger des recherches, du financement pour développer certains types de travail novateur : le partenariat entre le Centre jeunesse et le CSSS, il y a des projets pilotes qui voient le jour, on a de la formation nouvelle pour nos intervenants pour vraiment intervenir en prévention de la maltraitance. »

Le ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaissait dans le Programme national de santé publique (PNSP) de 2003-2012 qu'un leadership en prévention (incluant la prévention de la maltraitance) lui revenait (Gauthier & Langlois, 2008). En fonction des données recueillies dans le cadre de la présente étude, il semble pertinent de se questionner à savoir si le ministère assume réellement le leadership qui lui revient en prévention de la maltraitance et si oui, comment se fait-il qu'il passe inaperçu chez la plupart des informateurs-clés ? Au palier municipal, les informateurs-clés ne soulignent l'implication d'aucun élu en prévention de la maltraitance.

En ce qui concerne l'implication de membres influents dans la communauté, les informateurs-clés rapportent l'implication actuelle ou potentielle de la fondation Lucie et André Chagnon, à travers les regroupements locaux d'Avenir d'enfants. Les propos des informateurs-clés restent toutefois assez vagues : « Avenir d'enfants, je ne connais pas à 100% comment ils fonctionnent, mais je me dis que s'ils développent quelque chose... je sais qu'ils ont un coordonnateur, cette personne-là peut être un lien pour développer des choses, pour intégrer des projets. »

En ce qui concerne la présence d'institutions susceptibles d'assumer un leadership dans le domaine, le PNSP de 2003-2012 souligne la responsabilité en termes de leadership en prévention (incluant la prévention de la maltraitance) qui revient à l'Institut National de Santé Publique, aux agences de santé et de services sociaux⁵ et aux CSSS⁶ : « les acteurs de santé publique ont, d'une part, un leadership à exercer à leur palier respectif pour partager leur vision, mobiliser, réunir, agir. D'autre part, pour y parvenir, ils doivent miser sur l'ensemble des leviers d'action dont ils disposent comme membres du réseau de la

⁴ Réjean Hébert : Ministre de la Santé et des Services Sociaux de 2012 à 2014

⁵ Le projet de loi 10, adopté le 7 février 2015 a réalisé la fusion des agences de santé et de services sociaux avec les établissements publics de leur région pour créer les centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSSS) (Gouvernement du Québec, 2015).

⁶ Maintenant intégrés au CISSS/CIUSSS.

santé et des services sociaux. » (Gauthier & Langlois, 2008). Parmi ces leviers, le PNSP identifie : la responsabilité populationnelle, les rôles et responsabilités en santé publique, les nouvelles pratiques en surveillance, la coordination et la concertation en santé publique et les leviers administratifs.

Parmi les acteurs de la santé publique nommés dans le PNSP de 2003-2012, les informateurs-clés n'identifient que les CSSS/CLSC en tant que leader ou leader potentiel : « Le CLSC à un rôle de leadership à ce niveau-là ». Toutefois, le rôle de leadership qui revient au CLSC en prévention de la maltraitance ne semble pas réellement affirmé et appuyé sur un mandat précis à cet égard, mais plutôt déduit d'une mission plus large en santé et services sociaux : « C'est sûr qu'il faut qu'il y ait un leadership assumé quelque part pour mobiliser la communauté. Je pense que le CLSC devrait jouer un rôle majeur là-dedans, parce que c'est une organisation ayant un mandat en santé et services sociaux. » En ce qui concerne le leadership de l'Institut National de Santé Publique et des agences de santé et de services sociaux, il semble que les informateurs-clés le perçoivent peu puisqu'ils n'en parlent pas.

À l'intérieur du CLSC, les informateurs-clés nomment rarement des fonctions ou des individus spécifiques susceptibles d'assumer un leadership en prévention de la maltraitance. Soit le leadership ne revient pas à un individu en particulier, soit l'individu assumant ce leadership n'est pas connu des informateurs-clés. Les informateurs-clés reconnaissent qu'à l'intérieur des institutions, le leadership se doit d'être assumé par des individus : « Si on n'a pas un leadership, une personne qui dit : « Moi je prends le leadership ! », c'est sûr que c'est beaucoup plus difficile pour les partenaires de se mobiliser. On n'a pas le choix d'avoir un pivot. » Cependant, le rôle des directeurs au sein des CLSC vis-à-vis de la prévention de la maltraitance est rarement abordé par les informateurs-clés. L'un d'eux rapporte même ceci : « Je pense qu'il y a des équipes dans les institutions qui veulent améliorer, qui veulent continuer à faire de la prévention de la maltraitance, mais le leadership, plus haut, je veux dire.... Même le directeur général du CLSC, est-ce qu'on va l'entendre régulièrement plaider pour ça, non. »

Lorsque des fonctions précises sont identifiées, il s'agit des fonctions des organisateurs communautaires : « De par nos organisateurs communautaires, eux je pense qu'ils sont bien placés pour avoir un leadership à ce niveau-là. ». Cependant, les organisateurs communautaires n'occupent pas des postes de direction et ne disposent pas

des leviers financiers et de l'autorité auxquels auraient accès d'autres types de leaders. Leur rôle s'inscrit dans une perspective plus horizontale, par des actions de mobilisation des communautés et de concertation, comme le détaillent ces informatrices :

Je pense que notre organisatrice communautaire a la vision de tout ce qui se développe. Je pense que ça serait un bon agent pour justement interpeller les partenaires en disant : « Écoutez, il y a ça, il y a ça, il y a ça, maintenant il faudrait s'asseoir ensemble pour intégrer tout ça.

On a des organisateurs communautaires qu'on est prêts à mettre sur différents projets aussi, pour soutenir des organismes, pour identifier des priorités, (ça, ça vient plus du milieu), une fois que c'est identifié, de supporter les gens dans l'organisation [...] pour s'organiser, aider les conseils d'administration, les aider à faire des plans d'action et tout ça. Nous on peut vraiment être mis à contribution.

Lorsqu'interrogés sur le leadership, les informateurs-clés discutent aussi fréquemment du rôle des tables de concertation : « Je pense que la table a un certain leadership. » Les tables de concertation ont le rôle de favoriser la collaboration et de soutenir les communautés : « Je pense par exemple à la table 0-5 ans, où est-ce qu'on va toujours essayer de ramener c'est quoi les besoins des familles sur le territoire. Comme là, on essaie d'élaborer justement une nouvelle étude de besoin des familles pour voir qu'est-ce qui est prioritaire pour eux, pour qu'on puisse les soutenir davantage. » Cependant, les tables de concertation, tout comme les organisateurs communautaires, ont un rôle horizontal et n'ont pas les leviers nécessaires en termes de pouvoir décisionnel, de budgets et de ressources humaines afin d'assumer un leadership.

Certains besoins en termes de leadership demeurent donc non comblés : « Ça reste que le leadership c'est important que quelqu'un le prenne. Soit Avenir d'enfants, le CLSC, peu importe. » Ce leadership est perçu comme nécessaire afin de supporter et de mettre à profit la concertation : « Il faut unifier effectivement pour arriver à faire des plus gros projets, [...] et d'aller tout le monde dans le même sens. [...] Ça prend quelqu'un qui a une vision d'ensemble, qui n'a pas le nez collé juste sur son projet. »

Réseautage, partenariat et collaboration

Afin de rendre compte de l'état actuel de cette dimension, les informateurs-clés discutent des partenariats établis, des tables de concertation présentes et de la volonté à collaborer. Les partenariats actuellement établis pouvant avoir une portée en prévention de la maltraitance sont présentés dans le Tableau 6.

Tableau 6

Partenariats présents en fonction des territoires

Territoire	Partenariats
Sur l'ensemble des territoires	<p>Programmes cadres en négligence : Partenariat CLSC et Centres jeunesse</p> <p>Protocoles de partenariat établis entre les CLSC et les CPE : « Le protocole d'entente CLSC-CPE vise à définir l'offre de services sociaux et de services de santé de base aux enfants fréquentant les CPE et à assurer l'accessibilité aux CPE pour les enfants dont le dossier relève du CLSC. » (Ministère de la Famille et de l'Enfance, 2002)</p>
Capitale-Nationale	<p>Alerte-bébé : Partenariat entre les hôpitaux et le Centre jeunesse qui permet une intervention dès la naissance lorsqu'un enfant semble à risque de maltraitance selon le personnel hospitalier.</p> <p>Partenariat établi entre Vallée-jeunesse, les CLSC et le Centre jeunesse : Permet d'offrir des camps gratuits à certains enfants dans la clientèle des CLSC et des Centres jeunesse.</p>

Note. Cette liste comprend l'ensemble des partenariats rapportés par les informateurs-clés, mais elle pourrait ne pas être exhaustive.

Il ressort du discours des informateurs-clés que ces partenariats ne répondent pas entièrement aux besoins des communautés. Ceux-ci suggèrent d'ailleurs le développement de nouveaux partenariats. Ces propositions proviennent tant des acteurs institutionnels que de ceux du milieu communautaire et sont généralement énoncés avec l'objectif de favoriser l'accès aux services, tant ceux de leur propre organisation que ceux des autres organisations. Par exemple, un informateur-clé suggère ceci : « S'il y avait des partenariats à établir pour faciliter l'accès à nos services [...] parce que des fois ils ne se rendent pas ici nécessairement facilement, bien on serait bien partants. »

Par ailleurs, certains informateurs-clés, expriment une méconnaissance des services des autres organisations de leur territoire : « On n'est pas toujours au courant des offres de services de certains organismes, mais en même temps, ça c'est peut-être moi comme intervenant individuel. »

Les tables de concertation existantes, présentées dans le Tableau 7, ont pour objectif de favoriser la collaboration entre les acteurs du domaine enfance-famille et pourraient être mises à profit dans le cadre d'un projet en prévention de la maltraitance sur les différents territoires.

Tableau 7

Tables de concertation présentes en fonction des territoires

Territoire	Tables de concertation
Sur l'ensemble des territoires	Tables de concertation CLSC et CPE Mandat : Favoriser la collaboration entre les CLSC et les CPE
CLSC Orléans	Table de concertation 0-5 ans : Beauport d'attache – ensemble pour l'enfance (financée par Avenir d'enfants)
CLSC Jacques-Cartier	Table de concertation 0-5 ans (non spécifiée)
CLSC Rosemont	Table de concertation en petite enfance de Rosemont (financée par Avenir d'enfant) Table de concertation 5-12 ans de Rosemont
CLSC Mercier-Est/ Anjou	Comité famille de la table de concertation Solidarité Mercier-Est Comité famille de la table de concertation du Regroupement des organismes et des citoyens et citoyennes humanitaire d'Anjou (ROCHA)

Note. Cette liste comprend l'ensemble des tables de concertation rapportées par les informateurs-clés, mais elle pourrait ne pas être exhaustive.

Les tables de concertation en petite enfance ont généralement comme mandat de répondre aux besoins des familles et de soutenir le développement des enfants de 0 à 5 ans, la plupart du temps, dans la perspective de favoriser la réussite scolaire. Les comités famille du territoire Mercier-Est/Anjou sont rattachés à des tables de concertation plus larges ayant pour but d'améliorer la qualité de vie de la population du quartier et de susciter une mobilisation autour d'enjeux collectifs (Solidarité Mercier-Est et le ROCHA).

Sur les différents territoires, les informateurs-clés identifient des enjeux liés au fonctionnement des tables de concertation. La nécessité de soutenir les organisations afin de favoriser leur investissement au sein de projets communs est un enjeu rapporté sur l'ensemble des territoires : « On a la table 0-5 ans, qui est un beau milieu de concertation, où il y a des projets communs, mais parallèlement à ça, il y a aussi des projets d'organismes. Les gens y vont, [...] pour aller chercher des sous, donc on pourrait dire, des fois, que chacun pense à soi, ce qui est compréhensible, mais on pourrait développer davantage [de projets communs] et on tente de le faire. » Il semblerait d'autant plus difficile de réunir les partenaires autour d'objectifs communs dans un contexte de compétition pour les

ressources entre les différents organismes impliqués : « La vie communautaire, je crois qu'elle est beaucoup plus jeune donc elle était moins structurée. [...] chacun était nouveau, c'était des nouveaux organismes, ils voulaient chacun vivre aussi, donc survivre avec les petites subventions, donc c'était plus difficile de travailler ensemble. » Selon Stith et al. (2006), la mise en place d'un climat propice à l'implantation de projets communs impliquerait de s'assurer que les structures de financement supportent un travail collaboratif et y fournissent des incitatifs. D'autres enjeux des tables de concertation sont rapportés dans le Tableau 8.

