

**L'implantation et l'utilisation
du protocole d'évaluation familiale :
positions des intervenants,
des gestionnaires et des familles**

Janvier 2018

**L'implantation et l'utilisation
du protocole d'évaluation familiale :
positions des intervenants,
des gestionnaires et des familles**

AUTEURES

Doris Chateauf, Ph.D. - chercheure d'établissement

Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF)

Catherine Arseneault, Ph.D.

Université du Québec en Outaouais

Marie-Ève Bédard Nadeau, ps.éd.

Université du Québec à Trois-Rivières

Maxim Bouchard, ps.éd.

Université Laval

Dans le présent texte, le masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.
Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition d'en mentionner la source.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) dans le Réseau Santécom à l'adresse suivante :
<http://catalogue.santecom.qc.ca>

Pour toute information sur ce rapport d'évaluation, communiquez au :

Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF)

Secrétariat

Téléphone : 418 661-6951 poste 1710

Télécopieur : 418 661-5079

Dépôt légal : 2018

Bibliothèque et Archives nationale du Québec

ISBN : 978-2-550-80365-2 (imprimé)

ISBN : 978-2-550-80366-9 (PDF)

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2018.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
1. Introduction	1
1.1. L'état des connaissances.....	1
1.2. L'implantation du PEF	3
1.3. Les objectifs de l'étude évaluative	4
2. Méthodologie	5
2.1. Volet 1 – Sondage auprès des intervenants	5
2.2. Volet 2 – Entretiens auprès de gestionnaires, d'intervenants et de familles.....	6
3. Volet 1 – Sondage auprès des intervenants	7
3.1. Les caractéristiques de l'échantillon.....	7
3.2. La formation	9
3.3. La mobilisation et la perception de la pertinence clinique du PEF	10
3.4. La PEF : une réponse à un besoin clinique ?.....	11
3.5. L'impact du PEF sur les familles	12
3.6. L'intégration dans la pratique et l'utilisation des mesures de soutien.....	12
4. Volet 2 – Entretiens auprès de gestionnaires, d'intervenants et de familles.....	15
4.1. La promotion et la connaissance du PEF.....	15
4.1.1. La mobilisation de l'équipe.....	15
4.2. La formation et les activités de sensibilisation	17
4.3. Les mesures de soutien et l'encadrement des intervenants	19
4.3.1. Les communautés de pratique (CP)	19
4.3.2. La plateforme Web.....	21
4.3.3. Les gestionnaires	21
4.3.4. Les spécialistes en activités cliniques (SAC).....	22
4.3.5. Les collègues de travail	23
4.3.6. La direction scientifique.....	23
4.3.7. L'encadrement des intervenants : point de vue des gestionnaires.....	24
4.4. L'utilisation du PEF	25
4.4.1. L'introduction du PEF auprès des familles	25
4.4.2. Les conditions favorables et défavorables à l'utilisation du PEF.....	27

	Page
4.5. Les bénéfices cliniques et les caractéristiques associées au PEF	31
4.5.1. Les impacts du PEF sur la pratique des intervenants	31
4.5.2. Les impacts du PEF sur les familles.....	32
4.5.3. Le bilan du PEF.....	34
4.6. L'implantation du PEF	36
4.6.1. Les défis et les spécificités de l'utilisation du PEF	36
4.6.2. L'intégration du PEF dans la pratique des intervenants.....	38
5. CONCLUSION.....	43
5.1. Constats généraux.....	43
5.2 Forces et limites de l'étude.....	44
5.3. Recommandations	45
RÉFÉRENCES	47

LISTE DES TABLEAUX

	Page
Tableau 1	Forces de la formation..... 18
Tableau 2	Forces de la communauté de pratique (CP)..... 20
Tableau 3	Présentation du PEF aux familles..... 26
Tableau 4	Conditions favorables et défavorables liées aux caractéristiques des familles : point de vue des intervenants et des gestionnaires..... 28
Tableau 5	Conditions défavorables à l'utilisation du PEF : point de vue des familles 30

LISTE DES FIGURES

	Page
Figure 1 – Âge des intervenants	7
Figure 2 – Années d'expérience au CJQ-IU	7
Figure 3 – Formation du PEF complétée	8
Figure 4 – Nombre de protocoles utilisés	8
Figure 5 – La formation et les connaissances acquises	9
Figure 6 – La formation et le sentiment de compétence	9
Figure 7 – Le PEF et les besoins des intervenants	11
Figure 8 – Le PEF et le soutien au jugement clinique	11
Figure 9 – L'impact du PEF sur les familles	12
Figure 10 – L'intégration du PEF dans la pratique des intervenants	12

1. Introduction

Dans le but de développer une pratique rigoureuse d'évaluation des profils et des besoins des usagers et de soutenir le travail clinique des intervenants, le Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (CJQ-IU) procédait, en 2015, à l'implantation d'un protocole d'évaluation familiale (PEF). Ce protocole regroupe un ensemble de questionnaires standardisés et de questionnaires maison permettant d'évaluer les principales composantes du fonctionnement familial. Ces questionnaires ont été sélectionnés sur la base de leurs propriétés psychométriques et de leur pertinence conceptuelle en lien avec les composantes familiales à évaluer. Ils ont également été choisis selon la facilité des parents et des jeunes à les remplir et selon leur sensibilité à détecter les changements qui pourraient survenir au cours de leur suivi psychosocial. Ce protocole permet de documenter différentes dimensions concernant les jeunes vulnérables (caractéristiques biologiques, psychologiques, neuropsychologiques, langagières, sociales et scolaires) ainsi que le fonctionnement de leur famille. L'implantation du PEF poursuit plusieurs objectifs : soutenir les intervenants dans la planification de leurs interventions ; donner la parole aux jeunes et aux familles dans l'élaboration du plan d'intervention afin de favoriser l'établissement d'une alliance thérapeutique avec leur intervenant ; contribuer au développement de la recherche sur les caractéristiques des jeunes et des familles bénéficiant de services en protection de la jeunesse et évaluer l'effet des interventions.

1.1. L'état des connaissances

Le protocole s'inscrit plus globalement dans un processus d'évaluation systématique de la pratique clinique. KAZDIN (2007) définit l'évaluation « systématique » comme l'utilisation de mesures psychologiques, ou d'autres mesures démontrant (ou pouvant démontrer) une fiabilité et une validité, et qui offre des informations sur le fonctionnement du client qui peuvent être reproduites dans les mêmes conditions (i.e. deux cliniciens travaillant séparément pourraient obtenir des résultats similaires). RITTNER et WODARSKI (1995) ajoutent qu'en plus des entretiens, les données issues des outils standardisés sont utiles pour délimiter et clarifier les zones de préoccupations, pour guider une investigation plus poussée, pour déterminer les stratégies d'intervention possibles et pour connaître le niveau de succès des interventions. Selon FAVEZ (2010), l'évaluation systématique à l'aide d'instruments de mesure « permet une prédiction significativement plus précise et donc plus utile du point de vue thérapeutique » (p. 39). En outre, l'utilisation d'outils standardisés vise à favoriser l'implication de la famille dans le processus d'évaluation, dans la définition du problème et dans l'identification des cibles d'intervention (MARTIN, FISHMAN, BAXTER et FORD, 2011). Le bilan clinique qui résulte du traitement informatisé des questionnaires sert également d'appui au jugement clinique du thérapeute (HATFIELD et OGLES, 2004). Lorsque bien utilisés et adéquatement implantés, les outils d'évaluation standardisés permettent, selon FORD, LAST, HENLEY et leurs collègues (2013), d'augmenter la précision et l'efficacité du processus d'évaluation et de favoriser l'accès, pour l'utilisateur, à un traitement

approprié et adapté à ses besoins. L'utilisation de questionnaires standardisés permet également le partage d'un langage commun dans une équipe de travail (MARTIN *et al.* 2010). Selon RITTNER et Wodarski (1995), l'utilisation d'outils standardisés est d'autant plus pertinente en contexte de protection de l'enfance que les cliniciens (child welfare workers) sont impliqués dans des procédures décisionnelles critiques et qu'ils sont amenés à évaluer différentes sources de données (familiales, environnementales, interactionnelles).

En dépit de l'importance accordée aux pratiques basées sur des données probantes dans les milieux d'intervention (MCHUGH et BARLOW, 2010) et des pressions exercées sur les organisations pour qu'elles réduisent leurs dépenses tout en maintenant des services de qualité (FORD *et al.* 2013 ; REEVES, CHARTER et FORD, 2015), plusieurs études ont démontré que l'utilisation d'outils d'évaluation standardisés demeure faiblement intégrée dans les pratiques des cliniciens (ANDERSON et PAULOSKY, 2004 ; GILBODY, HOUSE et SHELDON, 2002 ; BICKMAN, RoSof-WILLIAMS, SALZER *et al.* 2000 ; HATFIELD et OGLES, 2004 ; PHELPS, EISMAN et KOHOUT, 1998). Dans un sondage réalisé auprès de 539 cliniciens travaillant auprès d'enfants et d'adolescents, seulement 23 % mentionnaient utiliser des outils de mesure standardisés dans leur pratique (BICKMAN *et al.*, 2000). Une étude réalisée auprès de psychiatres indique qu'entre 55,3 % et 83,3 % d'entre eux n'utilisent jamais d'instruments de mesure standardisés pour l'identification des cas et pour l'évaluation de la sévérité des symptômes (GILBODY *et al.* 2002). Quelques années plus tard, une étude effectuée auprès de psychologues a révélé que 37 % des répondants utilisaient une forme quelconque d'outil de mesure dans leur pratique clinique (HATFIELD et OGLES, 2004). Par ailleurs, les psychologues (comparativement aux travailleurs sociaux, thérapeutes familiaux et psychiatres), les praticiens détenteurs d'un doctorat (comparativement aux détenteurs d'un baccalauréat ou d'une maîtrise) et les professionnels qui pratiquent dans un établissement public (comparativement à ceux du privé) étaient les groupes les plus propices à utiliser des outils de mesure standardisés (JENSON-DOSS et HAWLEY, 2010 ; PHELPS *et al.* 1998 ; HATFIELD et OGLES, 2004).

Ainsi, l'implantation d'outils standardisés en contexte organisationnel comporte des enjeux bien spécifiques. Les études qui se sont penchées sur les raisons qui expliquent la disposition des cliniciens à utiliser ou, au contraire, ne pas utiliser d'outils d'évaluation systématique mettent en évidence différents facteurs. La formation et l'accompagnement pour les procédures d'administration de l'outil et pour l'interprétation des résultats qui en découlent constituent un facteur déterminant (HATFIELD et OGLES, 2004 ; REEVES, CHARTER et FORD, 2015). Dans une étude où ils ont mesuré (à quatre temps différents) les attitudes, les habiletés et le niveau d'utilisation d'un outil standardisé en contexte d'intervention en santé mentale, LYON et ses collègues (2015) concluent que l'intégration des outils standardisés dans la routine des cliniciens repose en partie sur la formation et l'entraînement, mais aussi sur la promotion de l'évaluation systématique, sur la consultation et sur la mise en place de mesures de soutien à long terme. Selon RITTNER et WODARSKI (1995), tant les cliniciens que les clients qui sont concernés par l'utilisation de ces outils doivent être informés des données à recueillir, des objectifs de l'outil et du temps requis pour le remplir. La vision qu'ont les thérapeutes de l'évaluation systématique et leur façon de présenter les objectifs et les méthodes d'évaluation aux clients ont aussi un impact sur la

participation de ces derniers : si l'évaluation est présentée comme un élément normal, central et délibéré du traitement, le client est davantage susceptible de l'aborder positivement (KAZDIN, 2006).