Tableau 8

Enjeux perçus par les informateurs-clés liés au fonctionnement des tables de concertation

Enjeux perçus	Citations choisies
Acteurs absents	« Il y a des groupes qui sont plus isolés, qui ne participent pas aux tables de concertation, et c'est plus difficile de travailler avec eux parce qu'on les connaît moins. On n'a pas de lieux communs donc on ne les croise pas, on ne sait pas trop ce qu'ils font. »
Acteurs sursollicités	« Certains organismes se font solliciter plus souvent pour participer à telle ou telle table puis des fois ils sont comme épuisés. »
Stabilité des membres	« Il y a tout le temps aussi un roulement au niveau des organismes, des représentants, donc on dirait que c'est tout le temps à recommencer. »
Tensions	« Actuellement il y a moins d'harmonie qu'il y a eu à une autre époque. Il y a comme une tension là. »

De façon générale, les informateurs-clés semblent motivés à collaborer davantage et identifient plusieurs avantages à la présence des tables de concertation ou de pratiques collaboratives, tel qu'illustré dans le Tableau 9.

Tableau 9

Avantages de la collaboration perçus par les informateurs-clés

Avantages perçus	Citations associées
Opportunités de formation	« Par exemple, la table 0-5 ans a fait venir, à quelques occasions, des formateurs au niveau des 0-5 ans pour donner des formations aux intervenants du CSLC, aux intervenants des CPE et aux intervenants qui travaillent dans les différents organismes communautaires qui font partie de la table. »
Circulation des données	« Remarque que, l'autre fois, à la table Beauport d'attache, on a eu des données du Centre jeunesse, au niveau des signalements tout ça. »
Réalisation de projets de plus grande envergure	« Encore là, je pense que c'est bon parce qu'ensemble, on est plus fort et on peut aller plus loin, à mettre nos ressources tout le monde ensemble. »
Partage d'expertise	« Il y en a qui vont monter des super projets alors que l'autre l'a déjà fait il y a deux ans, et soit ça n'a pas marché, soit ça a marché et il pourrait partir de ça pour monter son projet aussi. »
Meilleures références	« Quand les intervenants se parlent, quand le dossier est clair, il est bien ficelé, c'est plus facile d'avoir accès aux services ». »

Il est toutefois important de souligner la présence de propos divergents, tels que ceux de cette informatrice, qui dénotent une réticence face aux ententes formelles : « On veut garder notre autonomie, nous, comme organisme communautaire. C'est pour ça que pour l'instant, les ententes informelles font notre affaire, parce que sinon, si ça commence à tomber dans les protocoles, les structures, on va débarquer, c'est certain. »

Une autre informatrice considère qu'un temps excessif est investi dans la concertation : « Il y a énormément de concertation sur le territoire, je dirais même que des fois, ça ne finit plus. Fait qu'il reste moins de temps pour travailler sur le terrain, tellement il y a de concertation. » Cette perception pourrait être alimentée par le contexte de ressources limitées. À ce propos, les informateurs-clés identifient des obstacles, en termes financiers et en termes de temps, au développement de partenariats et de pratiques collaboratives : « Si tu as de l'argent, tu peux développer des programmes, si tu n'en as pas, tu n'en développeras pas. Même au-delà de développer, après ça c'est la diffusion, les partenariats, fait que ça prend du temps. » Certains aspects organisationnels pourraient aussi représenter des défis à la collaboration : « Il va falloir sortir un peu de notre mandat formel

pour avoir une pratique qui est collective. Tout est calé dans le milieu institutionnel, chacun a ses mandats... »

Il demeure que les informateurs-clés voient généralement plus d'avantages que d'inconvénients à la collaboration. Ils sont motivés à collaborer et dans cette visée, des structures sont en place actuellement. Il y aurait donc un climat de collaboration relativement favorable à la mise en place de pratiques préventives. Cela contraste avec le niveau plutôt faible de leadership. De fait, des leaders potentiels sont présents sur les territoires mais leur leadership est peu perçu par les informateurs-clés et les besoins à cet égard demeurent non comblés.

Ce déséquilibre entre les niveaux de collaboration et de leadership pourrait constituer un problème si l'on postule que ces deux dimensions devraient s'appuyer l'une sur l'autre et entraîner un mouvement par leur action conjointe. Dans cette perspective, le manque de leadership (réel ou perçu) pourrait résulter en une perte énergétique dans le moteur et entraîner de la fatigue chez les acteurs. Le défi à cet égard relève du développement d'un leadership qui permettrait de réunir les partenaires autour d'un objectif de prévention de la maltraitance et de mettre à profit leur volonté de collaboration.

Les appuis et leviers

Les appuis et les leviers regroupent les dimensions suivantes : (a) les mandats, (b) les données et les informations disponibles, (c) les ressources matérielles et financières et (d) les ressources humaines compétentes. Les appuis motivent et légitiment l'action (mandats et données) alors que les leviers permettent de conférer une puissance d'impact à cette action (ressources financières et humaines).

Mandats

Dans le discours des informateurs-clés, les mandats alloués en prévention de la maltraitance manquent de clarté. Les informateurs-clés identifient certaines organisations ayant un rôle à jouer en prévention de la maltraitance mais en disent peu sur leur mandat.

Au Québec, les mandats en matière de prévention sont largement déterminés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ce ministère définit les orientations à prendre afin de favoriser la santé physique et psychosociale de la population dans le Programme national de santé publique (PNSP). Le PNSP de 2003-2012 identifie la

prévention de la maltraitance parmi ses objectifs. Il est question de : « Réduire la proportion d'enfants et d'adolescents âgés de 0 à 17 ans qui subissent des abus physiques et psychologiques, des agressions sexuelles et de la négligence. » (Gauthier & Langlois, 2008, p.43). Dans le PNSP de 2015-2025, la prévention de la maltraitance n'est pas explicitement identifiée parmi les objectifs. Il est cependant question de : « soutenir les familles dans leur rôle parental » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, p.40). La réalisation des objectifs du PNSP repose sur plusieurs organisations dont le ministère de la Santé et des Services Sociaux, l'Institut national de santé publique (INSPQ), l'Agence de la santé et des services sociaux et les directions régionales de santé publique, les CLSC/CSSS⁷ et les organismes communautaires. Toutefois les documents officiels en disent peu à propos des mandats de ces organisations à l'égard de la prévention de la maltraitance.

Ce manque de clarté des mandats se reflète dans les propos des informateurs-clés. De leur point de vue, l'objectif même de prévention de la maltraitance n'est pas clairement identifié : « Pour la maltraitance et la négligence, on va souvent penser à la DPJ, mais on ne parle pas de prévention, ou on va parler des programmes comme SIPPE et OLO, des programmes de CLSC, mais qui sont peut-être moins connus aussi. Fait que ce n'est pas nommé spécifiquement. » La plupart des acteurs identifiés dans le PNSP ou dans les plans d'action sont aussi identifiés dans le discours des informateurs-clés. Ils rapportent que ces organisations s'impliquent ou ont rôle à jouer en prévention de la maltraitance : « Effectivement si le ministère de la Santé décide de mettre en place un programme pour prévenir la maltraitance, ça va se déployer et ça va se faire, on va rejoindre des gens. » Toutefois, il faut noter que les informateurs-clés n'abordent pas l'implication en prévention de la maltraitance de l'Agence de santé et de services sociaux. Ce constat est surprenant dans la mesure où, à l'échelle régionale, un rôle majeur dans ce domaine revient à la direction de santé publique de l'Agence. Lorsque les informateurs-clés font référence aux agences de santé et de services sociaux au cours des entrevues, c'est généralement pour discuter de l'insuffisance des budgets alloués dans leurs services: « l'Agence de santé de Montréal a encore annoncé une coupure de 80 millions. » « Si vous demandez à l'Agence ce qu'ils me disent, c'est qu'on a suffisamment d'intervenants, mais je ne suis pas certaine [qu'on a suffisamment d'intervenants] pour aller rejoindre cette clientèle-là puis que les services sont construits pour pouvoir aider la population. »

⁷ Les agences régionales de la santé et des services sociaux ont été abolies alors que les Directions régionales de santé publiques et les CLSC/CSSS ont été intégrées aux CISSS/CIUSSS.

Pour ce qui est du rôle du CLSC, les informateurs-clés l'abordent à partir de la perspective des programmes et services déjà mis en place : « Bien, il y a toutes les politiques, le programme Jeunes en difficulté, toutes ses fiches et ses composantes. Donc, il y a des mandats qui sont dévolus au CLSC ». Les informateurs-clés soulignent aussi que les programmes et services ne sont pas explicitement associés à un objectif de prévention de la maltraitance : « Les SIPPE pour moi, ils travaillent déjà sur cette notion-là, mais elle n'est pas explicitée. »

En ce qui concerne le rôle des organismes communautaires, différents informateurs-clés rapportent qu'ils ont un rôle à jouer, mais rarement un mandat précis en prévention de la maltraitance : « Il n'y a personne, je parle dans les organismes communautaires, qui a le mandat d'intervenir spécifiquement au niveau de la négligence. Ils vont le faire par la bande dans un tout. » Certains organismes communautaires ne se reconnaissent pas un rôle en prévention de la maltraitance et doutent même de leur légitimité à cet égard : « C'est un terrain miné, dans le sens où il y a des structures qui sont spécialisées sur le sujet puis on [organisme communautaire famille] n'a pas à toucher à ce genre de préoccupations-là [prévention de la maltraitance] [...] Si on venait à traiter de ça de façon plus explicite, on viendrait certainement marcher sur des platebandes sur lesquelles on n'a pas le droit de marcher. » Les propos de cette autre informatrice vont dans le même sens : « Des fois tu as des partenaires qui vont être sollicités puis qui se disent : non, non, ce n'est pas trop ma tasse de thé, c'est la DPJ... ».

Le PNSP préconise pourtant la mobilisation des partenaires et l'implication des organismes communautaires dans les activités de nature préventive. Y aurait-il un problème de communication ou de mobilisation en ce qui concerne la prévention de la maltraitance ? À ce propos, il est intéressant de souligner l'importance accordée à ces enjeux à la fois dans le PNSP et dans le discours des informateurs-clés. Le PNSP souligne ceci : « [La mise à jour des plans d'action régionaux et locaux] rend possible la mobilisation de tous les acteurs visés et permet de concrétiser la notion de responsabilité populationnelle relativement à la santé et au bien-être. La mobilisation des acteurs, quant à elle, permet l'élargissement des perspectives d'intervention sur les déterminants de la santé et le déploiement de diverses contributions » (Gauthier & Langlois, 2008, p.79). Dans le même ordre d'idées, une informatrice souligne ceci : « Au niveau justement ministère, santé publique, gouvernement et tout, il faut que ça descende ces orientations-là, pour que ce soit partagé avec la

communauté, pour qu'ils comprennent le sens, comme je disais tantôt, en termes de sensibilisation, promotion. »

Bref, les mandats des organisations auxquelles appartiennent les leaders potentiels pourraient leur servir d'appui en donnant une légitimité à leur action en prévention de la maltraitance. Cependant, ces mandats sont mal connus et les leaders potentiels ne semblent pas s'y appuyer. Les informateurs-clés remettent même en question la légitimité de l'implication en prévention de la maltraitance de certaines organisations. Il faut dire qu'il est difficile de dégager dans le PNSP de 2003-2012 les mandats spécifiques à la prévention de la maltraitance des organisations impliquées, et ce, bien que la réduction de la proportion d'enfants maltraités y soit clairement identifiée comme un objectif. Les mandats à cet égard sont encore moins clairs dans le PNSP de 2015-2025 qui ne traite même pas de prévention de la maltraitance, mais plutôt de soutien au rôle parental. On peut y voir un effet du changement de paradigme du discours en santé publique qui se centre davantage sur la promotion de la santé plutôt que sur la prévention des maladies ou des problèmes sociaux (Blais, 2006). Cependant, un effet iatrogène de ce changement de paradigme serait d'occulter les problèmes et d'opérer un gommage à l'égard d'enjeux tabous tels que la maltraitance. Dans le contexte des mandats actuels, l'implication en prévention de la maltraitance ne va pas de soi et cela prive les organisations d'un appui important pour l'action.

Données et informations disponibles

Les données et informations disponibles sont considérées comme un appui pour l'action en prévention de la maltraitance. Effectivement, la diffusion de données de recherche peut mener à des changements de politiques dans le domaine de la prévention de la maltraitance (Kagi & Regala, 2012). Les informateurs-clés l'affirment aussi : « c'est à partir des données statistiques qu'on fait des programmes parce que c'est comme ça qu'on peut avoir de l'argent ou défendre un point de vue. Donc, je pense que si on en avait plus ça serait peut-être plus intéressant. On pourrait peut-être développer des choses autrement. » L'accès aux données et informations pourrait aussi favoriser l'adoption de pratiques dont l'efficacité est démontrée : « Je pense que si on avait des données à leur fournir, qui sont synthétisées le plus possible et qui sont selon les derniers écrits, selon les meilleures pratiques [...] ça serait une culture à développer, et ils seraient bien d'accord à le faire d'après moi. »

Les données et informations rapportées par les informateurs ont été comparées au corpus de données disponibles dans la littérature scientifique au Québec et il s'avère y avoir un écart important entre les données disponibles et celles rapportées par les informateurs-clés. Parallèlement, les informateurs déclarent percevoir un manque en ce qui concerne les données auquel ils ont accès.

Les données disponibles couvrent assez bien les aspects de prévalence, de facteurs de risques et de conséquences de même que la répartition de certains facteurs de risque et de protection dans les communautés.

Les statistiques de signalement du Centre jeunesse fournissent des données sur la prévalence de la maltraitance. Chaque année, les directeurs de la protection de la jeunesse produisent un bilan qui comprend notamment les statistiques de signalement en fonction des situations retenues et non retenues, en fonction de l'âge de l'enfant de même qu'en fonction des motifs de signalements. Les données locales ne sont toutefois pas disponibles dans le bilan ; les statistiques y sont provinciales et parfois régionales. Toutefois, plusieurs informateurs-clés déclarent avoir accès aux statistiques de signalement locales fournies par les Centres jeunesse et présentées lors de réunions des tables de concertation, par exemple.

Le portrait de défavorisation matérielle et sociale permet de décrire la population en regard de différents indicateurs de vulnérabilité liés, par exemple, au revenu, à la scolarité, à l'emploi ou au type de ménage.

L'enquête sur la violence familiale dans la vie des enfants, produite par l'Institut de la statistique du Québec, s'appuie sur les informations rapportées par les parents et permet de raffiner le portrait offert par les statistiques des Centres jeunesse en prenant en compte certaines situations s'apparentant à de la maltraitance, mais n'ayant pas nécessairement fait l'objet d'un signalement (Clément et al., 2012). Toutefois, dans cette enquête, les données sont rapportées pour l'ensemble de la province, il ne s'agit donc pas de données locales.

L'étude canadienne sur l'incidence des signalements des cas de violence et de négligence envers les enfants, publiée par l'Agence de la santé publique du Canada et qui comprend un volet québécois, documente l'incidence des signalements et le profil des familles sur lesquels enquêtent les services de protection de l'enfance (Trocmé et al., 2010)

En ce qui concerne la connaissance qu'ont les informateurs-clés de diverses sources de données pertinentes, elle semble assez partielle. Les informateurs-clés semblent ignorer l'existence de plusieurs sources de données puisqu'ils ne les rapportent pas. En ce qui concerne les statistiques de signalement des Centres jeunesse, sur deux des quatre territoires étudiés aucun informateur ne déclare avoir accès à ces données, bien que celles-ci puissent être disponibles sur l'ensemble des territoires couverts. Aussi, certains rapportent ne pas avoir accès aux statistiques locales de signalement :

Et pour la maltraitance plus spécifiquement, je n'ai jamais rien vu sortir par rapport au nombre de signalements, ce que j'ai vu du Centre jeunesse c'était toujours montréalais, en général. Donc je ne suis pas capable d'identifier si le quartier vivrait différents problèmes, [...] Est-ce qu'on a une recrudescence de violence conjugale versus des problèmes de maltraitance et de négligence parentale ? Je ne sais pas. Et dans quelle mesure le territoire se classe par rapport à d'autres, je ne suis pas capable, non plus, de vous le dire.

Pour ce qui est de l'indice de défavorisation matérielle et sociale, aucun informateur sur les territoires montréalais n'en fait mention bien qu'il soit disponible sur leur territoire. Les données sont d'ailleurs accessibles sur le site internet de l'espace montréalais d'information sur la santé (<http://emis.santemontreal.qc.ca/>).

Aucun informateur n'évoque les données de l'enquête sur la violence familiale dans la vie des enfants, même si l'accès à des informations de type populationnel est identifié comme un besoin, comme en témoigne le propos de cette informatrice qui souligne que le portrait offert par les statistiques de signalement ne rend compte que d'une partie du phénomène : « Le problème au niveau de ce phénomène-là, c'est que, nous, on connaît juste ce qui est signalé, ce qui est dévoilé. »

Enfin plusieurs informateurs déclarent que, de leur point de vue, peu de données sont disponibles en ce qui concerne la maltraitance : « Par rapport à la maltraitance : Je n'ai jamais rien vu passer là-dessus. » « Des fois on a de la documentation de la santé publique qu'on fait suivre, mais ce n'est pas spécifique à ça. »

L'écart entre les données connues des informateurs-clés et les données effectivement disponibles pourrait mettre en lumière un enjeu en ce qui concerne le transfert de connaissances. Certains informateurs-clés y font d'ailleurs explicitement référence : « Puis il n'y a pas quelqu'un qui vient mettre ça en forme et dire : on a tel et tel chiffre et on veut travailler pour les diminuer de tant de pourcent. Ce n'est pas une approche

populationnelle. On travaille dans cette perspective-là, mais on n'a pas tous les chiffres en tête. Je ne sens pas non plus que mes patrons par exemple ou les gens de l'autorité vont s'appuyer là-dessus puis nous mettre en contexte. » Certains informateurs-clés laissent entendre que la responsabilité du transfert de connaissance en prévention de la maltraitance est peu assumée par les établissements et remise aux professionnels en tant que responsabilité individuelle : « C'est sûrement bien accessible sur Internet en fouillant un peu, mais ça ne nous vient pas directement. [...] Mais il faut avoir le temps aussi, il faut avoir le goût et avoir la préoccupation sur ce sujet-là spécifique. » Toutefois, ce discours n'est pas unanime : un informateur-clé identifie des professionnels au sein de son établissement ayant ce mandat de transfert des connaissances : « C'est nos adjoints cliniques et nos superviseurs cliniques qui vont nous alimenter en termes de données probantes. Ils font des recherches [...] On a eu des présentations [...] Donc oui, l'information est quand même disponible. » Évidemment, ce portrait est davantage représentatif des établissements de plus grande taille, plus structurés et formalisés.

Les informateurs-clés déclarent souhaiter profiter davantage de certaines données et informations : « À mon avis de ma position, de ma job, il me semble que je devrais avoir accès à ça facilement. » « Il faudrait fournir davantage d'information qui est synthétisée et qui est accessible. » Les informateurs soulignent aussi qu'il serait nécessaire d'accompagner les professionnels pour les aider à intégrer les données : « Si on a un lieu où on prend quelques minutes et on en parle, il me semble que c'est plus porteur que si chacun lit ses affaires dans son coin ou ne les lit pas. »

Ainsi, il pourrait être avantageux de publiciser les sources de données pertinentes. À ce propos, le site internet de l'Observatoire sur la maltraitance, mis en place par le Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire est une source de données qui gagnerait à être connue. Le site internet vise à favoriser le transfert des connaissances et regroupe une panoplie d'informations à propos de la prévalence, des facteurs de risques et de protection, des conséquences de la maltraitance, de même qu'à propos de divers programmes d'intervention et de prévention et de leur efficacité. Les informations y sont claires, bien organisées et synthétisées. Les données de l'observatoire s'appuient sur des études québécoises, canadiennes ou internationales (Observatoiremaltraitance.ca).

Ressources matérielles et financières

Pour la plupart des informateurs-clés, les ressources matérielles et financières sont une dimension fondamentale et nécessaire à l'action en prévention de la maltraitance : « Ça va prendre un soutien matériel, financier pour pouvoir aller plus loin. » « C'est beau avoir une vision commune, une compréhension commune, mais s'il n'y a pas de ressources, vite on va se démobiliser. » Des informateurs-clés sur chacun des territoires nomment un manque généralisé de ressources matérielles et financières disponibles pour prévenir la maltraitance. Sur l'ensemble des territoires, les budgets sont jugés insuffisants à la fois dans les CLSC et dans les organismes communautaires. Le Tableau 10 présente les perceptions des informateurs-clés à propos des ressources matérielles et financières disponibles au sein de diverses organisations susceptibles d'être impliquées auprès des familles.

Tableau 10

Ressources matérielles et financières disponibles au sein des différentes organisations

Organisations	Citations choisies
CLSC	« Par exemple, l'agence de santé de Montréal a encore annoncé une coupure de 80 millions, quelque chose comme ça. Au CLSC ici, c'est des coupures chaque année depuis au moins 3 ans. Et pourtant on sait qu'il y a des besoins, mais on se fait dire qu'il y a moins de ressources. [...] Il y aurait encore des listes d'attente importantes »
Organismes communautaires	« Et ne parlons pas du pauvre réseau communautaire, qui n'est vraiment pas très appuyé au niveau des subventions. »
CPE	« C'est une question d'argent puis il n'y a personne qui en a. [Au CPE] nos budgets sont coupés »
Écoles	« L'orthophonie, dans les écoles, il n'y en a pas, il y a des coupures. Les évaluations psychologiques dans les écoles, on oublie ça, c'est très long. »

Le manque de ressources matérielles et financières est souligné par plusieurs informateurs-clés sur chacun des territoires. Ils jugent que les budgets ne permettent ni de développer de nouveaux projets, ni d'atteindre les objectifs des programmes en place : « Les organisations autant communautaires que publiques, avec toutes les coupures de financement, sont déjà immergées par les besoins présents, fait que d'être capable de développer davantage, je ne suis pas sûr qu'ils soient tant capables. » « Même avec nos objectifs actuels, les programmes actuels, on a de la misère à les appliquer comme il faut

et si on faisait ça déjà, ça aurait des impacts. » Lorsque de nouveaux programmes se mettent en place, les informateurs-clés jugent que les ressources qui y sont allouées sont insuffisantes : « Nous ici, on va instaurer le programme Alliance, en prévention de la négligence, mais on a une ressource et demie, ça veut dire une travailleuse sociale et demie, l'autre c'est un demi-poste qui est rattaché à ça, pour couvrir les trois territoires. On s'entend que ce n'est pas ça qui va vraiment modifier grand-chose. »

Il faut toutefois noter la présence d'un discours divergent à propos des ressources financières. Cette informatrice met l'accent sur l'efficacité des interventions mises en place plutôt que sur la quantité de ressources disponibles :

Les ressources matérielles et financières, bien c'est sûr, plus on en a, plus on peut faire d'affaires. Mais, en même temps, moi je pense qu'il faut toujours se poser la question puis avoir le souci d'efficacité. [...] Moi, j'ai plus tendance à dire qu'il faut questionner nos façons de faire pour les rendre plus efficaces, plutôt que de questionner la ressource matérielle ou financière [...] Je pense qu'il y a beaucoup d'argent d'injecté dans le système de santé, alors utilisons ce qu'on a pour faire mieux.

Toutefois, cette même informatrice dans une autre portion de l'entrevue identifie les aspects financiers comme un obstacle au développement de partenariats pour soutenir l'action en prévention de la maltraitance : « Bien il y a toujours des obstacles financiers, ça c'est toujours le premier et le réel problème. » Il semble donc y avoir un large consensus à l'effet que le manque de ressources matérielles et financières est susceptible de représenter un obstacle à l'action en prévention de la maltraitance. Le manque de ressources disponibles pour la prévention est corroboré par le PNSP de 2003-2012 où ceci est souligné :

Il existe actuellement un écart relativement substantiel entre les sommes requises, soit 300 M\$ selon les coûts normés, et les dépenses réelles du programme-services Santé publique. L'écart touche essentiellement les services offerts au palier local. Dans les années à venir, il sera crucial de s'assurer du maintien et de l'évolution des investissements en prévention vu l'évolution de certaines maladies et problèmes psychosociaux évitables. Des stratégies complémentaires doivent être déployées pour favoriser à la fois la réallocation intraprogramme, la réallocation interprogrammes et l'ajout de nouvelles sommes (budget de développement). (Gauthier & Langlois, 2008).