Plusieurs préoccupations pratiques sont également soulevées dans la littérature à l'égard de l'utilisation d'outils d'évaluation systématique, telles que la lourdeur administrative et le temps exigé pour la passation et l'analyse des résultats (HATFIELD et OGLES, 2004 ; MARTIN *et al.* 2010). Certaines études soulignent également la présence, chez les cliniciens, d'un certain scepticisme à l'égard des bénéfices réels associés à l'utilisation d'un outil standardisé (GARLAND, KRUSE et AARONS, 2003 ; HATFIELD et OGLES 2007 ; JENSON-DOSS et HAWLEY, 2010). Certains questionnent les propriétés psychométriques des outils et ont le sentiment que les outils de mesure sont mal adaptés à la pratique clinique et qu'ils n'arrivent pas à bien saisir les problématiques du client (GILBODY *et al.* 2002). Dans une étude qualitative réalisée auprès de 50 cliniciens travaillant dans des services de santé mentale pour enfants et adolescents dont l'objectif était d'explorer les attitudes des praticiens à l'égard de l'utilisation d'outils d'évaluation standardisés, MARTIN et ses collègues (2010) constatent que plusieurs répondants, malgré le fait qu'ils reconnaissent l'utilité de ce type d'outil dans leur pratique, sont méfiants et craignent que ces derniers remplacent l'évaluation basée sur le jugement clinique.

1.2. L'implantation du PEF

Au CJQ-IU, devenu depuis avril 2015, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS-CN), le PEF a d'abord été implanté auprès des intervenants en protection de l'enfance qui sont en charge de faire le suivi auprès de l'enfant et de sa famille (secteur « application des mesures »). À ce jour, plus d'une centaine d'intervenants ont complété la formation et ont commencé à utiliser le PEF dans les nouveaux dossiers qui leur sont confiés. Les chefs d'équipe visés par l'implantation des protocoles ont, quant à eux, assisté à des rencontres de sensibilisation aux protocoles. Un plan pour le transfert et l'utilisation des connaissances cible les objectifs et les retombées attendues du projet d'implantation du PEF et définit les caractéristiques des publics ciblés par l'implantation du PEF. Ce plan énonce également les partenariats à consolider à l'interne et propose un ensemble d'activités et de ressources à mettre en place pour soutenir le transfert et l'utilisation des connaissances. Parallèlement au plan de transfert, un plan de transition vers l'implantation a aussi été rédigé. Ce plan constitue un outil permettant au comité de suivi d'observer l'état d'avancement des travaux et de suivre l'évolution de l'implantation du PEF. Le plan cible sept priorités et chacune d'elles est associée à un livrable, à des activités spécifiques, à des responsables et un échéancier. Parmi les priorités nommées par le comité de suivi, certaines sont plus spécifiquement liées à l'évaluation (priorités 6 et 7), soit l'évaluation de l'implantation du PEF et l'évaluation des résultats liés à son implantation.

1.3. Les objectifs de l'étude évaluative

Bien que l'implantation et l'utilisation du PEF puissent apporter de nombreux bénéfices pour les intervenants, les gestionnaires et les familles, il demeure important d'assurer un suivi quant à son utilisation et d'évaluer l'efficacité des stratégies d'implantation mises en place pour faciliter son intégration. Il semblait donc nécessaire d'évaluer l'état de situation en ce qui a trait à l'implantation et l'utilisation du PEF. La présente étude vise également à explorer les perceptions des intervenants sociaux et des familles quant à la pertinence clinique du PEF. L'étude comporte donc trois objectifs généraux, soit :

1. Évaluer le niveau d'utilisation du PEF
 - Documenter la fréquence d'utilisation du PEF sur une durée d'un an.
 - Documenter les facteurs facilitants et les difficultés rencontrées dans la mise en application du PEF.
2. Évaluer les stratégies d'implantation
 - Documenter le niveau d'utilisation des mesures de soutien mises en place (formation, supervision, communauté de pratique, spécialiste en activités cliniques).
 - Mesurer le niveau de satisfaction des intervenants à l'égard des mesures et ressources en place.
3. Évaluer les perceptions à l'égard du PEF
 - Documenter la perception des intervenants et des gestionnaires sur l'intégration du PEF dans la pratique, le degré de mobilisation de l'équipe, les bénéfices perçus, les impacts du PEF sur la pratique clinique et sur la clientèle.
 - Documenter la perception des familles (satisfaction et utilité perçue, bénéfices, considérations techniques).

2. Méthodologie

Pour réaliser cette étude, un devis mixte comprenant deux volets a été utilisé. Le premier volet consistait à mesurer, quantitativement et en deux temps de mesure, auprès de l'ensemble des intervenants de l'application des mesures leur perception de différents aspects liés à l'implantation du protocole. Le deuxième volet consistait à obtenir, qualitativement et sur ces mêmes aspects, le point de vue de gestionnaires et d'intervenants ayant été formés et utilisant le protocole d'évaluation. Ce volet visait également à connaître la satisfaction de familles auprès de qui le PEF était utilisé.

2.1. Volet 1 – Sondage auprès des intervenants

Dans le cadre de ce volet, tous les intervenants de l'application des mesures ont été sollicités pour remplir le sondage¹. Cela permettait ainsi d'obtenir un portrait de l'état de situation lors de l'implantation du protocole. Le sondage comprenait 12 questions : six questions visaient à recueillir des informations sociodémographiques et professionnelles relatives au répondant (âge, sexe, nombre d'années d'expérience de travail au CJQ-IU, formation au PEF complétée ou non, utilisation du protocole depuis la formation, nombre de protocoles utilisés) et les six autres s'articulaient autour de trois thèmes : la mobilisation et la perception de la pertinence du PEF, la formation, l'utilisation de ressources.

La première passation s'est déroulée en avril 2015 (T1). Les chefs ont servi d'intermédiaires afin que les intervenants remplissent le sondage au début de leur rencontre d'équipe hebdomadaire. Au total, 101 intervenants ont complété le sondage. Afin de mesurer l'évolution dans le temps des différents aspects évalués, une seconde passation a eu lieu au printemps 2016 (T2), soit un an après la première passation. Quatre-vingt-douze (92) intervenants ont alors rempli le second sondage. La même façon de procéder a été utilisée. Le questionnaire était le même pour les deux temps de mesure à quelques exceptions près, puisque certaines questions concernant les communautés de pratique (CP) ont été ajoutées dans le questionnaire du T2. À des fins d'analyse, tous les résultats (T1 et T2) ont été compilés et comparés à l'aide du logiciel SPSS.

¹ Par la suite, le nombre de questions à remplir dans le sondage variait selon l'état d'avancement de la formation des participants.

2.2. Volet 2 – Entretiens auprès de gestionnaires, d'intervenants et de familles

Dans le cadre du deuxième volet, des entretiens qualitatifs ont été réalisés à l'automne 2015 auprès d'intervenants (du secteur de l'application des mesures) formés à l'utilisation du protocole, ainsi qu'auprès de gestionnaires. Deux thèmes généraux ont été abordés avec ces deux groupes de répondants :

- L'implantation et les stratégies mises en place pour favoriser l'utilisation du protocole.
- Les perceptions qu'entretiennent les acteurs au regard du protocole.

Au total, cinq (5) gestionnaires et vingt (20) intervenants du secteur de l'application des mesures ont pris part aux entretiens qualitatifs d'une durée approximative d'une heure.

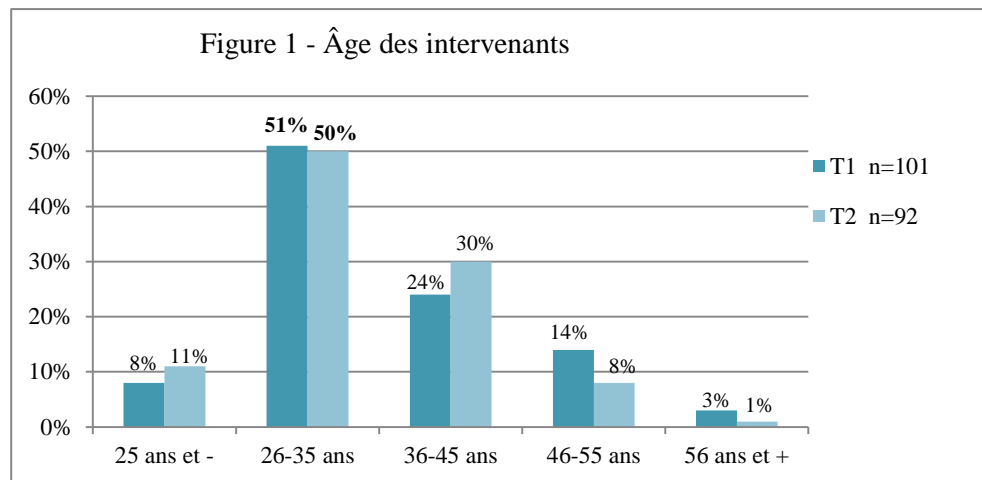
Les entretiens avec les familles visaient à évaluer leur satisfaction et leurs perceptions en lien avec le PEF *via* un entretien téléphonique. Le temps de passation, la compréhension des questions et l'utilité perçue sur le plan clinique étaient abordés. Afin de tenir compte de la réalité des familles participantes, le questionnaire a été conçu de façon à ce que la passation s'effectue par téléphone et ne dépasse pas 30 minutes. Une compensation financière de 20 \$ était remise à chacune des familles. La collecte des données s'est amorcée en septembre 2015 et s'est terminée en mai 2016. Au total, douze familles ont participé aux entretiens téléphoniques. L'aide des intervenants de l'application des mesures a été sollicitée pour cibler les familles qui étaient éligibles à l'entretien.

Les entretiens qualitatifs auprès des gestionnaires, des intervenants et des familles ont été enregistrés et transcrits intégralement. La technique de l'analyse de contenu thématique (PAILLÉ et MUCCHIEILLI, 2012) a été utilisée afin d'analyser le contenu de celles-ci. Ces entrevues ont été revues en détail et leur contenu a été découpé en fonction des différents thèmes abordés par les répondants (L'ÉCUYER, 1990 ; MAYER et DESLAURIERS, 2000). Ces thèmes ont, par la suite, été organisés en catégories d'analyse. Le logiciel N'Vivo 10 a servi de support pour les analyses.