Il semble aussi y avoir des enjeux liés aux modalités de financement qui altèrent la capacité des organisations à développer des projets plus unifiés en prévention de la maltraitance. Par exemple, cette informatrice identifie le saupoudrage de ressources, la

juxtaposition des projets et la dispersion d'énergie : « Je pense à Avenir d'enfants, il y a de l'argent qui vient d'une place, [...] la santé publique, l'argent qui vient de là... Bien, si tous ces gens-là sont sensibilisés au fait que ça serait important qu'on travaille sur un projet [commun], bien l'argent pourrait tout aller un peu dans le même sens, au lieu d'envoyer de l'argent et de dire maintenant créez des projets ou faites des études de besoin. À un moment donné, c'est long. » La durée des financements accordés est aussi jugée insuffisante.

Comme nous avec l'argent de la Direction de la santé publique, pour les environnements favorables, on a un maximum par projet, c'est pendant 3 ans maximum. Après ça il n'y a plus de financement. Donc, il y a un enjeu de financement récurrent qui existe, ça c'est certain. Fait que ça oblige les gens à créer toujours de nouveaux projets, de projet en projet, des petits projets, parce qu'ils ne seront plus financés dans 3 ans. Donc, on n'a pas de stabilité au niveau d'un projet d'envergure qui pourrait prendre son envol.

Un financement à long terme est d'ailleurs identifié dans la littérature comme un facteur nécessaire à l'instauration de changements durables dans les communautés (Trent & Chavis, 2009).

En ce qui concerne les ressources matérielles, les informateurs-clés de certains territoires rapportent aussi un manque de locaux : « Les bâtiments, on a comme pas de lieu commun possible pour développer des choses. Ça devient difficile. Je crois qu'ils ont construit un centre communautaire ou culturel ou sportif. Avant il n'y avait rien, donc c'était le gymnase de l'école, donc j'allais dans mon gymnase de mon école c'était toujours ça. »

Bref, dans le discours des informateurs-clés, la question financière revêt une importance majeure. La quantité de ressources allouées, mais aussi d'autres aspects tels que la durée du financement, sa provenance et l'efficacité de son utilisation représentent des enjeux.

Ressources humaines compétentes

Les propos des informateurs-clés concernant les forces et limites des ressources humaines en regard de leur capacité à s'investir en prévention de la maltraitance sont rapportés dans le Tableau 11.

Tableau 11

Description des forces et limites des ressources humaines

Thèmes	Citations choisies
Disponibilité	<p>« On travaille de moins en moins en amont et il y a de plus en plus de grosses problématiques au niveau de la santé mentale, de la violence, de la maltraitance chez les enfants et tout ça, ce qui fait que souvent les dossiers, c'est des gros dossiers. Alors les intervenants ont moins de temps pour faire l'accompagnement des familles, pour faire de la prévention. »</p> <p>« Il y a un manque de ressources financières pour engager suffisamment de personnel. »</p>
Stabilité	<p>« Dans un dossier avec les Centres jeunesse, en six mois, je peux avoir trois, quatre intervenantes différentes. Dans les CLSC aussi, [...] il y a un bon roulement. »</p>
Compétence	<p>« Tu as plein de gens formés ici, il y a différentes professions et tout ça. [...] Mais est-ce qu'on est compétent pour travailler la prévention de la maltraitance ? Non, je ne pense pas. »</p>
Savoir-être	<p>« C'est des gens qui ont à cœur justement d'essayer de faire une différence et de soutenir ces familles-là. Fait que je pense que déjà, à la base, quand tu vas travailler dans ce domaine-là, bien tu as la flamme. »</p>
Formation	<p>« Il faut que la formation existe, parce qu'en maltraitance, il n'y a pas grand-chose. »</p> <p>« Je pense que quand on parle des intervenants, il y a toujours de l'ouverture et un désir d'être plus sensibilisé et soutenu au niveau de leurs compétences. Ça c'est un besoin. »</p> <p>« Les façons de faire changent, évoluent, les connaissances évoluent puis la formation c'est toujours bienvenu pour faire un pas de plus en avant. Je dirais ça, mais il ne faut pas juste donner les formations. Il faut que ça soit applicable, mais aussi qu'on donne un mouvement pour les appliquer parce que ce n'est pas facile parfois. »</p> <p>« Comme je disais tantôt, d'avoir davantage de formation ça pourrait être intéressant, pas juste au niveau de la connaissance de la négligence, c'est quoi les critères et comment la diagnostiquer, mais aussi dans le savoir-être et dans les façons d'intervenir auprès de ces familles-là. »</p>

Motivation des ressources humaines	<p>« Les intervenants commencent à être inquiets. À chaque fois qu'on essaie de faire des choses, ils disent : « avec tout ce qui s'en vient [...] allez-vous ajouter des ressources de plus ? [...] Comment on va faire ? » »</p> <p>« Les ressources humaines compétentes, je pense qu'on a plein de gens qui savent, qui connaissent et même que ça crée des frustrations de savoir et de ne pas avoir le pouvoir de ... Et ça crée même des <i>burn-out</i> chez certains intervenants. »</p>
------------------------------------	---

La disponibilité des ressources humaines à s'engager dans des activités de prévention semble limitée dans la mesure où les intervenants manquent de temps. Les informateurs-clés relient cet enjeu à un manque de ressources financières. La rétention du personnel serait aussi un enjeu, dans l'ensemble des organisations impliquées. Les informateurs-clés considèrent les ressources humaines comme généralement compétentes dans leur domaine de pratique. Il pourrait être plus difficile de recruter du personnel qualifié dans certains organismes communautaires en raison des ressources financières limitées : « Je vous dirais que chez nous, le souci que j'ai, c'est justement d'être capable d'aller chercher du personnel qualifié. » Les ressources humaines seraient aussi dotées des qualités humaines nécessaires. Toutefois, une informatrice émet une position divergente et se questionne à propos du savoir-être de certains intervenants auprès des clientèles vulnérables, en lien avec des facteurs organisationnels : « Je pense qu'il y a des intervenants qui n'ont pas d'affinités avec cette clientèle-là. [...] Dans le réseau [de la santé et des services sociaux], on n'a pas toujours le choix de nos clientèles. On est sur une liste de rappel, et tu vas là où tu as un poste de libre. »

En ce qui concerne plus spécifiquement la prévention de la maltraitance, les informateurs-clés sont plus sceptiques quant à la compétence des ressources humaines. Les opportunités de formation sont généralement décrites comme limitées. Cependant un certain nombre de formations peuvent être offertes dans le cadre de programmes spécifiques, tels que le programme périnatal du syndrome du bébé secoué et le programme d'intervention en négligence. Sur l'un des territoires, une informatrice note que des formations sur le développement des habiletés parentales auraient été offertes aux partenaires de la table de concertation 0-5 ans.

Les intervenants seraient intéressés à recevoir davantage de formation. Les informateurs-clés recommandent des formations qui permettent un soutien dans la pratique et le développement du savoir-être auprès des clientèles vulnérables.

En ce qui concerne la motivation, les informateurs-clés soulignent une certaine réticence des ressources humaines à s'investir dans de nouveaux programmes. Ils soulignent de la frustration et de la fatigue liée au contexte de travail et au manque de ressources. Par ailleurs la motivation des ressources humaines à s'investir dans des programmes de prévention pourrait être liée à la qualité de l'adaptation du programme à la réalité locale et au contexte de pratique : « Il faut prendre en compte aussi que parfois, il y a des programmes qui sont très bien élaborés, pensés, mais que dans l'application, ce n'est pas toujours très cohérent. Vraiment pas. [...] [Il faudrait] que les programmes ne soient pas là pour répondre aux exigences du programme, mais aux besoins de la population. »

Bref, les ressources humaines seraient généralement compétentes et impliquées. Toutefois, le manque de ressources financières et le manque de formation spécifique à la maltraitance et à sa prévention auraient un impact négatif sur leur disponibilité, leur stabilité et leur motivation à s'investir dans de nouveaux projets.

Synthèse des résultats

La présente étude visait à fournir un portrait détaillé de l'état actuel de la disposition à agir en prévention de la maltraitance de quatre communautés québécoises. Il apparaît pertinent de souligner les éléments qui constituent des forces ou des obstacles à l'action. La disposition à agir est considérée sous l'angle des trois éléments suivants : 1) le contexte, 2) le moteur de l'action et 3) les appuis et les leviers.

En ce qui concerne le contexte, la volonté de prévenir la maltraitance exprimée par les acteurs du milieu de l'intervention, la présence de pratiques mises en place actuellement et les efforts déployés pour rejoindre les familles sont des éléments favorables à l'implantation de pratiques préventives. Toutefois, la difficulté à rejoindre la clientèle et le tabou lié à la maltraitance sont susceptibles de générer des défis lors de l'implantation de telles pratiques.

Le moteur de l'action renvoie aux leaders et aux partenaires qui, par leur action conjointe, démarreront un mouvement. Des leaders potentiels sont présents sur les territoires mais leur leadership est peu perçu par les informateurs-clés, autant en ce qui

concerne les acteurs politiques, les membres influents de la communauté et les institutions. Par ailleurs, des tables de concertation permettant de favoriser la collaboration et certaines initiatives en partenariat sont présentes sur les territoires. Les informateurs-clés se déclarent généralement intéressés à collaborer davantage et à développer des partenariats. Toutefois, le déséquilibre entre le niveau de leadership et le niveau de collaboration pourrait résulter en une perte énergétique dans le moteur et entraîner de la fatigue chez les acteurs.

Les appuis et leviers renvoient aux facteurs qui soutiennent l'action. Des appuis susceptibles de motiver et de légitimer l'action en prévention de la maltraitance sont présents mais semblent méconnus ou sous-utilisés. C'est le cas des objectifs officiels du MSSS à l'égard de la prévention de la maltraitance et du soutien à la parentalité de même que des mandats en prévention sur lesquels différentes organisations pourraient s'appuyer afin de justifier la mise en place d'actions. C'est aussi le cas des données et informations disponibles en lien avec la prévention de la maltraitance qui seraient en mesure de susciter une volonté d'agir et d'orienter l'action vers des pratiques efficaces. Les informateurs-clés ne semblent que partiellement informés de la présence de ces appuis et ne rapportent pas une mise à profit de ceux-ci dans les communautés.

Quant aux leviers qui permettraient de conférer une puissance d'impact aux actions, ils sont décrits comme insuffisants. La quantité de ressources financières allouées, mais aussi d'autres aspects tels que la durée du financement et sa provenance représentent des enjeux. Le manque de ressources financières disponibles altérerait à son tour la disponibilité des ressources humaines. Des enjeux sont aussi présents en ce concerne la formation en prévention de la maltraitance, la stabilité des ressources humaines et leur motivation à s'investir dans de nouveaux programmes.

En somme, les informateurs affirment qu'une volonté de prévenir la maltraitance est présente dans les communautés. Cependant le développement de la capacité à prévenir la maltraitance est un défi étant donné notamment l'absence d'un leadership affirmé et reconnu, le manque de clarté des mandats en prévention de la maltraitance et des ressources limitées.

Conclusion

Forces et limites de l'étude

L'étude comprend certaines forces. L'adoption d'une méthode d'analyse qualitative permet de rendre compte de la complexité de la problématique étudiée et d'identifier les besoins spécifiques des communautés (Kesten et al., 2015).

Certains chercheurs considèrent les comparaisons comme un aspect fondamental des devis de recherches, qui permettrait d'accroître la validité des résultats (Bechhofer & Paterson, 2012). En ce sens, l'étude de quatre communautés pouvant être comparées relève d'une force. Cependant, la présente étude comporte des limites en ce qui concerne l'identification de similarités et de différences entre les communautés étudiées. Le nombre limité d'informateurs-clés sur chacun des territoires et le fait que certains thèmes n'étaient pas abordés systématiquement par chacun d'eux rendaient la comparaison d'un territoire à l'autre plus difficile. Ainsi, il est possible que certaines tendances spécifiques à l'une ou l'autre des communautés n'aient pas pu être dégagées.

Les entrevues menées auprès d'informateurs-clés sont une méthode couramment utilisée afin d'évaluer la disposition à agir (Basic, 2015; Battaglia et al., 2012; Brand et al., 2016; Dreisinger et al., 2012). Cependant, en recherche qualitative, certains auteurs critiquent l'usage d'informateurs-clés en tant que sources primaires de données et recommandent plutôt d'y recourir comme source de données complémentaire (Mucchielli, 2009). Il faut noter que la présente étude s'inscrit dans une recherche plus large impliquant une collecte de données à plus grande échelle à l'aide de questionnaires. À ce propos, il s'avère que les résultats obtenus à partir des questionnaires sont assez concordants avec ceux obtenus à partir des entrevues avec les informateurs-clés (Gagné & Thomas, 2015).