3. Volet 1 – Sondage auprès des intervenants

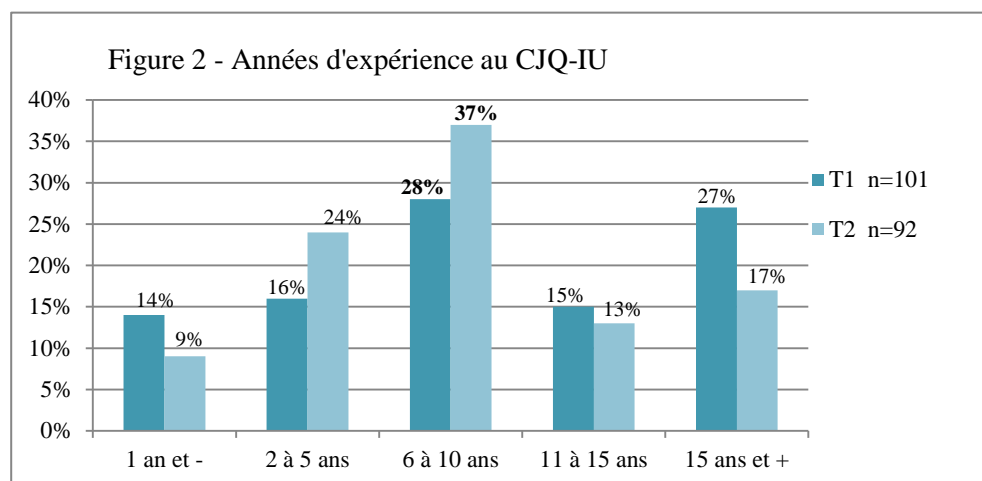
3.1. Les caractéristiques de l'échantillon

Au premier temps de mesure, parmi les intervenants participant à l'étude (n = 101), 13 % étaient des hommes et 87 % des femmes. Au deuxième temps de mesure, 9 % de l'échantillon était composé d'hommes et 91 % de femmes (n = 92). Les tranches d'âge les plus représentées étaient celles de 25 à 35 ans et de 36 à 45 ans (figure 1).

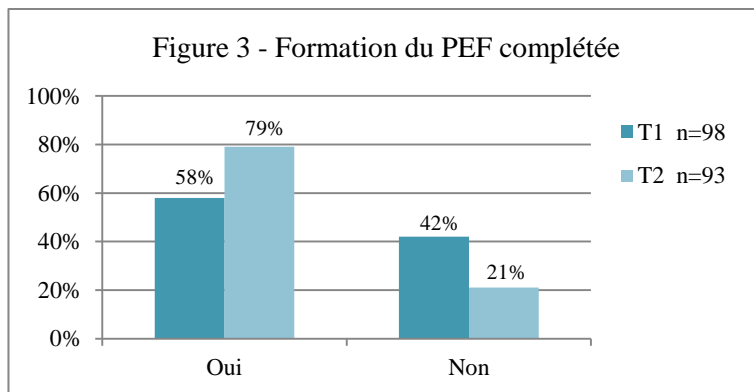


En effet, 75 % de l'échantillon au T1 et 80 % au T2 se situaient à l'intérieur de l'une de ces deux tranches d'âge. Dans l'ensemble des résultats quantitatifs, le nombre total de répondants pour chaque question varie en fonction des directives de complétion et des données manquantes.

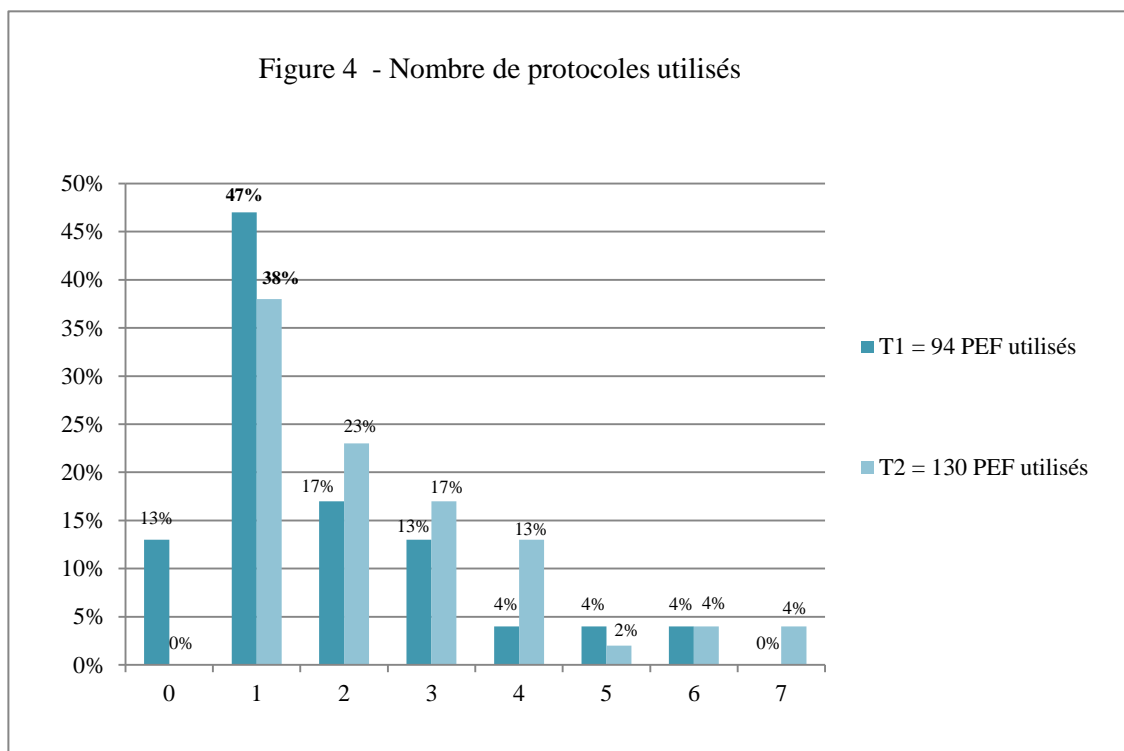
En ce qui a trait aux années d'expérience des intervenants au CJQ-IU (figure 2), au T1, un pourcentage plus élevé d'intervenants travaillait dans l'organisation depuis 6 à 10 ans (28 %) ou depuis 15 ans et plus (27 %). Au T2, 37 % des intervenants travaillaient depuis 6 à 10 ans, ce qui représente le % le plus élevé de l'échantillon.



Au T1 (figure 3), 58 % des répondants avaient complété la formation. Mentionnons que pour que la formation soit considérée complète et pour avoir l'attestation de la formation, les intervenants devaient avoir suivi un minimum de 21 heures de formation sur les 24). Ce pourcentage s'élevait à 79 % lors du T2.

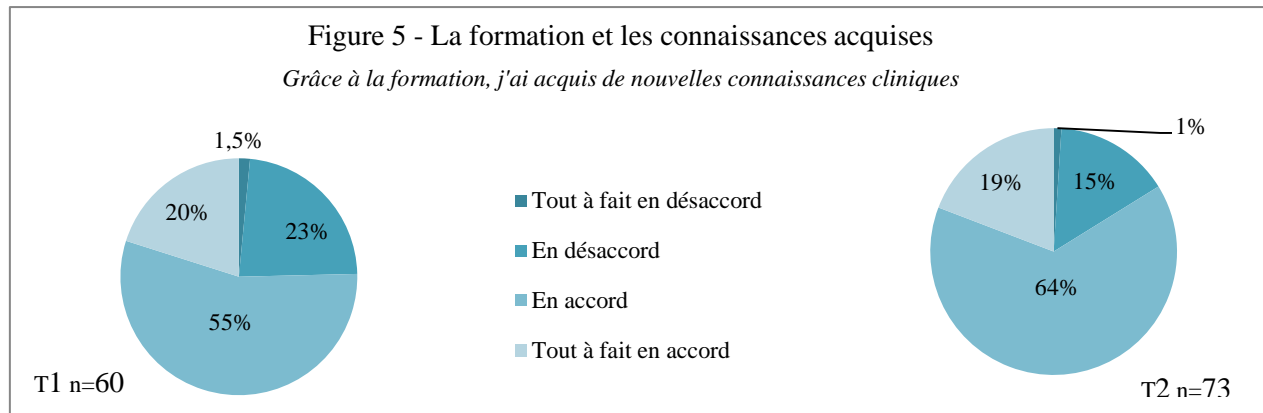


En ce qui concerne le nombre de protocoles utilisés, 94 avaient été passés au T1 et 130 au T2 (figure 4). Une plus grande proportion d'intervenants a fait l'utilisation du protocole à une seule reprise, et ce, tant au T1 (47 %) qu'au T2 (38 %). Au T2, une augmentation du nombre d'intervenants ayant utilisé deux, trois et quatre protocoles est toutefois observée. Par ailleurs, la totalité des répondants au T2 ont fait l'utilisation d'au moins un protocole.

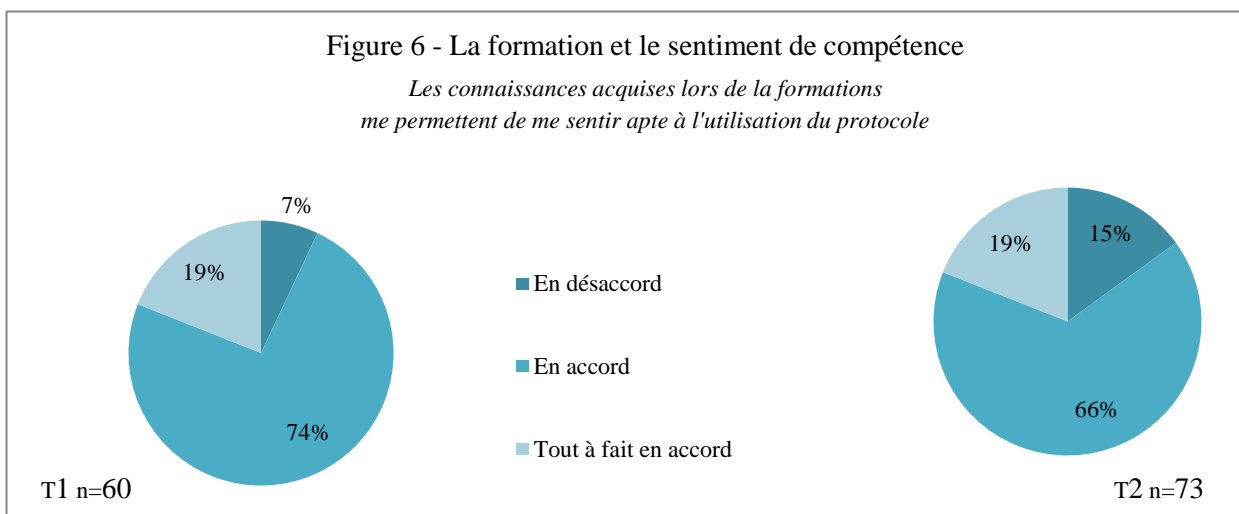


3.2. La formation

Différents aspects entourant la formation donnée aux intervenants (en regard du PEF) ont été analysés. Au total, 75 % des répondants au T1 (55 % + 20 %) considèrent avoir acquis de nouvelles connaissances cliniques grâce à la formation, ce pourcentage s'élevant à 83 % au T2 (64 % + 19 %) (figure 5). Ainsi, la majorité des intervenants jugent que la formation leur a permis d'acquérir de nouvelles connaissances.



En ce qui a trait au sentiment de compétence (figure 6), 93 % des intervenants au T1 et 85 % au T2 affirment être aptes à utiliser le PEF grâce à la formation reçue (« en accord » ou « tout à fait en accord » avec l'idée que les connaissances acquises lors de la formation leur permettent de se sentir aptes à utiliser le PEF). Malgré une légère diminution du pourcentage au T2, c'est tout de même une grande proportion des intervenants qui considèrent que les connaissances acquises lors de la formation leur permettent de se sentir qualifiés pour la passation de celui-ci.



Le niveau de satisfaction à l'égard des aspects suivants de la formation a également été sondé :

- Le format de la formation, c'est-à-dire la façon dont le matériel a été présenté et la manière de rendre le contenu : 86 % des intervenants au T1 et 89 % au T2 ont affirmé être très satisfaits ou satisfaits.
- Le contenu de la formation : 91 % des intervenants qui affirment être « très satisfaits » ou « satisfaits » au T1. Ce pourcentage augmente à 95 % au T2.
- La durée de la formation : malgré une augmentation de la satisfaction des intervenants entre le T1 (74 %) et le T2 (80 %), c'est l'aspect de la formation qui s'est avéré être le moins satisfaisant. Cependant les données ne nous permettent pas de savoir quels éléments relatifs à la durée se sont avérés plus problématiques.

3.3. *La mobilisation et la perception de la pertinence clinique du PEF*

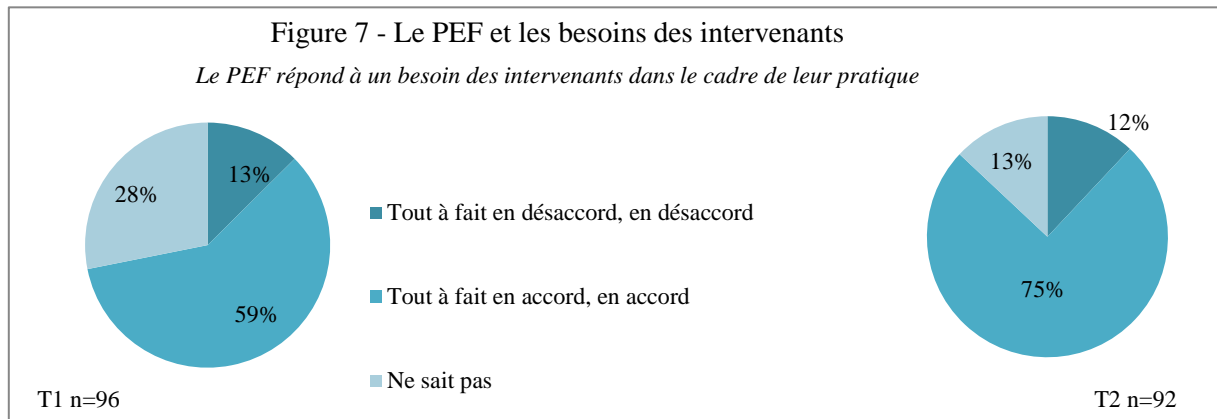
Deux questions du sondage ont permis de mesurer la perception des intervenants en regard de la mobilisation autour du PEF et de sa pertinence clinique. Une première question concernait la mobilisation du chef de service (gestionnaire) et une deuxième, la perception du protocole au sein de l'équipe de travail.

En ce qui concerne le chef de service, 70 % des répondants au T1 affirment être « tout à fait en accord » ou « en d'accord » avec l'affirmation suivante : « *Mon chef de service se montre mobilisé et se met en action à l'égard du protocole* ». Ce pourcentage augmente à 88 % au T2. Ainsi, les réponses laissent croire que les intervenants ont le sentiment que leur chef d'équipe accorde de l'importance au PEF et qu'ils le considèrent comme un élément central de la pratique clinique.

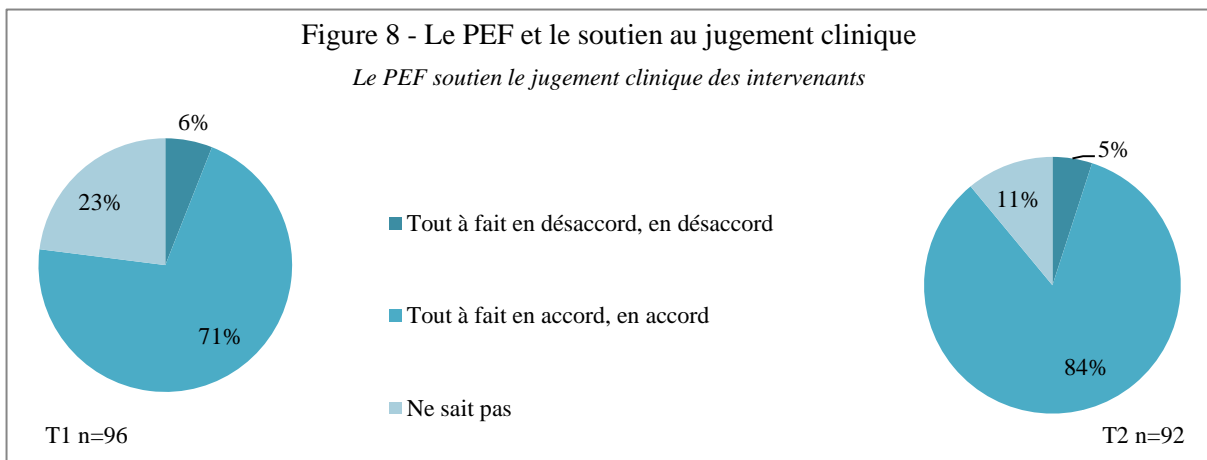
Pour ce qui est de la perception du PEF au sein de l'équipe de travail (« Le protocole d'évaluation familiale est perçu positivement au sein de mon équipe de travail »), ce sont 62 % des intervenants au T1, comparativement à près de 78 % au T2, qui considèrent que le protocole est perçu positivement au sein de leur équipe. Ces résultats sont similaires à ceux obtenus sur la mobilisation du chef de service et ils témoignent, à notre avis, d'une mobilisation générale à l'égard de l'implantation et de l'utilisation du PEF.

3.4. La PEF : une réponse à un besoin clinique ?

Il a été demandé aux intervenants si, selon eux, le PEF répondait à un besoin sur le plan de la pratique clinique. Tel que présenté à la figure 7, les résultats indiquent que 59 % des répondants au T1 considèrent que le PEF répond à un besoin. Ce pourcentage augmente à 75 % au T2.



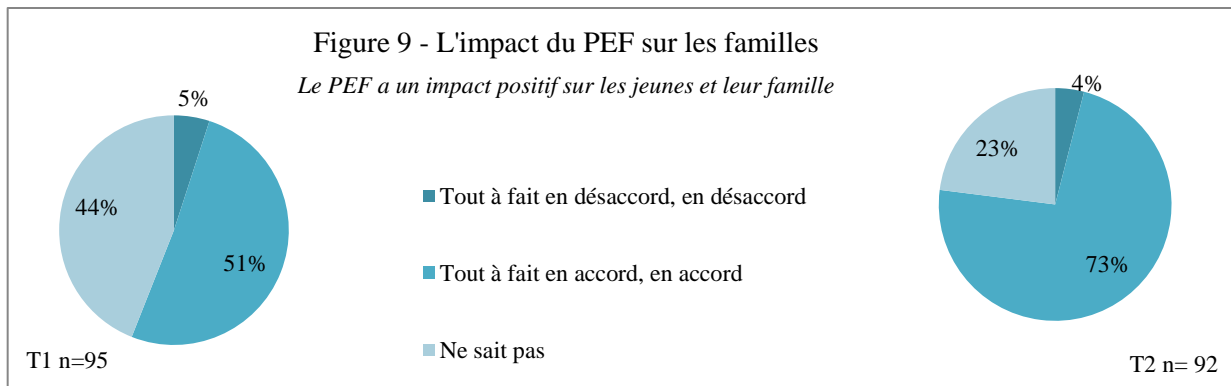
Dans un deuxième temps, les intervenants devaient se prononcer sur l'utilité du PEF pour soutenir leur jugement clinique (figure 8). Au T1, 71 % des répondants ont affirmé que le protocole soutenait leur jugement clinique. Ce pourcentage augmente au T2 et passe à 84 %.



Il est intéressant de constater que l'augmentation (entre les deux temps de mesure) du nombre d'intervenants soutenant que le PEF répond à un besoin et qu'il soutient leur jugement clinique provient principalement des répondants qui avaient inscrit « Ne sait pas » à ces questions lors du premier temps de mesure. Les pourcentages de répondants étant en désaccord avec cette affirmation sont quant à eux restés sensiblement les mêmes aux deux temps de mesure.

3.5. L'impact du PEF sur les familles

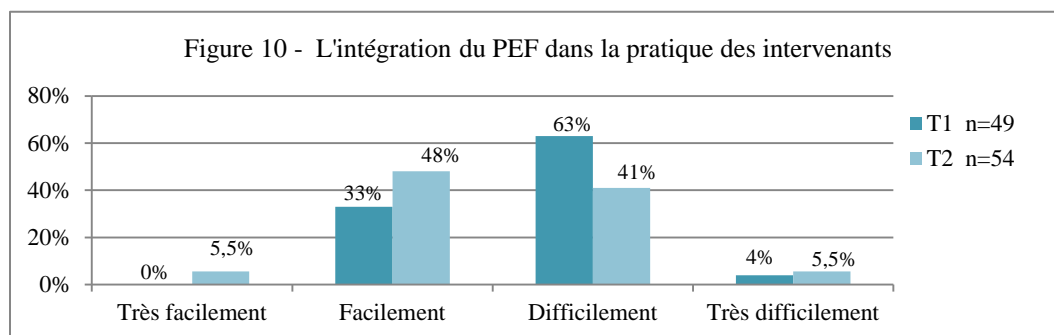
Les intervenants qui ont pris part au sondage devaient se prononcer sur l'impact du PEF sur les familles. Au T1, la moitié (51 %) des répondants a affirmé que l'utilisation du protocole avait un impact positif sur les jeunes et leur famille. Par contre, une part importante des répondants (44 %) au T1 a mentionné ne pas savoir si le PEF a un impact positif sur les jeunes et leur famille.



Ces résultats s'expliquent en partie par le fait qu'au T1, le PEF est toujours en phase d'implantation et qu'il est par conséquent difficile, pour les intervenants, de mesurer les impacts et les effets liés à l'utilisation du PEF. L'évolution des résultats semble valider cette hypothèse puisqu'au T2, ce sont 73 % des intervenants qui sont en accord ou tout à fait en accord avec l'idée que le PEF a un impact positif sur les jeunes et leur famille, tandis que la réponse « ne sait pas » est passée de 44 % à 23 %.

3.6. L'intégration dans la pratique et l'utilisation des mesures de soutien

Comme le PEF est un outil d'évaluation relativement récent au sein de l'établissement, les intervenants devaient apprendre à l'utiliser et à l'intégrer dans leur pratique. Afin de soutenir les intervenants dans son utilisation, et de favoriser l'entraide et l'apprentissage entre les intervenants, différentes mesures de soutien ont été mises en place : spécialistes en activités cliniques, communautés de pratique, supervisions, site Web. Le sondage réalisé auprès des intervenants a aussi permis de faire état de l'intégration du PEF dans la pratique des intervenants et du niveau d'utilisation des ressources disponibles.



En ce qui a trait à l'intégration du PEF dans la pratique, seulement 33 % des intervenants au T1 considèrent l'intégration du PEF facile ou très facile et 67 % la trouvent difficile ou très difficile. Par contre, la situation semble s'améliorer au fil du temps. En effet, au T2, ce sont 53,5 % des intervenants qui affirment que le PEF s'intègre « facilement » ou « très facilement » à leur pratique. Cependant, 46,5 % des intervenants continuent de trouver que le PEF est difficile ou très difficile à intégrer.