Le type de méthode et le choix des participants impliquent aussi des limites en regard de l'évaluation de certains aspects de la disposition à agir, soit les aspects liés aux attitudes, valeurs et croyances de la communauté à l'égard de la maltraitance et de sa prévention et les aspects liés aux ressources sociales informelles disponibles dans la communauté.

En ce qui concerne les attitudes, valeurs et croyances, il est seulement question dans le présent rapport de la position des acteurs du milieu de l'intervention à l'égard de la prévention de la maltraitance considérée comme assez bien représentée par les

informateurs-clés. Les attitudes, valeurs et croyance de la population en général, de même que celles des clientèles à risque de maltraitance auraient pu être documentées en recourant à une collecte de données auprès de la population ou des familles vulnérables. Il aurait aussi été intéressant de prendre en compte la position d'autres acteurs pertinents, tels que les acteurs politiques. Ce sont des pistes de recherches futures intéressantes.

Les ressources sociales informelles qui comprennent les liens interpersonnels, les liens de confiance mutuelle dans la communauté et la participation citoyenne se sont aussi avérés particulièrement difficiles à étudier. Le discours des informateurs-clés à ce propos était vague, potentiellement à cause de leur statut (professionnels intervenants auprès des familles) qui ne les plaçait pas dans une position particulièrement privilégiée pour rendre compte de ces aspects. Les ressources sociales informelles ont toutefois très certainement une contribution en prévention de la maltraitance (Kim & Maguire-Jack, 2015; Kimbrough-Melton & Campbell, 2008). Encore une fois, cette dimension pourrait être étudiée à l'aide d'un autre type de méthode ou d'autres types de participants (des résidents, par exemple).

Enfin, certaines limites sont associées à la distribution de l'échantillon d'informateurs-clés en fonction de leur affiliation professionnelle. Certaines études suggèrent que le stade de disposition à agir mesuré à partir d'entrevues avec les informateurs-clés peut varier en fonction du groupe professionnel ou d'affiliation duquel ils proviennent (Kakefuda, Stallones, & Gibbs, 2008). Plested et al. (2006) insistent d'ailleurs sur la sélection d'informateurs-clés appartenant à différents groupes afin de pouvoir intégrer ces diverses perspectives. Il est possible que la surreprésentation des informateurs-clés provenant des CLSC ait introduit un biais dans les résultats. Il aurait été intéressant de nuancer les résultats en fonction des groupes dont proviennent les informateurs-clés, mais leur répartition ne permettait pas, non plus, une telle analyse. Rappelons que certaines mesures avaient été mises en place afin de favoriser la participation des différentes organisations. Toutefois, il aurait pu être pertinent de solliciter directement certains informateurs-clés afin de diversifier davantage l'échantillon.

Retombées pratiques

La présente étude s'inscrit dans le champ des recherches appliquées, c'est-à-dire que les connaissances générées visent à contribuer à la compréhension et à la résolution d'un enjeu (Ritchie, 2003). Les résultats permettent de dresser un portrait détaillé de la disposition à agir en prévention de la maltraitance de communautés québécoises et

d'identifier à la fois des éléments qui soutiennent et qui font obstacle à l'action en prévention de la maltraitance. Les éléments de contexte devant être pris en compte, les acteurs impliqués dans le démarrage d'une action en prévention de la maltraitance et les appuis et leviers potentiels y sont décrits.

L'évaluation de la disposition à agir pourrait avoir diverses retombées dans les communautés étudiées. Cela permet de vérifier si l'implantation d'un programme de prévention y est pertinente. Les communautés étudiées semblent en mesure de pouvoir profiter de l'implantation d'un programme de prévention. Tel qu'énoncé par Slater et al. (2005), l'implantation de programmes dans les communautés très résistantes au changement ou ayant déjà mis sur pied un ensemble d'interventions efficaces et organisées pourrait être moins pertinente, voire contre-productive. Or, les communautés affirment une volonté de prévenir la maltraitance, mais une capacité à le faire plus restreinte. Dans ce contexte, l'implantation d'un programme pourra s'appuyer sur cette volonté et participer au développement de la capacité à prévenir la maltraitance.

L'évaluation de la disposition à agir peut aussi être envisagée comme le premier pas d'une démarche de mobilisation (Oetting et al., 1995). Une augmentation du niveau de disposition à agir est d'ailleurs parfois remarquée dans des territoires ne subissant pas d'intervention et serait attribuable au potentiel de mobilisation des entrevues utilisée dans le cadre de la prise de mesure (Stallones et al., 2008). Cet effet n'a toutefois pas été évalué dans le cadre de la présente étude.

Enfin, la mesure de la disposition à agir peut soutenir l'évaluation des programmes; elle appuie une meilleure compréhension des caractéristiques des communautés expérimentales et contrôle et permet de déterminer dans quelle mesure celles-ci sont effectivement comparables (Edwards, Jumper-Thurman, Plested, Oetting, & Swanson, 2000; Slater et al., 2005). Dans le cas présent, les communautés semblent assez similaires. Ce constat pourra éclairer les résultats d'études visant à évaluer l'effet de la mise en place d'un programme de prévention de la maltraitance.

Les résultats, applicables à un contexte de prévention de la maltraitance, pourraient être pertinents afin de comprendre la disposition à agir de d'autres communautés québécoises. En recherche qualitative, il est impossible de généraliser, mais il est possible de tirer des leçons transférables à d'autres contextes (Lincoln & Guba, 1985). Ce serait le cas dans la présente étude, d'autant plus que les quatre communautés présentent des

portraits de disposition à agir assez semblables. Les facteurs identifiés par les informateurs-clés comme susceptibles d'influencer l'état de la disposition à agir sont rarement des éléments spécifiques à leur communauté, mais plutôt des aspects généralisés au Québec. Il serait donc raisonnable de croire que les résultats obtenus sont transférables à d'autres communautés québécoises présentant des caractéristiques analogues.

Bibliographie

- Aboud, F., Huq, N. L., Larson, C. P., & Ottisova, L. (2010). An assessment of community readiness for HIV/AIDS preventive interventions in rural Bangladesh. *Social Science & Medicine*, 70(3), 360-367. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.10.011
- Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Plan d'action régional de santé publique 2009-2012, Québec, Direction régionale de santé publique, 2009. 144 pages.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Plan régional de santé publique 2010-2015, Québec, Direction de santé publique, 2011. 72 pages.
- Anderson, D., Plotnikoff, R. C., Raine, K., Cook, K., Smith, C., & Barrett, L. (2004). Towards the development of scales to measure 'will' to promote heart health within health organizations in Canada. *Health Promotion International*, 19(4), 471-481. doi: 10.1093/heapro/dah409
- Arthur, S., & Nazroo, J. (2003). Designing fieldwork strategies and materials. Dans J. Ritchie & J. Lewis (Eds.), *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers* (pp. 109-137). London: Sage Publications.
- Axford, N., Lehtonen, M., Kaoukji, D., Tobin, K., & Berry, V. (2012). Engaging parents in parenting programs: Lessons from research and practice. *Children and Youth Services Review*, 34(10), 2061-2071.
- Basic, J. (2015). Community mobilization and readiness: Planning flaws which challenge effective implementation of 'Communities that care' (CTC) prevention system. *Substance Use & Misuse*, 50(8/9), 1083-1088. doi: 10.3109/10826084.2015.1007655
- Battaglia, T. A., Murrell, S. S., Bhosrekar, S. G., Caron, S. E., Bowen, D. J., Smith, E., et al. (2012). Connecting Boston's public housing developments to community health centers: who's ready for change? *Progress in community health partnerships: research, education, and action*, 6(3), 239-248. doi: 10.1353/cpr.2012.0035
- Beauregard, D., Poissant, J., & Comeau, L. (2010). *Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type Services intégrés en périnatalité et pour le petite enfance en fonction de différentes clientèles*. Québec: Direction du développement des individus et des communautés, Institut national en santé publique, Gouvernement du Québec.
- Bechhofer, F., & Paterson, L. (2012). *Principles of research design in the social sciences*. London: Routledge.
- Beebe, T. J., Harrison, P. A., Sharma, A., & Hedger, S. (2001). The community readiness survey: Development and initial validation. *Evaluation Review*, 25(1), 55-71. doi: 10.1177/0193841x0102500103
- Blais, M. (2006). *Changement du paradigme de la santé publique et transformations de la forme de l'état*. (Mémoire de maîtrise en sociologie), Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Borrayo, E. A. (2007). Using a community readiness model to help overcome breast health disparities among U.S. Latinas. *Substance Use & Misuse*, 42(4), 603-619. doi: 10.1080/10826080701202205
- Brand, T., Gansefort, D., Rothgang, H., Roseler, S., Meyer, J., & Zeeb, H. (2016). Promoting community readiness for physical activity among older adults in Germany - protocol of the ready to change intervention trial. *BMC Public Health*, 16(1), 016-2761.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Butchart, A., Phinney Harvey, A., Milan, M., Fürniss, T., & Kahane, T. (2006). *Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants: intervenir et produire des données*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé, Département de la prévention de la violence et des traumatismes.
- Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales. (2005). *Les mauvais traitements physiques envers les jeunes enfants. Bilan de connaissances*. Montréal: CLIPP.
- Cerezo, M. A., & Pons-Salvador, G. (2004). Improving child maltreatment detection systems: a large-scale case study involving health, social services, and school professionals. *Child Abuse & Neglect*, 28(11), 1153-1169. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.06.007

- Chilenski, S. M., Greenberg, M. T., & Feinberg, M. E. (2007). Community readiness as a multidimensional construct. *Journal of Community Psychology, 35*(3), 347-365. doi: 10.1002/jcop.20152
- Clément, M.-È., Bernèche, F., Fontaine, C., & Chamberland, C. (2012). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2012: Les attitudes parentales et les pratiques familiales*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Clément, M.-È., Chamberland, C., Côté, L., Dubeau, D., & Beauvais, B. (2005). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2004*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Clément, M.-È., Dufour, S., & Baril, K. (2009). *La violence à l'égard des enfants en milieu familial*. Anjou, Québec: Éditions CEQ.
- Drake, B., & Jonson-Reid, M. (2014). Poverty and child maltreatment. Dans J. E. Korbin & R. D. Krugman (Eds.), *Handbook of child maltreatment* (pp. 131-148). Dordrecht, New York: Springer.
- Dreisinger, M. L., Boland, E. M., Filler, C. D., Baker, E. A., Hessel, A. S., & Brownson, R. C. (2012). Contextual factors influencing readiness for dissemination of obesity prevention programs and policies. *Health Education Research, 27*(2), 292-306. doi: 10.1093/her/cyr063
- Edwards, R. W., Jumper-Thurman, P., Plested, B. A., Oetting, E. R., & Swanson, L. (2000). Community readiness: Research to practice. *Journal of Community Psychology, 28*(3), 291-307.
- Ehlers, D. K., Huberty, J. L., & Beseler, C. L. (2013). Is school community readiness related to physical activity before and after the Ready for Recess intervention? *Health Education Research, 28*(2), 192-204. doi: 10.1093/her/cys102
- Elliott, D. S., & Mihalic, S. (2004). Issues in disseminating and replicating effective prevention programs. *Prevention Science, 5*(1), 47-52. doi: 10.1023/b:prev.0000013981.28071.52
- Eng, E., & Parker, E. (1994). Measuring community competence in the Mississippi delta: The interface between program evaluation and empowerment. *Health Education & Behavior, 21*(2), 199-220. doi: 10.1177/109019819402100206
- Feinberg, M. E., Greenberg, M. T., Osgood, D. W., Anderson, A., & Babinski, L. (2002). The effects of training community leaders in prevention science: Communities That Care in Pennsylvania. *Evaluation and Program Planning, 25*(3), 245-259. doi: 10.1016/S0149-7189(02)00019-8
- Findholt, N. (2007). Application of the community readiness model for childhood obesity prevention. *Public Health Nursing, 24*(6), 565-570. doi: 10.1111/j.1525-1446.2007.00669.x
- Flaspohler, P., Duffy, J., Wandersman, A., Stillman, L., & Maras, M. A. (2008). Unpacking prevention capacity: An intersection of research-to-practice models and community-centered models. *American Journal of Community Psychology, 41*(3-4), 182-196. doi: 10.1007/s10464-008-9162-3
- Flaspohler, P., Meehan, C., Maras, M. A., & Keller, K. E. (2012). Ready, willing, and able: Developing a support system to promote implementation of school-based prevention programs. *American Journal of Community Psychology, 50*(3-4), 428-444. doi: 10.1007/s10464-012-9520-z
- Fortin, S., Frappier, J.-Y., & Déziel, L. (2011). *Prévention du syndrome du bébé secoué et de la maltraitance infantile*. CHU Sainte-Justine et Université de Montréal.
- Frerichs, L., Brittin, J., Robbins, R., Steenson, S., Stewart, C., Fisher, C., et al. (2015). SaludABLEOmaha: Improving readiness to address obesity through healthy lifestyle in a Midwestern Latino community, 2011–2013. *Preventing Chronic Disease: Public Health Research, Practice, and Policy, 12*. doi: 10.5888/pcd12.140328
- Gagné, M.-H., & Drapeau, S. (2013a, Octobre) *Besoins, ressources et disposition à agir en prévention de la maltraitance: territoire du CLSC Jacques-Cartier*. Communication présentée à la réunion des partenaires locaux de la Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance, Québec.
- Gagné, M.-H., & Drapeau, S. (2013b, Septembre) *Besoins, ressources et disposition à agir en prévention de la maltraitance: territoire du CLSC Orléans*. Communication présentée à la réunion des partenaires locaux de la Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance, Québec.
- Gagné, M.-H., Drapeau, S., & Saint-Jacques, M.-C. (2012). Qu'est-ce qui fonctionne pour prévenir la maltraitance envers les enfants ? Dans M.-H. Gagné, S. Drapeau & M.-C. Saint-Jacques (Eds.), *Les enfants maltraités : de l'affliction à l'espoir. Pistes de compréhension et d'action*. (pp. 9-40). Québec: Les Presses de l'Université Laval.