Pour ce qui est de l'utilisation des ressources mises à la disposition des intervenants pour les soutenir dans l'utilisation du PEF, 76 % des intervenants au T1 et 82 % au T2 affirment les avoir utilisées. De plus, 98 % des intervenants au T1 et 96 % au T2 considèrent que les ressources mises en place sont suffisantes et adéquates. Toutefois, le niveau élevé d'utilisation des ressources est possiblement influencé par le caractère obligatoire des communautés de pratique. Aussi, les résultats du T2 indiquent qu'une grande proportion d'intervenants s'estime satisfaite (83 %) ou très satisfaite (12 %) de cette ressource (communautés de pratique). En somme, on constate que, malgré le fait que la majorité des intervenants utilisent les mesures de soutien mises en place, ils jugent tout de même difficile l'intégration du PEF dans leur pratique.

Concernant la pérennité du PEF dans l'organisation et leur perception à l'égard de la pertinence d'en faire une priorité, 62 % des intervenants au T1 et 75 % au T2 s'estiment « tout à fait en accord » ou « en accord » avec l'affirmation selon laquelle le protocole « doit continuer de faire partie des priorités de l'établissement dans une optique d'amélioration des services ».

Résultats du sondage auprès des intervenants (volet 1) – Résumé

- 75 % des intervenants au T1 considèrent avoir acquis de nouvelles connaissances cliniques grâce à la formation. Ce pourcentage augmente jusqu'à 83 % au T2. Une grande proportion des répondants, soit 93 % au T1 et 85 % au T2, se considèrent aptes à procéder à l'utilisation du PEF grâce à la formation reçue.
- Une grande proportion des intervenants s'avèrent satisfaits des aspects entourant la formation tels que le format, le contenu et la durée. La satisfaction au T1 et au T2 pour ces trois aspects se situent entre 74 % et 95 %.
- Ce sont 70% des répondants au T1 et 88 % au T2 qui constatent la mobilisation et la mise en action de leur chef de service à l'égard du protocole. De plus, 78 % des intervenants considèrent le PEF comme étant perçu positivement au sein de leur équipe, comparativement à 62 % au T1.
- Pour 59 % des intervenants au T1 et 75 % au T2, le PEF répond à un besoin sur le plan de la pratique clinique. Ce sont également 71 % des intervenants au T1 et 84 % au T2 qui affirment que le protocole aide à soutenir le jugement clinique.
- La moitié des répondants (51 % au T1) affirment que l'utilisation du protocole a un impact positif sur les jeunes et leur famille. L'autre moitié (49 %) mentionnent « ne pas savoir » ou être « tout à fait en désaccord » ou « en désaccord » avec cette affirmation. Une augmentation du pourcentage de satisfaction est toutefois observée au T2 : ce sont 73% des intervenants qui sont « en accord » ou « tout à fait en accord » avec l'idée que le PEF a un impact positif sur les jeunes et leur famille.
- Une faible proportion des intervenants au T1 (33 %), considèrent facile l'intégration du PEF dans la pratique. Le pourcentage de satisfaction augmente toutefois à 53,5 % au T2. Bien que 67 % des intervenants au T1 considèrent « difficile » ou « très difficile » d'intégrer le protocole au sein de leur pratique, ce pourcentage diminue de 46,5 % au T2.
- 76% des répondants au T1 et 82% au T2 affirment utiliser les ressources mises en place pour les soutenir dans l'utilisation du PEF. De plus, près de la totalité des intervenants considèrent ces ressources suffisantes et adéquates (98 % au T1 et 96 % au T2). Bien que les intervenants jugent relativement difficile d'intégrer le PEF dans leur pratique, la majorité apprécie tout de même les ressources mises en place.

4. Volet 2 – Entretiens auprès de gestionnaires, d'intervenants et de familles

Pour ce deuxième volet de l'étude, des entretiens semi-dirigés ont été réalisés avec des intervenants (n = 20), des gestionnaires (n = 5) et des parents (n = 12). La présentation des résultats s'articule autour de six grands thèmes :

- La promotion et la connaissance du PEF.
- La formation et les activités de sensibilisation.
- Les mesures de soutien mises en place et l'encadrement des intervenants.
- L'utilisation du PEF.
- Les bénéfiques et les caractéristiques associés au PEF.
- L'implantation du PEF.

4.1. La promotion et la connaissance du PEF

4.1.1. La mobilisation de l'équipe

Concernant la mobilisation de l'équipe et le niveau de réceptivité, tant les intervenants que les gestionnaires sont d'avis que l'accueil du PEF au sein de leur équipe de travail a été mitigé. Certains membres de l'équipe ont reçu positivement l'implantation du protocole alors que d'autres y étaient plus ou moins favorables :

C'est partagé. Il y en a qui trouvent que ç'a bien de l'allure et que ça aide et d'autres qui trouvent que c'est lourd comme tâche. C'est partagé. (Int-16).

D'ailleurs, la majorité des gestionnaires rapportent avoir au moins un intervenant réfractaire au protocole dans leur équipe, et c'est souvent, selon eux, la mauvaise compréhension de l'implantation et de l'utilisation du PEF qui explique cette résistance :

Il y a peut-être un 10 % que c'était des difficultés de compréhension, qui considéraient que c'était compliqué et qui avaient du mal à assumer la façon de procéder. (Gest-03).

La charge de travail est également un autre aspect important qui expliquerait certaines résistances. En effet, bien que le PEF ait été bien reçu pour sa pertinence clinique, la charge de travail supplémentaire qu'il apporte a été, quant à elle, moins bien accueillie :

Au niveau clinique, c'est bien reçu. Au niveau de la charge de travail, certains trouvent ça plus lourd que d'autres. (Int-01).

Les gestionnaires constatent toutefois une évolution positive de l'implantation et de l'utilisation du PEF au fil du temps. Les intervenants ont également mis en place certains moyens pour s'entraider dans l'utilisation du protocole.

C'est sûr que les gens qui avaient eu la formation... [...]. C'est comme plus intégré. Je n'ai même pas besoin de rien dire, ils me disent : « J'ai planifié mon protocole d'évaluation des familles, je le fais le mois prochain. Les parents le savent déjà ». (Gest-02).

Écoute, je le [niveau de mobilisation de l'équipe] qualifierais de très bon. Je le qualifierais d'engagé par justement, par les petites communautés qui se faisaient entre eux autres quand ils avaient des bogues. (Gest-01).

Le fait que tous les intervenants n'aient pas été formés semble, cependant, freiner la mobilisation de certaines équipes.

J'en ai peut-être deux, trois de pas formés. Fait qu'admettons, il m'en reste six. [...] Fait que dans mon cas, on est encore au stade de « on se fait former... on va aux communautés de pratique, on a compris que c'était une obligation, on cible nos dossiers ». On n'a pas encore franchi l'étape de « puis, les protocoles, ils disaient quoi par rapport à ça ? ». (Gest-05)

La réorganisation des services et des équipes au sein du nouveau CIUSSS, entraînée par la fusion des établissements, est également perçue comme un facteur affectant la mobilisation des équipes :

Avec tous les réaménagements qu'il y a eus, les équipes ont grossi. On a moins de temps en réunion d'équipe et ces choses-là. C'est sûr qu'on ne se mettra pas à jaser des protocoles d'évaluation familiale dans le corridor. (Int-08).

Les habitudes de pratique des intervenants cumulant un nombre élevé d'années d'expérience au sein de l'établissement semblent constituer un facteur affectant la mobilisation. En effet, la mobilisation serait plus importante chez les jeunes intervenants que chez les plus anciens :

Souvent, c'est les jeunes qui sont proactifs parce qu'ils n'ont pas connu... ils ne sont pas ancrés dans de vieilles habitudes de pratique. [...] bien en tout cas, j'ai l'impression que mes anciens, même si je les amène à changer, ils vont... il y a une résistance qui est là, naturellement. (Gest-04).

Bien que les gestionnaires témoignent d'une assez bonne mobilisation des intervenants, cette mobilisation proviendrait, selon certains intervenants, de l'obligation d'utiliser le protocole dans leur pratique.

Pour être honnête, je pense qu'on n'a pas vraiment le choix. Alors, on en fait. Donc, ça fait en sorte que les gens sont mobilisés. [...] Mais oui, je pense, parce qu'on est comme un peu obligé d'être mobilisés parce que c'est une priorité dans le CIUSSS maintenant. C'est une obligation. C'est correct, on le fait, mais de là à dire : « Est-ce que les gens le feraient si on n'était pas obligé ? » pas certaine [rires]. (Int-19).

En ce qui concerne la perception des intervenants au regard de la mobilisation de leur gestionnaire, une grande proportion d'intervenants mentionne l'importante mobilisation des gestionnaires :

Très ! Très, très. À chaque supervision, elle nous demande où est-ce qu'on est rendus, puis bon... Elle nous aide, elle veut cibler, ok, ta, ta, ta [...] mais elle très impliquée. (Int-20).

Certains intervenants affirment toutefois le contraire, soit que leur gestionnaire ne connaît pas suffisamment le PEF et ne fait que répondre aux exigences administratives :

Il n'a pas la formation. Je pense qu'il ne sait pas de quoi je parle [rires]. Ce n'est rien contre le chef, mais je veux dire, avec tout ce qu'ils ont à gérer, l'outil, ils ne le maîtrisent pas. Il n'est pas plus mobilisé que moi. Je suis plus mobilisée que lui, c'est sûr. (Int-10).

4.2. La formation et les activités de sensibilisation

Bien que quelques intervenants aient mentionné avoir suivi la formation de façon volontaire, la majorité de ceux-ci affirme avoir été dans l'obligation d'y assister.

C'est une obligation, parce qu'ils veulent que ça soit quasiment... pas un automatisme, je ne veux pas le dire de même, mais c'est ça. Ils veulent qu'on le fasse d'emblée à tous les débuts de suivi qu'on peut le faire, il faut le faire. Tous les intervenants ont été obligés d'être formés. Ce n'était pas vraiment négociable. (Int-19).

En effet, malgré une proposition de formation initialement volontaire, les chefs reconnaissent malgré tout que l'ensemble des intervenants devait être formé à moyen terme et que cette procédure devenait une norme au sein de l'établissement :

Au départ, on nous a dit qu'il y avait un outil qu'ils allaient nous présenter et que tout le monde, de toute façon, allait être formé. C'était inévitable. C'était pratiquement obligatoire, ils nous ont dit que c'était... ça allait devenir une norme au Centre jeunesse d'appliquer les protocoles. (Int-10).

Malgré un sentiment d'obligation, la formation a toutefois été généralement bien accueillie par les intervenants. En général, les intervenants ont accepté de suivre celle-ci non seulement parce qu'ils désiraient en apprendre davantage sur le PEF, mais également parce que la formation leur permettait de combler des heures de formation exigées par les ordres professionnels.

Ah ! Moi, ça me va. Moi j'ai eu... je n'avais pas de problème avec ça, c'était correct. Tu sais, dans le fond... je pense que c'est un outil qui est intéressant, fait que, c'est le fun qu'on puisse participer à la formation, qu'on soit libérés pour ça. (Int-12).

En même temps, avec les ordres professionnels, cette formation-là ça vaut la peine de la faire, parce que ça donne beaucoup d'heures de formation. Mais, c'est ça. C'est de même qu'on a été sollicités. [...] Honnêtement, j'avais le goût d'être formée, j'avais le goût de savoir comme ça marchait, mais ça ne me tentait pas d'être obligée de les faire toutes les fois [à chaque nouveau dossier]. (Int-19).

En général, les intervenants font une appréciation positive de la formation. Certains ne sont pas totalement convaincus de la pertinence du PEF, mais qualifient tout de même la formation de convenable :

Je dirais que c'est correct. Ce n'est pas « wow », mais ce n'est pas « ouach » non plus. C'est juste correct. (Int-16).

La compétence des formateurs est l'un des facteurs en lien avec la formation qui a été le plus soulevé lors des entrevues avec les intervenants. Bien que la majorité d'entre eux s'entendent sur la qualité de la formation offerte par le formateur initial, principal, porteur du projet d'implantation, certains soutiennent toutefois que les nouveaux formateurs ne détiennent pas suffisamment d'expérience pour offrir cette formation.

Tableau 1
Forces de la formation

Les compétences des formateurs.	<p><i>Ça fait que, j'ai vraiment été choyée de l'avoir là (en référence au formateur principal) [...] Il a une grosse expertise clinique, des bonnes compétences. [...] Il a des compétences qui sont propres à lui... Avec son bagage aussi... Son bagage d'études et tout et tout là. (Int-05).</i></p> <p><i>Les formatrices, elles connaissent vraiment bien ça. Elles en ont fait vraiment beaucoup et elles sont capables de répondre à nos questions et de référer aux bons endroits. [...] Elles ont été très, très bonnes. (Int-19).</i></p>
L'utilisation d'exemples concrets.	<p><i>Je pense que le fait d'apporter des cas cliniques, des exemples très concrets, d'apporter des résultats des expériences aussi, je pense que ça, c'est gagnant. De dire « Moi, ç'a marché dans... moi, ç'a a développé des belles affaires dans telles, telles situations » et d'expliquer un peu pourquoi. Ça donne le goût ça. Tu dis « ah oui ! ». (Int-08).</i></p>

Parmi les faiblesses de la formation, la lourdeur du contenu est un des points le plus souvent mentionné par les intervenants. La cadence (rythme accéléré) de la formation, le contenu abondant ainsi que les nombreux concepts présentés (lesquels s'avèrent parfois difficiles à intégrer) représentent les facteurs qui, selon les intervenants, expliquent cette lourdeur :

C'est beaucoup, beaucoup, beaucoup de matériel, ça va vite. Moi là, je vais te dire là, rendue à l'âge que je suis là, je « catch » peut-être un petit peu moins vite [rires], mais là, un moment donné, j'étais comme étourdie. (Int-16).

Écoute, je ne sais pas si je suis le seul de même, mais avant de m'approprier les concepts comme il faut, ça m'a pris une bonne année, une bonne année et demie, certain. (Int-08).

Bien que quelques intervenants aient été surpris ou déçus de la longueur du processus de formation ou de son contenu, la formation, dans son ensemble, a tout de même répondu aux attentes d'une grande proportion d'intervenants.

4.3. Les mesures de soutien et l'encadrement des intervenants

Tel que mentionné lors du premier volet de l'étude, plusieurs mesures de soutien ont été mises en place afin d'aider les intervenants à utiliser le PEF. L'appréciation des intervenants quant aux mesures est détaillée dans les sections qui suivent.

4.3.1. Les communautés de pratique (CP)

Les communautés de pratiques ont été mises en place quelques mois après le début de l'implantation des protocoles. Elles sont prises en charge par des spécialistes en activités cliniques (SAC) et visent à soutenir les intervenants dans l'utilisation des protocoles. Les résultats de l'évaluation montrent que, dans l'ensemble, les intervenants et gestionnaires considèrent les CP comme une stratégie pertinente et utile.

Pour les gestionnaires, la CP permet, notamment, d'en apprendre davantage sur les fonctions, l'utilisation et les bénéfices associés au PEF. De plus, les gestionnaires insistent sur le fait qu'ils ne sont pas présents aux CP pour évaluer et surveiller les intervenants, mais bien pour identifier et comprendre les différents enjeux auxquels ils font face dans l'utilisation du PEF. En ayant une vue d'ensemble de la situation des intervenants, les gestionnaires peuvent, par la suite, suggérer des modifications afin de rendre l'utilisation du protocole plus facilitante.

Selon les gestionnaires, la participation des intervenants aux CP leur permettrait de maintenir leurs acquis. Elles permettraient également une contamination positive entre les intervenants, c'est-à-dire un transfert des connaissances et des échanges de conseils quant à l'utilisation du PEF :

Pour que les intervenants puissent venir traduire comment ils expérimentent les choses, être à l'écoute de ce que les autres font, prendre des conseils des autres. Il y a du « modeling » qui se fait à l'intérieur de ça. (Gest-03).

Quant aux intervenants, la majorité de ceux-ci estime que les CP sont pertinentes et permettent de préserver les acquis, d'interagir avec d'autres collègues et de recueillir des informations complémentaires.

Tableau 2
Forces de la communauté de pratique (CP)

La préservation et la mise à jour des acquis.	<i>Ça peut aussi nous rafraîchir la mémoire, permettre de répondre à des questions. Ça nous permet d'encore mieux saisir l'outil [...] Valider certaines choses-là. (Int-20).</i>
La transmission d'informations complémentaires.	<i>C'est le fun aussi d'avoir de l'information complémentaire. Nos spécialistes en activités cliniques ont fait des capsules. C'est bien intéressant. Dépendamment des bilans cliniques qui sont évalués, ils vont nous descendre de l'information complémentaire en lien avec la situation. C'est intéressant aussi. (Int-08).</i>
L'interaction avec les collègues et l'analyse de groupe.	<i>L'analyse en groupe, c'est ce qu'il y a de plus enrichissant, c'est là qu'on va chercher le plus parce que la richesse de pouvoir le [en référence au bilan] partager avec d'autres... d'autres professionnels, puis de voir aussi leur perception puis, peut-être, d'essayer d'aller un peu plus loin sur certaines choses. (Int-17).</i>

Bien que l'ensemble des intervenants soit en accord avec la pertinence des CP, certains mentionnent toutefois quelques lacunes. Quelques intervenants aimeraient, par exemple, que les CP se concentrent davantage sur les différentes façons de présenter le bilan aux familles :

Mais la lacune pour moi, c'est comment présenter le bilan. Un coup que moi je l'ai, je fais quoi avec ça ? Puis comment je le présente ? [...] Est-ce que je le présente comme il faut ? [...] Puis, c'est un peu là-dessus que j'aurais besoin d'être guidé, pour me dire... comment je pourrais l'adapter. (Int-03).

Quant à l'animation de ces rencontres, certains intervenants tiennent des propos mitigés sur l'expertise des animateurs et soulignent que même si ces derniers font tout leur possible pour offrir des CP de qualité, ils n'ont pas de réels dossiers dans lesquels appliquer le PEF et, par conséquent, ne poussent pas suffisamment l'analyse des cas présentés :

Je ne peux pas dire que j'en retire un grand bénéfice parce que c'est... je trouve que ce n'est pas assez approfondi. Puis, ce n'est pas parce que le désir des gens

n'est pas là, mais ils n'ont pas l'expertise. [...] Au niveau de l'interprétation comme tel, je trouve que ça manque un petit peu. (Int-15).

Somme toute, les CP demeurent une mesure de soutien appréciée par une grande proportion d'intervenants. Par ailleurs, une suggestion apportée par certains serait de rendre les CP facultatives et de privilégier une approche centrée sur le libre arbitre plutôt que sur l'obligation :

Les communautés de pratique, moi, personnellement, je préférerais dire : « O.K. Bien là, j'ai une situation pour laquelle j'ai fait des protocoles et de façon volontaire, j'irais en communauté de pratique » [...] ou de dire : « Il faut que tu participes, par exemple, à tant par année ». On n'enlève pas le caractère obligatoire, mais on nous laisse le choix de quand est-ce qu'on y va. (Int-18).

4.3.2. La plateforme Web

En qui concerne la plateforme web créée spécifiquement pour le PEF et les aspects s'y rattachant (questionnaires, capsules, webinaires), la majorité des intervenants l'utilisent surtout pour imprimer les différents questionnaires. Certains considèrent que cette ressource facilite l'accès aux questionnaires, lesquels diffèrent selon les caractéristiques participants.

Je pense que la plus utile maintenant [en référence aux mesures de soutien], c'est le site web. La plateforme là, de la façon qu'ils l'ont montée, c'est relativement facile de s'y retrouver, puis ils ont mis les outils dedans. Ça fait que pour quelqu'un qui connaît bien l'outil, je pense que ça, c'est suffisant. (Int-04).

Mise à part l'accès aux différents questionnaires du protocole, la majorité des intervenants utilisent très peu les autres outils de la plateforme (capsules, webinaires, outils supplémentaires).

La plateforme, je ne l'utilise que pour aller imprimer des protocoles. Je ne l'utilise pas à d'autres escients. Je sais que des fois il y a d'autres choses, mais je ne vais jamais là-dessus. (Int-08).

Ça, je ne suis pas au courant du tout ! [...] Je suis dans cette génération-là que j'aime bien faire affaire avec l'humain, ça fait que... Même si vous mettiez plein d'affaires électroniques ou sur internet ou... je n'irai pas ! (Int-03).

4.3.3. Les gestionnaires

Bien que considérés comme une stratégie de soutien en soi, les gestionnaires ne sont pas perçus comme tel par la majorité des intervenants :

Les chefs de service, ce qu'ils font [en lien avec les protocoles], c'est qu'ils nous incitent à les passer. (Int-15).

Ce qui est abordé avec eux, c'est si on en fait ou si on n'en fait pas. Puis, si on n'en fait pas, on regarde voir quel dossier il faudrait faire en priorité, parce qu'ils veulent qu'on en fasse. (Int-01).

Les intervenants considèrent généralement que les gestionnaires ne sont pas suffisamment formés pour répondre à leurs besoins, puisque ce n'est pas eux qui utilisent le protocole auprès de la clientèle :

Je suis plus formée que lui [rires]. Il ne peut pas m'amener grand-chose. [...] Je ne sais pas jusqu'où tu peux maîtriser un outil que tu n'utilises pas. Là, ils [gestionnaires] viennent dans certaines communautés pour nous écouter. En même temps, je me dis tout le temps, ils écoutent, mais ils ne savent pas de quoi on parle. [...] Le terrain a été formé, mais l'administration ne l'a pas été. (Int-10).

La majorité des intervenants affirme également que les gestionnaires sont présents seulement pour s'assurer que les protocoles sont passés. Le sujet est abordé lors des supervisions et les gestionnaires aident à cibler les dossiers potentiels, mais sans plus.

Toutefois les gestionnaires considèrent qu'ils sont tout de même une mesure de soutien incontournable pour les intervenants et qu'ils jouent un rôle central :

Bien, écoute, je te dirais que selon moi, c'est un incontournable que le gestionnaire porte le mandat... qu'il y croie et qu'il ait une certaine connaissance. [...] Les gestionnaires font partie d'un des maillons de la chaîne qui est fondamental dans le fait que les intervenants adhèrent. (Gest-05).