- Gagné, M.-H., Guay, D., Richard, M.-C., Normandeau, S., Clément, M.-È., Drapeau, S., et al. (2013, février) *Implementing a new child maltreatment prevention strategy: a collective decision-making method*. Communication présentée à la Helping Families Change Conference, Los Angeles.
- Gagné, M.-H., Normandeau, S., Clément, M.-È., & Brunson, L. (2014a, Février) *Besoins, ressources et disposition à agir en prévention de la maltraitance: territoire du CLSC Mercier-Est/Anjou*. Communication présentée à la réunion des partenaires locaux de la Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance, Montréal.
- Gagné, M.-H., Normandeau, S., Clément, M.-È., & Brunson, L. (2014b, Mars) *Besoins, ressources et disposition à agir en prévention de la maltraitance: territoire du CLSC Rosemont*. Communication présentée à la réunion des partenaires locaux de la Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance, Montréal.
- Gagné, M.-H., Richard, M.-C., & Dubé, C. (2015). *Prévenir la maltraitance des enfants par le soutien au rôle parental. Différenciation du système Triple P par rapport aux autres programmes en usage au Québec*. Québec: Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance, Université Laval.
- Gagné, M.-H., Thomas, F. (2015, Octobre) *Sommes-nous prêts à implanter un programme à données probantes dans une visée de prévention de la maltraitance ?* Communication présentée au 7^{ième} Congrès québécois sur la maltraitance envers les enfants et les adolescents, Montréal.
- Gauthier, J., & Langlois, A. (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008*. Québec: Direction générale de la santé publique, Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Gibbon, M., Labonte, R., & Laverack, G. (2002). Evaluating community capacity. *Health & Social Care in the Community*, 10(6), 485-491. doi: 10.1046/j.1365-2524.2002.00388.x
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68-81.
- Goodman, R. M., Speers, M. A., McLeroy, K., Fawcett, S., Kegler, M., Parker, E., et al. (1998). Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement. *Health Education & Behavior*, 25(3), 258-278.
- Goulet, C., Frappier, J. Y., Fortin, S., Déziel, L., Lampron, A., & Boulanger, M. (2009). Development and evaluation of a shaken baby syndrome prevention program. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 38(1), 7-21.
- Gouvernement du Québec. (2015). *Projet de loi 10: Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Québec: Éditeur officiel du Québec.
- Hahn, E. J., Rayens, M. K., Adkins, S., Begley, K., & York, N. (2015). A controlled community-based trial to promote smoke-free policy in rural communities. *The Journal of Rural Health*, 31(1), 76-88. doi: 10.1111/jrh.12087
- Hammond, W. R. (2003). Public health and child maltreatment prevention: The role of the Centers for Disease Control and Prevention. *Child Maltreatment*, 8(2), 81-83. doi: 10.1177/1077559503253711
- Hélie, S., Turcotte, D., Trocmé, N., & Tourigny, M. (2012). *Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse en 2008: Rapport final*. Montréal: Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.
- Jung, H. P., Herrenkohl, T. I. P., Lee, J. O. P., Klika, J. B. M. S. W., & Skinner, M. L. P. (2015). Effects of physical and emotional child abuse and its chronicity on crime into adulthood. *Violence and Victims*, 30(6), 1004-1018.
- Kagi, R., & Regala, D. (2012). Translating the Adverse Childhood Experiences (ACE) study into public policy: Progress and possibility in Washington state. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 40(4), 271-277. doi: 10.1080/10852352.2012.707442
- Kakefuda, I., Stallones, L., & Gibbs, J. (2008). Readiness for community-based bicycle helmet use programs: A study using community-and individual-level readiness models. *Journal of Health Psychology*, 13(5), 639-643. doi: 10.1177/1359105308090935

- Kesten, J. M., Griffiths, P. L., & Cameron, N. (2015). A critical discussion of the community readiness model using a case study of childhood obesity prevention in England. *Health & Social Care in the Community*, 23(3), 262-271. doi: 10.1111/hsc.12139
- Kilburn, M. R., & Karoly, L. A. (2008). *The economics of early childhood policy: What the dismal science has to say about investing in children*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
- Kim, B., & Maguire-Jack, K. (2015). Community interaction and child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 41, 146-157. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.07.020
- Kimbrough-Melton, R. J., & Campbell, D. (2008). Strong communities for children: a community-wide approach to prevention of child abuse and neglect. *Family & Community Health*, 31(2), 100. doi: 10.1097/01.fch.0000314571.28410.98
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A., & Lozano-Ascencio, R. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé.
- Labonte, R., & Laverack, G. (2001). Capacity building in health promotion, Part 1: For whom? And for what purpose? *Critical Public Health*, 11(2), 111-127. doi: 10.1080/09581590110039838
- Lawsin, C. R., Borryo, E. A., Edwards, R., & Belloso, C. (2007). Community readiness to promote Latinas' participation in breast cancer prevention clinical trials. *Health & Social Care in the Community*, 15(4), 369-378. doi: 10.1111/j.1365-2524.2007.00695.x
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, California: Sage Publications.
- MacMillan, H. L., Jamieson, E., & Walsh, C. A. (2003). Reported contact with child protection services among those reporting child physical and sexual abuse: Results from a community survey. *Child Abuse & Neglect*, 27(12), 1397-1408. doi: 10.1016/j.chiabu.2003.06.003
- Massé, L. (2009). L'évaluation des besoins : un outil pour la planification. Dans M. Alain & D. Dessureault (Eds.), *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale* (pp. 73-100). Sainte-Foy: Les Presses de l'Université du Québec.
- Mendel, P., Meredith, L., Schoenbaum, M., Sherbourne, C., & Wells, K. (2008). Interventions in organizational and community context: A framework for building evidence on dissemination and implementation in health services research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35(1-2), 21-37. doi: 10.1007/s10488-007-0144-9
- Mikton, C., Mehra, R., Butchart, A., Addiss, D., Almuneef, M., Cardia, N., et al. (2011). A multidimensional model for child maltreatment prevention readiness in low- and middle-income countries. *Journal of Community Psychology*, 39(7), 826-843. doi: 10.1002/jcop.20474
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Millar, L., Robertson, N., Allender, S., Nichols, M., Bennett, C., & Swinburn, B. (2013). Increasing community capacity and decreasing prevalence of overweight and obesity in a community based intervention among Australian adolescents. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 56(6), 379-384. doi: 10.1016/j.ypmed.2013.02.020
- Ministère de la Famille et de l'Enfance. (2002). *Protocole CLSC-CPE; guide d'implantation, entente-cadre et protocole-type*. Québec: Ministère de la Famille et de l'Enfance, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Association des CLSC et des CHSLD du Québec, Concertation inter-régionale des centres de la petite enfance du Québec, Fédération des centres de la petite enfance du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité: Cadre de référence*. Québec: Direction des communications, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). Plan stratégique 2010-2015. Québec: La Direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux du Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025*. Québec: Gouvernement du Québec, Direction générale de la santé publique.
- Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. Paris: Armand Colin.
- Nelson, G., & Caplan, R. (2014). The prevention of child physical abuse and neglect: An Update. *Journal of Applied Research on Children: Informing Policy for Children at Risk*, 5(1), 3.

- Oberleitner, L. M. S., Smith, P. H., Weinberger, A. H., Mazure, C. M., & McKee, S. A. (2015). Impact of exposure to childhood maltreatment on transitions to alcohol dependence in women and men. *Child Maltreatment, 20*(4), 301.
- Oetting, E. R., Donnermeyer, J. F., Plested, B. A., Edwards, R. W., Kelly, K., & Beauvais, F. (1995). Assessing community readiness for prevention. *The International journal of the addictions, 30*(6), 659-683. doi: 10.3109/10826089509048752
- Ogilvie, K., Moore, R., Ogilvie, D., Johnson, K., Collins, D., & Shamblen, S. (2008). Changing community readiness to prevent the abuse of inhalants and other harmful legal products in Alaska. *Journal of Community Health, 33*(4), 248-258. doi: 10.1007/s10900-008-9087-7
- Organisation mondiale de la santé. (2013). Readiness assessment for the prevention of child maltreatment. Récupéré sur: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/child/cmp_readiness/en/index.html
- Özdemir, M., & Giannotta, F. (2014). Improving dissemination of evidence-based programs through researcher-practitioner collaboration. *New directions for youth development, 2014*(141), 107-116.
- Pailé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.
- Palermo, A.-G. S. (2013). *Organizational preparedness and community readiness for a public health emergency among community service provider organizations in east Harlem, New York city*. (Thèse de doctorat), City University of New York, US.
- Paltzer, J., Black, P., & Moberg, D. P. (2013). Evaluating community readiness to implement environmental and policy-based alcohol abuse prevention strategies in Wisconsin. *Journal of Alcohol and Drug Education, 57*(3), 27-50.
- Peercy, M., Gray, J., Thurman, P. J., & Plested, B. (2010). Community readiness: An effective model for tribal engagement in prevention of cardiovascular disease. *Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance, 33*(3), 238-247.
- Pichon, L. C., Powell, T. W., Ogg, S. A., Williams, A. L., & Becton-Odum, N. (2015). Factors influencing black churches' readiness to address hiv. *Journal of Religion and Health*. doi: 10.1007/s10943-015-0117-3
- Plested, B. A., Edwards, R. W., & Jumper-Thurman, P. (2006). Community Readiness: A handbook for successful change. Récupéré sur Tri-Ethnic center for prevention research : <http://triethniccenter.colostate.edu/>
- Powers, J., Maley, M., Purington, A., Schantz, K., & Dotterweich, J. (2015). Implementing evidence-based programs: Lessons learned from the field. *Applied Developmental Science, 19*(2), 108-116. doi: 10.1080/10888691.2015.1020155
- Rappaport, J. (1984). Studies in Empowerment. *Prevention in Human Services, 3*(2-3), 1-7. doi: 10.1300/J293v03n02_02
- Ritchie, J. (2003). The applications of qualitative methods to social research. Dans J. Ritchie & J. Lewis (Eds.), *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers* (pp. 24-46). London: Sage Publications.
- Rosas, S. R., Behar, L. B., & Hydaker, W. M. (2014). Community readiness within systems of care: The validity and reliability of the system of care readiness and implementation measurement scale (soc-rims). *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. doi: 10.1007/s11414-014-9401-3
- Sampson, R. J., Raudenbush, S. W., & Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science, 277*(5328), 918-924. doi: 10.1126/science.277.5328.918
- Sanders, M. R. (1999). Triple P-Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review, 2*(2), 71-90. doi: 10.1023/a:1021843613840
- Slater, M. D., Edwards, R. W., Plested, B. A., Thurman, P. J., Kelly, K. J., Comello, M. L. G., et al. (2005). Using community readiness key informant assessments in a randomized group prevention trial: Impact of a participatory community-media intervention. *Journal of Community Health: The Publication for Health Promotion and Disease Prevention, 30*(1), 39-53. doi: 10.1007/s10900-004-6094-1
- Stallones, L., Gibbs-Long, J., Gabella, B., & Kakefuda, I. (2008). Community readiness and prevention of traumatic brain injury. *Brain Injury, 22*(7-8), 555-564. doi: 10.1080/02699050802132487