Il semble donc que le rôle des gestionnaires se situe davantage au niveau de la mobilisation et du leadership que du support clinique comme tel (voir point 4.3.7).

4.3.4. Les spécialistes en activités cliniques (SAC)

Tous les répondants reconnaissent le rôle clef joué par les spécialistes en activités cliniques (SAC) et la majorité se réfèrent à ceux-ci en cas de besoin. Leur présence est d'ailleurs considérée comme l'une des mesures de soutien les plus utiles dans l'implantation du PEF :

Il y a les spécialistes en activités cliniques qui sont très à l'affût, qu'on peut interpeller rapidement. (Int-08).

La majorité des propos recueillis à l'égard des SAC sont en effet positifs. Le soutien offert par les SAC est apprécié ; ces derniers peuvent être consultés individuellement et ils offrent un soutien à l'extérieur des communautés de pratique :

Si t'es obligé d'attendre six semaines pour régler une impasse que tu rencontres dans un dossier, c'est "démotivateur". [...] Fait que les intervenants, ils peuvent consulter les spécialistes en activités cliniques à tout moment. (Gest-03).

Malgré une majorité de propos positifs à l'égard des SAC, quelques intervenants tiennent des propos plus mitigés, notamment au sujet de leur compétence. Certains remettent en doute la qualité du soutien que peuvent offrir ces professionnels en raison du fait qu'ils n'utilisent pas le PEF dans des dossiers bien précis :

Parce que là, ce que je sens, c'est qu'on est tous au même niveau puis qu'on essaie de se supporter puis, d'approfondir ensemble, mais il nous manque quelqu'un capable de pousser plus loin. C'est ça qu'il manque. (Int-15).

4.3.5. Les collègues de travail

Bien que les collègues de travail ne soient pas considérés comme la stratégie de soutien la plus optimale, plus de la moitié des intervenants affirment se référer à leurs collègues en cas de besoin. Le fait d'avoir été formé au même moment et de participer ensemble aux CP semble favoriser la création de stratégies d'entraide entre collègues :

On est comme plusieurs à avoir été formés en même temps... Plusieurs qui vivent des CP en même temps. Ça fait que [...] je peux aller à la porte d'à côté, puis je le sais qu'une collègue a fait la formation puis que, qu'elle fait aussi des protocoles. (Int-03).

Les gestionnaires ont également nommé ces consultations entre collègues comme une stratégie de soutien utilisée en cas de difficultés :

Il peut y avoir aussi du soutien entre pairs, informel... Parce qu'il y a comme des... comme je te disais, des intervenants qui sont beaucoup plus avancés que d'autres. Donc, un intervenant qui rencontre une difficulté peut aller voir un collègue... lui dire : « Bien, il se passe ça, puis... » trouver une solution à ce moment-là. (Gest-03).

4.3.6. La direction scientifique

Le tiers des répondants affirment se référer à la direction scientifique (personne responsable des PEF) en cas de difficultés techniques ou informatiques :

Au niveau technique, bien il y a le secteur scientifique ici [...]. On a une personne de référence qui peut nous aider pour l'aspect technique. (Gest-01).

4.3.7. L'encadrement des intervenants : point de vue des gestionnaires

La majorité des gestionnaires affirme que leur rôle est d'abord de démontrer les bénéfices associés à l'utilisation du PEF. Ainsi, la plupart des gestionnaires insistent sur le fait que, s'ils ne se mobilisent pas à l'égard du PEF et ne l'intègrent pas au sein de leur équipe de travail, les intervenants n'adhéreront tout simplement pas au PEF :

On assume un certain leadership aussi, les gestionnaires. Fait que si les intervenants constatent que tu n'y crois pas, que tu n'en parles pas, que ça ne fait pas partie des discussions dans le cadre des supervisions, bien probablement que tu vas passer à côté des objectifs qui sont poursuivis. Fait que selon moi, le gestionnaire est un pan très, très important dans l'atteinte des objectifs. (Gest-03).

Pour soutenir les intervenants, la plupart des gestionnaires utilisent l'outil de supervision qui a été réalisé spécifiquement pour les supervisions auprès des intervenants. Cet outil contient plusieurs lignes directrices les guidant, notamment, dans le soutien et les aspects à aborder avec les intervenants en regard du PEF.

L'ensemble des gestionnaires affirme également discuter du PEF avec les intervenants lors des supervisions individuelles au cours desquelles ils abordent différents aspects rattachés au protocole (nombre de protocoles effectués, dossiers visés, etc.) :

Donc, moi dans le cadre de mes supervisions périodiques avec les employés, c'est un sujet qui est abordé systématiquement. Je note aussi le nombre de dossiers à l'intérieur desquels les intervenants passent des protocoles. Quand il n'y a pas de protocole de passé dans les deux ou trois derniers mois, bien je questionne pourquoi. (Gest-03).

Certains gestionnaires abordent également le PEF lors des réunions d'équipe, le but principal étant que les intervenants plus engagés à l'égard du protocole puissent en parler positivement aux intervenants plus réfractaires.

Les difficultés rencontrées par les gestionnaires dans l'encadrement des intervenants se rapportent principalement au manque d'adhésion de certains intervenants à l'égard de l'outil :

Les difficultés sont plus de l'ordre de faire face à un intervenant qui est vraiment rébarbatif à passer le protocole. (Gest-03).

Certains intervenants évoquent des raisons les empêchant de procéder à la passation du PEF : manque de temps, refus de la clientèle, critères inadéquats. Dans ces situations, les gestionnaires tentent de découvrir les motifs derrière la résistance des intervenants. Lorsque ces derniers demeurent réfractaires malgré les solutions proposées, les gestionnaires doivent alors établir des mesures obligatoires :

Puis, il y a des gens qui diront toujours : « Bien, c'est plus administratif, puis c'est plus de paperasse, puis... Ça ne nous en dit pas plus que ce que j'aurais su de toute façon ». Bien là, j'y vais d'une intervention qui est un peu plus ferme en disant : « Bien, écoute, ça fait partie des exigences de l'établissement et tu dois les faire ». (Gest-03).

La plupart des gestionnaires se disent à l'aise avec l'encadrement des intervenants. Un seul gestionnaire mentionne l'être plus ou moins ; ne se considérant pas comme un spécialiste du PEF, il dit éprouver parfois des difficultés à régler les embûches vécues par les intervenants.

Somme toute, l'ensemble des répondants est d'avis que les stratégies disponibles en cas de besoin sont nombreuses et suffisantes. Les intervenants considèrent avoir facilement accès à du soutien s'ils rencontrent des difficultés dans l'utilisation du PEF :

Je trouve qu'il y en a quand même pas mal de soutien, de support des gens qui connaissent ça, de monde disponible pour nous aider. On peut être accompagné aussi si on a besoin. (Int-19).

4.4. L'utilisation du PEF

4.4.1. L'introduction du PEF auprès des familles

Bien que les intervenants aient tous leurs manières de procéder pour introduire et présenter le PEF aux familles, certaines stratégies sont plus utilisées que d'autres. Plus de la moitié des intervenants présentent le PEF comme un outil de travail nécessaire, au même titre que le plan d'intervention :

En fait, moi je n'offre pas tant le choix au client [...] je vais comme dire que c'est mon outil de travail, puis que ça me permet dans le fond d'avoir leur perception, puis pas juste travailler à partir de la mienne. (Int-01).

Une grande proportion des intervenants présente également le PEF comme un outil permettant l'évaluation adéquate des situations familiales et l'accès aux perceptions des familles en regard de leur situation. En général, les intervenants et les gestionnaires mentionnent que le PEF permet d'identifier les interventions les plus adaptées à chaque situation familiale.

Tableau 3
Présentation du PEF aux familles

Outil permettant d'évaluer adéquatement la situation des familles	<i>En fait, il faut cibler la bonne famille et la bonne situation. Après ça, c'est de présenter ça aux parents comme un outil nous permettant de bien évaluer leur situation pour mieux les aider et cibler les meilleures interventions au niveau des objectifs. (Int-10).</i>
Outil permettant l'accès aux perceptions des familles	<i>Généralement, on peut dire : « Bien oui, vous reconnaissez certaines choses, mais en même temps, moi, pour vous aider efficacement, j'aurais envie de connaître votre perception à vous. J'ai envie de savoir, vous, qu'est-ce que vous pensez de votre situation familiale », puis qu'on parte de ça. (Int-17).</i>

Certains intervenants soulignent également l'importance de rassurer les familles en regard des règles de confidentialité entourant le PEF et de leur expliquer ce qui figurera dans leur dossier et à quoi serviront les données recueillies :

Les gens sont craintifs aussi « Ça sert à quoi le protocole ? Est-ce que ça va être déposé au tribunal ? ». Il y a quand même des questions qui sont très, très, très personnelles là-dedans. Il y a toute l'explication du comment et du pourquoi et « Non, ça ne sera pas utilisé au tribunal » et « Oui, ça va être dans votre dossier, mais c'est inaccessible ». (Int-07).

À cet effet, plusieurs familles interrogées dans le cadre de l'étude affirment de ne pas avoir été incommodées par les questions plus embarrassantes et personnelles du protocole, notamment en raison des explications fournies par les intervenants quant à la confidentialité des données recueillies :

Non, pas embarrassantes et choquantes [en référence aux questions], parce qu'en sachant que ça restait confidentiel, parce qu'il y avait beaucoup de choses sur le couple aussi. C'est sûr que ça, c'est très personnel, mais en sachant que ça reste confidentiel, c'est correct. (Fam-05).

De plus, l'ensemble des parents interviewés affirment avoir accepté de remplir les questionnaires du PEF sans hésitation et sans crainte. Effectivement, les parents évoquent les différentes raisons associées à cette confiance : l'expérience de l'intervenant, les explications fournies en lien avec l'utilité du protocole, les normes de confidentialité.

De la manière qu'elle m'a expliqué le principe et tout. Elle dit : « Ça, ça va nous donner un bilan pour pouvoir vraiment cibler, vous apporter le soutien qui vous correspond. C'est comme faire un plan d'intervention ». Elle dit : « Je vais individualiser ». [...] C'est pour ça que, moi, j'ai donné mon accord tout de suite. (Fam-06).

Les gestionnaires insistent d'ailleurs sur le fait que les intervenants doivent croire au PEF et à son utilité afin de l'introduire adéquatement auprès des familles :

Comme je dis, il faut vraiment, il faut que l'intervenant soit vendeur dans son " pitch " de vente. Euh, avec le client. Il faut que l'intervenant y croit. (Gest-01).

Par ailleurs, la majorité des intervenants conviennent que lorsque le PEF est bien présenté aux familles, celles-ci acceptent généralement d'y prendre part. Cependant, certains introduisent le protocole uniquement aux familles dont ils sont certains qu'elles accepteront, bien que la norme soit d'effectuer un PEF avec chaque nouvelle famille :

Moi, ceux à qui je l'ai présenté ont accepté parce que je savais qu'ils accepteraient. Je les avais ciblés comme ça. (Int-10).