- Stith, S., Pruitt, I., Dees, J., Fronce, M., Green, N., Som, A., et al. (2006). Implementing community-based prevention programming: A review of the literature. *Journal of Primary Prevention*, 27(6), 599-617. doi: 10.1007/s10935-006-0062-8
- Strauss, A. (1990). *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, California: Sage Publications
- Therrien, L., April, L., Bordeleau, L., Brassard, S., Clapperton, I., Comeau, L., et al. (2011). *Optimisation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*. Québec: Direction des communications, Ministère de la santé et des services sociaux.
- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237-246. doi: 10.1177/1098214005283748
- Trent, T. R., & Chavis, D. M. (2009). Scope, scale, and sustainability: What it takes to create lasting community change. *The Foundation Review*, 1(1), 8.
- Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Sinha, V., Black, T., Fast, E., et al. (2010). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements des cas de violence et de négligence envers les enfants, 2008: Données principales*. Ottawa: Agence de la santé publique du Canada.
- van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. London, Ontario: Althouse Press.
- Wandersman, A., Clary, E. G., Forbush, J., Weinberger, S. G., Coyne, S. M., & Duffy, J. L. (2006). Community organizing and advocacy: Increasing the quality and quantity of mentoring programs. *Journal of Community Psychology*, 34(6), 781-799. doi: 10.1002/jcop.20129
- Watson-Thompson, J., Woods, N. K., Schober, D. J., & Schultz, J. A. (2013). Enhancing the capacity of substance abuse prevention coalitions through training and technical assistance. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 41(3), 176-187. doi: 10.1080/10852352.2013.788345
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational, and community levels of analysis. Dans J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of Community Psychology* (pp. 43-63). New-York, NY: Springer.

Annexe A : Stratégie de recension

Les bases documentaires consultées sont : *Psycnet*, *Social services abstract*, *Santé Com*, *Social Sciences Full Texts*, *Psychology and Behavior Collections Science*, Repères, *Medline* et *Sociological abstract*. La recherche a été effectuée à partir des combinaisons de mots-clés suivantes: 1) *readiness AND prevention AND community*, 2) *community capacity AND prevention*, 3) *readiness AND child abuse OR child neglect*, 4) *community capacity*

AND child abuse OR child neglect. En ce qui concerne les bases de données documentaires en français, les recherches ont été effectuées à l'aide des mots clés suivants utilisés séparément : disposition à agir, capacité communautaire et maltraitance envers les enfants. Certaines revues spécialisées dans le domaine telles que le *Journal of Community Psychology*, et le *Journal of Prevention & Intervention in the Community* ont aussi été consultées à la recherche d'articles pertinents publiés au cours de cinq dernières années.

En ce qui concerne toutes les sources précédemment mentionnées, les articles conservés devaient traiter de la disposition à agir des communautés ou d'un construit similaire employé dans un contexte préventif. Les articles devaient avoir été publiés après 2000. Certains articles tels que ceux traitant spécifiquement de la disposition à agir en prévention de la maltraitance ou ceux très fréquemment cités étaient considérés comme particulièrement pertinents. En ce qui concerne ce type d'articles, la liste de références de même que les articles subséquents les ayant cités ont été consultés. Les articles faisant partie des listes de références pouvaient être consultés même si leur date de publication était antérieure à 2000. La recension initiale a été effectuée à l'été 2013 puis répétée à l'automne 2015, ce qui a permis d'intégrer de nouvelles publications.

Annexe B : Stades de disposition à agir

Traduction libre à partir de Oetting et al. (1995)

Stade	Définition
Aucune prise de conscience du problème	Les membres de la communauté de même que les leaders ne reconnaissent pas l'enjeu comme un problème, mais plutôt comme une réalité immuable.
Déni	Bien qu'elle puisse faire preuve d'une certaine reconnaissance du problème, la communauté se sent impuissante ou peu concernée.
Prise de conscience vague	La communauté commence à reconnaître le problème et la nécessité d'agir. Elle est cependant peu motivée dans l'immédiat. De plus, le leadership est inexistant ou les leaders manquent de motivation.
Pré-planification	La présence d'un problème et la nécessité d'agir sont clairement reconnues. Le leadership s'organise et des comités peuvent être constitués.
Préparation	La planification est en cours. Certaines informations générales concernant le problème sont recueillies. Les leaders sont actifs, prennent des décisions concernant les actions qui seront réalisées et recherchent activement des ressources.
Initiation	Les informations disponibles sont suffisantes pour justifier les efforts. Des activités ou des actions démarrent. Du personnel est en formation et les leaders peuvent être très enthousiastes.
Stabilisation	Quelques programmes ou activités sont en cours, supportés par les décideurs et perçus comme stables. Le personnel est expérimenté et la communauté ressent peu le besoin de changement ou d'expansion.
Confirmation ou expansion	Certains efforts sont en place et l'expansion ou l'amélioration de ces efforts sont encouragées par les dirigeants de la communauté. Les efforts originaux ont été évalués et modifiés et de nouveaux efforts sont à l'essai dans le but de rejoindre une plus grande part de la population ou de mieux rejoindre les groupes à risque. Des données sont récoltées en ce qui concerne l'étendue du problème et ses facteurs de risques.
Professionnalisation	Des connaissances concernant le problème et ses facteurs de risques sont disponibles et détaillées. Les efforts sont adaptés au risque présenté par différents groupes dans la population et des évaluations sont utilisées afin de perfectionner le programme. Le programme est supporté par les dirigeants, la communauté et un personnel très qualifié.

Annexe C : Exemples d'énoncés descriptifs pour guider la cotation de la disposition à agir

Traduction libre à partir de Plested et al. (2006)

Dimension 5. Connaissance à propos du problème

-

1 Le problème n'est pas considéré comme un enjeu.

-

2 Pas de connaissance à propos du problème.

-

3 Certains membres de la communauté ont quelques connaissances à propos du problème.

-

4 Certaines membres de la communauté reconnaissent les signes et symptômes associés au problème, mais certaines informations sont encore manquantes.

-

5 Les membres de la communauté savent reconnaître les signes et symptômes du problème au sein de la communauté et de l'information générale est disponible.

-

6 La majorité des membres de la communauté connaissent les signes et symptômes du problème et savent que ce problème touche leur communauté. Des données locales sont disponibles.

-

7 Les membres de la communauté ont accès à de l'information détaillée concernant la prévalence locale du problème.

-

8 Les membres de la communauté connaissent la prévalence, les facteurs de risques, les causes et les conséquences du problème.

-

9 Les membres de la communauté ont de l'information détaillée à propos du problème et à propos de l'efficacité des programmes locaux mis en place.

Schéma d'entrevue sur la disposition de la communauté à agir en prévention de la maltraitance

Instructions

« Cet entretien s'inscrit dans une analyse des besoins et des ressources de la communauté définie par le territoire de [nom] en matière de prévention de la maltraitance envers les enfants et de soutien à la parentalité. La raison pour laquelle vous avez été sollicité est que vous avez le profil pour être un bon informateur sur cette communauté. Ainsi, l'entretien vise à connaître votre perspective personnelle, et non la position officielle de votre organisation.

Vous avez déjà répondu à un questionnaire portant sur les besoins et les ressources du territoire en lien avec la prévention de la maltraitance et le soutien à la parentalité. L'entretien d'aujourd'hui nous permettra d'approfondir certains aspects relatifs à la disposition à agir de la communauté en prévention de la maltraitance. Autrement dit, jusqu'à quel point la communauté de [nom] peut-elle, et veut-elle, s'engager dans des activités de prévention de la maltraitance, et quels sont les facteurs qui influencent cette capacité et cette volonté?

Je vous poserai des questions ouvertes et je vous demanderai d'y répondre au mieux de votre connaissance. L'entretien prendra entre 60 et 90 minutes de votre temps et sera enregistré pour fins de retranscription et d'analyse. Je vous rappelle que tout ce que vous direz sera traité de manière confidentielle.

Avez-vous des questions avant de commencer? »

Question de démarrage



« J'aimerais d'abord que vous me fassiez part de votre vision de la communauté délimitée par le territoire de [nom]. Si vous aviez à me faire le portrait de cette communauté en quelques phrases, que diriez-vous? »

Questions d'approfondissement :

- Parlez-moi de sa population : quelles en sont les principales caractéristiques?
- Selon vous, quelles sont les principales forces, ou les principaux atouts, sur lesquels cette communauté peut compter pour se développer?
- Selon vous, quels sont les principaux défis, ou les principaux problèmes ou enjeux, auxquels cette communauté fait face actuellement?

Thème 1

La problématique de la maltraitance dans la communauté

<p>À la section précédente, si la violence, les abus, la négligence ou la maltraitance envers les enfants <u>sont spontanément nommés</u> parmi les problèmes de la communauté, posez les questions suivantes :</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>« Vous avez mentionné que [la violence, les abus, la négligence, la maltraitance] envers les enfants constitue un problème dans cette communauté. À vos yeux, jusqu'à quel point ce problème est-il important, comparé aux autres problèmes de cette communauté? »</p> <p>« Selon vous, pour quelle(s) raison(s) ce problème est-il si préoccupant sur le territoire de [nom]? »</p>	<p>À la section précédente, si la violence, les abus, la négligence ou la maltraitance envers les enfants <u>ne sont pas nommés</u> parmi les problèmes de la communauté, posez les questions suivantes :</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>« Selon vous, est-ce que [la violence, les abus, la négligence, la maltraitance] envers les enfants est une préoccupation dans cette communauté? »</p> <p>- « <u>Si oui</u>, quelle est selon vous l'importance relative de ce problème, comparé aux autres problèmes de la communauté que vous avez mentionnés? »</p> <p>- « <u>Si non</u>, pour quelle(s) raison(s) ce problème n'est-il pas jugé préoccupant? Devrait-il l'être davantage, selon vous? »</p>
--	---

Thème 2

Disposition à agir de la communauté en prévention de la maltraitance

« Les prochaines questions que je vais vous poser portent sur la disposition à agir de la communauté en prévention de la maltraitance. Parlons d'abord de capacité. À votre connaissance, jusqu'à quel point la communauté est-elle capable de mettre en place les interventions et les conditions requises pour prévenir la maltraitance envers les enfants? »

Questions d'approfondissement

Si la capacité est bonne :

- Pouvez-vous me parler d'exemples concrets qui illustrent la capacité de la communauté dans ce domaine?
- Sur quoi s'appuie cette capacité?
- Est-ce qu'il y a des éléments qui font obstacles au développement d'une capacité à prévenir la maltraitance dans cette communauté?

Si la capacité est moins bonne :

- Pouvez-vous me parler d'exemples concrets qui illustrent la capacité limitée de la communauté dans ce domaine?
- Quels sont les éléments qui font obstacles au développement d'une capacité à prévenir la maltraitance dans cette communauté?

- Quels sont les éléments sur lesquels la capacité pourrait s'appuyer?

« Nous avons parlé de capacité, nous allons maintenant parler de volonté. À votre connaissance, jusqu'à quel point la communauté est-elle mobilisée, ou prête à se mobiliser, pour prévenir la maltraitance envers les enfants? »

Question d'approfondissement :

Si la communauté est mobilisée :

- Comment expliquez-vous cette mobilisation ?

Si la communauté n'est pas mobilisée :

- Comment expliquez-vous ce manque de mobilisation?

« Cette figure (voir annexe) illustre divers aspects susceptibles d'influencer tant la capacité que la volonté d'une communauté à agir en prévention de la maltraitance envers les enfants. Lors de vos réponses aux questions précédentes, vous m'avez déjà parlé de... [faites ici une synthèse des aspects qui ont été mentionnés et profitez-en pour valider votre compréhension avec le répondant]. En observant cette figure, diriez-vous que d'autres éléments dont nous n'avons pas encore parlé sont importants pour déterminer la capacité ou la volonté de la communauté de [X] à agir en matière de prévention de la maltraitance? » [Si le répondant ne fait que nommer des éléments, demandez-lui de justifier sa réponse : qu'est-ce qui lui fait dire ça?]

Thème 3

Implantation d'un nouveau programme de prévention de la maltraitance

« Compte tenu de tout ce dont on vient de parler, comment un nouveau projet visant la prévention de la maltraitance serait-il reçu dans la communauté [X], selon vous ? »

Question d'approfondissement :

- À quoi les promoteurs d'un nouveau projet devraient-ils être sensibles pour favoriser l'acceptation de leur projet par la communauté?

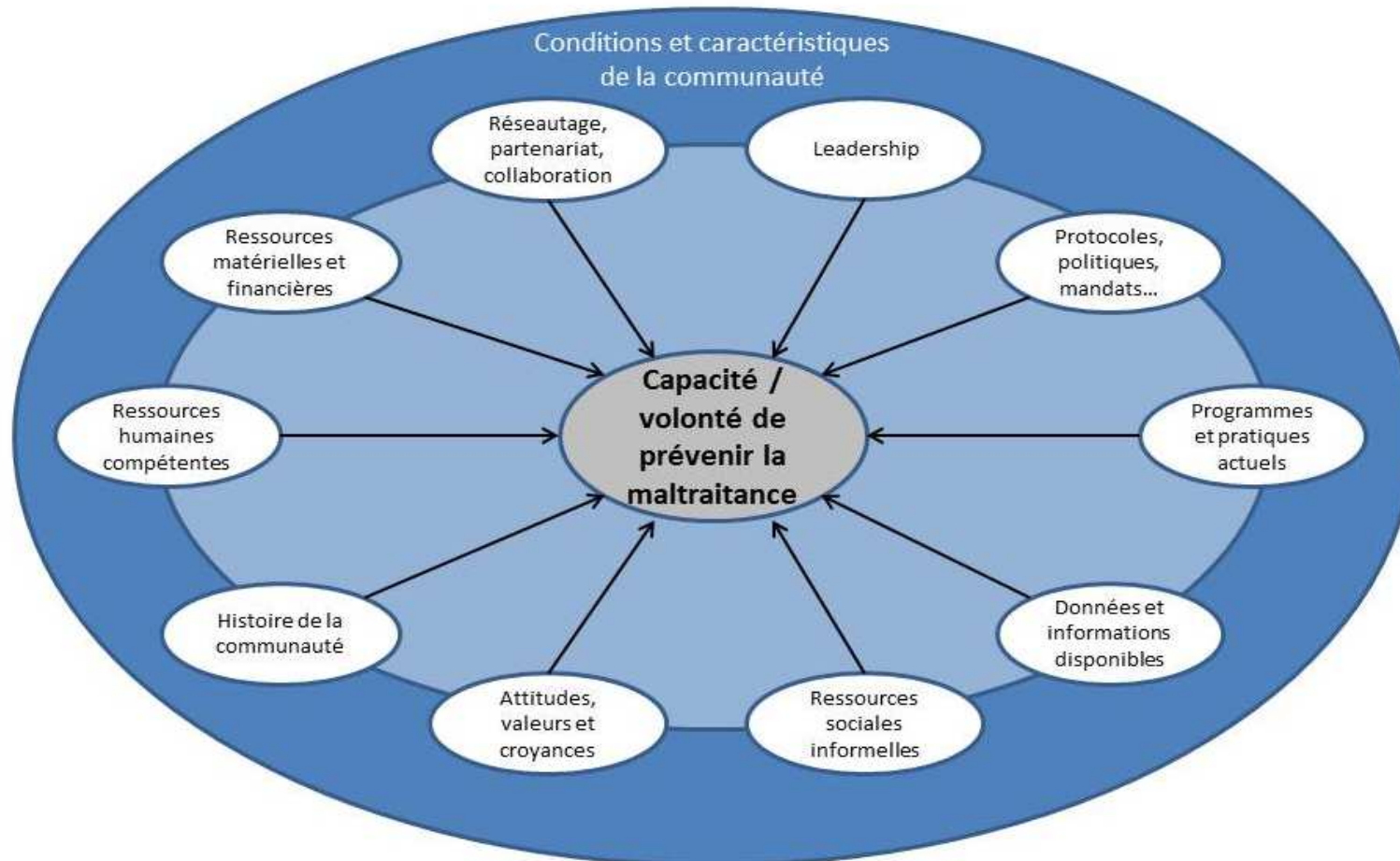
Conclusion

« En terminant, y a-t-il quelque chose dont nous n'avons pas encore parlé, et que vous jugez important de me communiquer en rapport avec la communauté [X] ? »

MERCI

Annexe E : Graphique illustrant les dimensions de la disposition à agir en prévention de la maltraitance

Inspiré de Mikton et al. (2011)



Annexe F : Dimensions de la disposition à agir et définitions associées

Inspiré de Mikton et al. (2011)

Dimension	Définition
Leadership	Présence de membres influents de la communauté pouvant supporter les efforts de prévention de même que rallier la communauté autour d'un but commun
Protocoles, politiques et mandats	Orientations politiques en lien avec la prévention de la maltraitance et coordination des contributions multisectorielles
Programmes et pratiques actuelles	Interventions actuellement mises en place dans la communauté afin de prévenir la maltraitance
Données et informations disponibles	Données disponibles à l'échelle nationale, régionale et locale en ce qui concerne la prévalence et la distribution du problème de même que les données concernant les facteurs de risques et les conséquences à court et à long terme
Attitudes, valeurs et croyances	Position des organisations et de la population en lien avec la prévention de la maltraitance
Histoire de la communauté	Changements sociaux, politiques et économiques ayant eu lieu dans la communauté et compréhension de ceux-ci par la population, expériences passées de mobilisation communautaires et de programmes de prévention
Ressources humaines compétentes	Compétences, connaissances et expertise technique et administrative du personnel, présence d'institutions favorisant l'acquisition de ces compétences, connaissances et expertise
Ressources matérielles et financières	Budgets et infrastructures disponibles pour la prévention de la maltraitance
Réseautage, le partenariat et la collaboration	Degré d'intégration des différents secteurs, liens institutionnels et collaboration intersectorielle par exemple par le biais de tables de concertation, de coalitions et d'alliances entre les institutions
Ressources sociales informelles	Liens interpersonnels, liens de confiance mutuelle dans la communauté et participation citoyenne (implication de la population dans des organisations communautaires, participation aux activités et action politique)

Annexe G : Feuillet d'information concernant les entrevues avec les informateurs-clés

(Recto et verso)

Deuxième phase de collecte de données

Analyse des besoins et ressources locaux en prévention de la maltraitance

Une deuxième collecte de données sera réalisée dans le cadre de ce projet. Sous forme d'un entretien d'une durée variant entre 60 et 90 minutes, elle permettra d'explorer la capacité et la disposition de votre communauté à prévenir la maltraitance.

Vous avez une connaissance approfondie de votre communauté (caractéristiques, enjeux, défis, forces) ? Vous y êtes impliqué-e activement ? Vous avez une certaine influence sur les décisions qui s'y prennent ou les activités qui s'y déroulent ?

Si vous avez répondu oui à l'une ou l'autre de ces questions, vous êtes un **informateur-clé** et nous sommes intéressés à vous rencontrer!

Si vous êtes intéressés à partager votre expertise, merci d'indiquer vos coordonnées ci-après et de les faire parvenir par courrier postal à l'adresse indiquée au verso.

En indiquant vos coordonnées, vous acceptez d'être contacté dans le cadre de la deuxième phase de la collecte de données. Cette démarche ne vous engage à rien.

Merci de déposer à la poste une fiche dûment remplie.

Nom _____
Numéro de téléphone _____
Adresse électronique _____

Marie-Claude Richard
Coordonnatrice et agente de liaison
Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance
Université Laval
Pavillon Charles-De Koninck
Bureau 2454
Québec (Québec)
G1V 0A6

Annexe H : Fiche informative sur l'entrevue

(Exemple pour le territoire de CLSC Mercier-Est/ Anjou)

Fiche informative sur l'entrevue

Afin de vous préparer à l'entrevue, voici quelques lignes directrices.

Cet entretien s'inscrit dans une analyse des besoins et des ressources de la communauté définie par le territoire du CLSC Mercier-Est/Anjou en matière de prévention de la maltraitance envers les enfants. Il nous permettra d'approfondir certains aspects relatifs à la capacité de la communauté à agir en prévention de la maltraitance et sa disposition à le faire.

Lors de l'entretien, nous aborderons dans un premier temps votre vision de la communauté délimitée par le territoire du CLSC Mercier-Est/Anjou. Par la suite, nous vous poserons des questions sur trois thèmes :

- La problématique de la maltraitance dans la communauté : son importance, ses raisons.
- La capacité et la volonté de la communauté à prévenir la maltraitance.
- L'accueil de la communauté face à l'implantation d'un nouveau programme de prévention de la maltraitance.

Nous vous poserons des questions ouvertes et nous vous demanderons d'y répondre au mieux de votre connaissance. L'entretien sera d'une durée de 60 à 90 minutes et il sera enregistré pour des fins de retranscription et d'analyse. Nous vous rappelons que tout ce que vous direz sera traité de manière confidentielle.

MERCI DE VOTRE GÉNÉREUSE PARTICIPATION

Annexe I : Tableau utilisé pour dégager des similarités et des différences d'un territoire à l'autre

Tableau fourni à titre d'exemple

Ressources matérielles et financières disponibles sur les différents territoires

	Territoires			
	Orléans	Jacques-Cartier	Mercier-est/ Anjou	Rosemont
<i>Types de données rapportés</i>				
Budgets insuffisants dans les CLSC	✓	✓	✓	✓
Budgets insuffisants dans les organismes communautaires	✓	✓	✓	✓
Budgets insuffisants pour les programmes en place	✓	✓	✓	✓
Budgets insuffisants pour développer de nouveaux programmes	✓	✓	✓	✓
Récurrence du financement identifié comme un enjeu	✓	✓		
Manque de locaux			✓	✓

Annexe J : Potentiel des programmes de soutien au rôle parental pour prévenir la maltraitance

Tiré de Gagné, Richard et Dubé, 2015

Facteurs de risque proximaux	Ce que font les programmes qui ont le potentiel de prévenir la maltraitance :
Risques liés à l'enfant :	
<p>Jeune âge de l'enfant</p> <p>Prématurité, petit poids à la naissance, maladie, déficit / déficience, retard de développement</p> <p>Tempérament / comportement difficile ou irritable, réactivité émotionnelle, problèmes de comportement, agressivité</p>	<p>Ils interviennent tôt dans la vie de la famille.</p> <p>Ils valorisent le rôle de parent tout en reconnaissant que ce n'est pas un rôle facile et en validant les défis posés par ce rôle.</p> <p>Ils donnent du répit aux parents aux prises avec des enfants exigeants.</p> <p>Ils protègent et renforcent le lien d'attachement parent-enfant.</p>
Risques liés au parent :	
<p>Histoire personnelle d'exposition à la violence familiale ou à la maltraitance</p> <p>Détresse psychologique: épuisement, anxiété, stress, hostilité, irritabilité, sentiment d'impuissance, etc.</p> <p>Faible sentiment de compétence parentale, faible estime de soi</p> <p>Attentes irréalistes ou perceptions erronées vis-à-vis de l'enfant ou de son rôle de parent</p> <p>Consommation d'alcool ou de drogue</p> <p>Problèmes de santé mentale – notamment, dépression</p> <p>Pauvreté, faible niveau socio-économique</p> <p>Conflits conjugaux / violence conjugale</p>	<p>Ils aident le parent à résoudre ses propres traumatismes relationnels passés.</p> <p>Ils montrent au parent comment mieux gérer ses émotions négatives (ex. : stress, colère), comment se calmer et se maîtriser.</p> <p>Ils enseignent au parent des stratégies éprouvées pour stimuler, soutenir, encadrer et discipliner leur enfant et communiquer avec lui (compétences parentales), et aident le parent à monitorer ses succès.</p> <p>Ils aident le parent à ajuster ses attentes et ses perceptions vis-à-vis de lui-même et de son enfant, afin qu'elles soient réalistes.</p> <p>Ils aident le parent à appliquer des stratégies efficaces de résolution de problèmes et de conflits.</p> <p>Ils orientent / accompagnent le parent qui a des difficultés personnelles importantes (santé mentale, consommation, pauvreté, employabilité, conflits, violence...) vers les ressources appropriées dans la communauté.</p>