Plutôt que de proposer le PEF à chaque nouvelle famille, plusieurs intervenants évaluent la situation et les caractéristiques des membres de la famille afin de déterminer s'ils seront aptes à le compléter.

Les intervenants évaluent généralement la possibilité de passer le PEF en fonction des critères d'exclusion établis : la non-reconnaissance du ou des problèmes ayant mené à la prise en charge de l'enfant, la présence d'un trouble de santé mentale important, ou encore des problèmes significatifs de lecture et d'écriture. Or, chacun fait sa propre interprétation de ces critères, ce qui fait que pour certains intervenants, plusieurs familles sont non éligibles au PEF alors que pour d'autres, il y en a très peu.

Ça fait que je regarde un peu la collaboration aussi de la famille. Il y a des gens avec qui, quand la collaboration n'est pas top, ou quand il y a peut-être des fragilités de santé mentale, quand il y a beaucoup de méfiance... Il y a un type de clientèle que je fais : « O.K., non ». (Int-05).

En ce qui concerne le moment le plus opportun pour l'introduction du PEF auprès des familles, les gestionnaires considèrent que ce serait dès la réception du dossier. Certains intervenants ne sont toutefois pas du même avis et préfèrent ne pas introduire le PEF en début de suivi, mais plutôt attendre d'avoir créé un lien avec la famille avant de leur présenter celui-ci.

4.4.2. Les conditions favorables et défavorables à l'utilisation du PEF

Plusieurs conditions favorables et défavorables ont été évoquées par les intervenants, les gestionnaires, de même que les familles relativement au contexte d'utilisation du PEF.

Du point de vue des intervenants et des gestionnaires, cinq conditions ont été identifiées et concernent plus spécifiquement les caractéristiques des familles (tableau 4). La présence ou l'absence d'une ou de plusieurs de ces conditions viendraient faciliter ou, au contraire, entraver la

complétion du protocole avec la clientèle. Par exemple, selon les intervenants, il serait plus aisé de compléter le PEF auprès de parents collaboratifs et ayant un niveau de scolarité élevé, puisque ces derniers s'opposent moins aux questions posées et comprennent mieux le sens de celles-ci. À l'inverse, des familles réfractaires à participer à leur suivi ou présentant des troubles de santé mentale compliquent l'introduction et la passation du PEF.

Tableau 4
Conditions favorables et défavorables reliées aux caractéristiques des familles :
point de vue des intervenants et des gestionnaires

Le niveau de scolarité des parents et la présence ou non de difficultés de compréhension.	<i>Bien, ce qui facilite c'est quand on a des parents qui comprennent bien les questions, qui ont un certain niveau de scolarité, si on veut. (Int-01).</i> <i>On a beaucoup d'illettrés fonctionnels dans notre clientèle, tu sais... Beaucoup de gens démunis qui ont de la difficulté à lire ou qui sont carrément incapables de lire. [...] Je te dirais que l'outil n'est pas nécessairement adapté pour tout le monde. (Int-20).</i>
La collaboration de la famille et le niveau de reconnaissance de leurs difficultés.	<i>Bien, c'est sûr que quand les clients sont collaborateurs, quand les clients ne démontrent pas tant de résistance, quand ils sont volontaires, quand ils sont aussi relativement éduqués, c'est plus facile. (Int-02).</i>
La présence ou l'absence de problématiques sévères au plan de la santé mentale.	<i>Quand tu te heurtes à des problèmes sérieux de santé mentale ou à des... à des parents qui sont tellement anxieux que juste le fait de leur dire qu'ils vont avoir un protocole à remplir... il faudrait que je m'assoie avec eux autres, que je réponde... (Int-13).</i>
L'honnêteté des parents dans les réponses données (désirabilité sociale).	<i>Écoute, eux autres ont fait le protocole... la désirabilité sociale est dans le piton et j'ai l'impression qu'ils l'ont fait ensemble. C'est sûr que finalement ce que je leur explique c'est : « Écoutez, vous n'avez pas été transparents là-dedans. C'est platte, parce que là je dois reprendre du début. On repart à neuf ». (Int-18).</i>
L'origine culturelle des familles.	<i>Il y a beaucoup de questions là-dedans et ce n'est pas tout le temps adapté à leur culture, parce qu'on évalue notre concept familial au Québec. Eux, ils ont leur fonctionnement à eux, leur culture. (Int-10).</i>

Des conditions favorables et défavorables reliées au contexte de travail des intervenants et à leurs tâches cliniques ont également été identifiées par les intervenants et les gestionnaires. Dans un premier temps, la charge de travail des intervenants peut freiner l'utilisation du PEF auprès de la clientèle. Par exemple, un intervenant ayant des tâches plus urgentes à effectuer aura tendance à remettre à plus tard la complétion du PEF avec une famille. Ainsi, la plupart des intervenants

mentionnent avoir peu de temps pour la passation du PEF en raison des autres tâches dont ils doivent s'acquitter (gestion de crises, temps disponible limité, dossiers prioritaires, conjoncture).

Parallèlement à ça [en référence au PEF], moi j'ai quand même des choses à aborder avec la cliente, mais là, si je le prends sur le protocole, bien je n'ai pas assez de temps pour ce que moi j'ai besoin de lui jaser... tout s'allonge au niveau du temps. Ça fait que l'horaire devient chargé, ça devient plus complexe. (Int-03).

La conjoncture fait en sorte que tu as trois dossiers de fermer, que tes trois dossiers sont arrivés en même temps, tu as deux situations d'urgence, de crise, tu es obligé de faire des placements. Des fois, l'environnement, ça n'excuse pas tout, mais on ne peut pas non plus l'écarter puis ne pas en tenir compte. (Gest-02).

En deuxième lieu, la longueur de la démarche et l'investissement que requiert le PEF peuvent constituer des conditions défavorables à son utilisation. En effet, les intervenants mentionnent que les questionnaires comportent beaucoup de questions qui nécessitent une certaine réflexion et que les étapes sont nombreuses (passation, accompagnement, lecture du bilan clinique, rétroaction auprès de la famille) et requièrent un investissement important en temps, autant pour eux que pour les familles.

Puis, les points négatifs, bien, c'est le temps de remplir les questionnaires [rires] là, je l'ai dit plusieurs fois là... [...] C'est des questions qu'il faut que tu réfléchisses. Il y a des questions que tu dois prendre le temps. C'est un bon investissement. (Int-12).

Le questionnaire vraiment... Je l'ai trouvé très, très long. Je veux dire, il est épais, épais, épais, épais. Au sens que le principe de recueillement des données des parents, de la situation familiale et tout pourrait être simplifié vraiment. Ce serait moins décourageant. (Fam-06).

En troisième lieu, la nécessité ou non d'accompagner les familles pour compléter le PEF peut être une condition d'utilisation déterminante pour les intervenants. Lorsque ces derniers doivent accompagner les parents dans la complétion des questionnaires et s'assurer de leur compréhension du sens des questions, un temps supplémentaire non négligeable est nécessaire :

Des fois, il y a de l'accompagnement spécifique qui doit être fait. Ça, je reconnais que ça peut être un peu plus laborieux et nécessiter davantage à l'intervenant. (Gest-03).

Dans certains cas, les parents échelonnent la complétion des questionnaires sur plusieurs semaines, ce qui demande un suivi et des rappels de la part des intervenants et complique le retour des protocoles :

C'est long à remplir. C'est long, puis c'est long à revenir. Ça fait que même si je le laisse aux clients, écoute, je te dis un mois, mais je suis très généreux, parce que ça peut être encore... sur plusieurs semaines avant d'avoir le retour. (Int-03).

Quant aux points de vue des familles, la plupart de celles-ci considèrent que les questions du PEF sont faciles et compréhensibles :

Il y a des questions qui étaient un peu semblables, un peu, mais c'était quand même bien expliqué. C'était bien, ça été facile. (Fam-03).

D'ailleurs, le soutien des intervenants pour les familles ayant rencontré des difficultés dans la complétion du protocole semble apprécié :

Des fois, c'était plus ou moins embêtant à répondre, elle [intervenante] m'a accompagnée là-dedans pour, justement, être sûre que je comprenne le sens de la question pour donner une bonne information de ma part [...] Je pense que c'est important comme... d'accompagner le parent pour remplir le questionnaire. (Fam-06).

Tableau 5
Conditions défavorables à l'utilisation du PEF : point de vue des familles

La compréhension plus difficile de certaines questions	<i>Il y a des questions que je comprenais, il y a des questions que je ne comprenais pas. Ça dépend de comment ils mettaient les mots. (Fam-11).</i>
La répétition entre certaines questions	<i>C'est parce que comme je disais, il y avait des questions qui se répétaient. Je répondais quelque chose à certaines questions, la question d'après ou la question plus loin, c'était un peu la même (Fam-03).</i>
L'aspect restrictif des choix de réponses	<i>Je dirais que c'est beaucoup de réponses « totalement en désaccord », « un peu en désaccord ». Je trouve que la palette d'échelle... je trouve ça compliqué des fois. La ligne un peu mince entre chaque. (Fam-01).</i>
Le manque de précision de certaines questions	<i>Je pense peut-être que les questions devraient... comme de prendre les deux derniers mois [cibler une période de temps], exemple, puis là répondre. Là, ce n'est comme pas indiqué. On ne sait pas trop, on répond-tu globalement ou on répond avec notre situation présente ? Ce petit bout-là qui était peut-être un petit peu moins clair dans mon cas. (Fam-02).</i>

4.5. Les bénéfices cliniques et les caractéristiques associées au PEF

4.5.1. Les impacts du PEF sur la pratique des intervenants

Selon plusieurs intervenants, le PEF améliore la compréhension et l'analyse de la dynamique familiale. En effet, le protocole permet de recueillir un nombre important d'informations auprès de la famille, de faire des liens entre chacun de ses membres et, au final, d'avoir accès à un portrait détaillé de la situation familiale.

Ça vient vraiment nous donner beaucoup d'infos sur la situation de chaque personne de la famille, ça peut nous amener à dresser un portrait là quand même très précis de la situation familiale et des personnes qui sont concernées. (Int-12).

La plupart des intervenants interrogés sont d'avis que l'utilisation du PEF a permis de bonifier leur connaissance et leur analyse des situations familiales.

Moi, je vois une différence dans ma perception que j'ai de la famille. [...] on dirait que j'ai plus une vue d'ensemble de la famille maintenant. [...] je pense que ç'a changé un peu dans ma pratique clinique, son utilisation. Même des fois, si je ne l'utilise pas, je vais quand même adopter les concepts et ça met du vocabulaire sur des rapports, ça met du vocabulaire sur... pour expliquer les choses. (Int-08).

Par ailleurs, la majorité des intervenants et des gestionnaires affirment que le PEF permet une meilleure planification de l'intervention auprès des familles. En effet, le PEF permet de mieux cibler les besoins des familles, de prioriser les interventions et d'aller au-delà du ou des motif(s) de compromission.

Ça, je trouve ça vraiment pratique pour ça, parce que ça établit des priorités en fonction des perceptions des familles. (Int-19).

Ça aiguise un peu plus notre, nos questions, notre façon d'intervenir. On voit plus large que juste les problèmes que l'on a au niveau de nos éléments de compromission. (Int-12).

D'autre part, les intervenants et les gestionnaires soulignent que le PEF s'avère être un bon levier d'intervention pour l'adhésion des familles. En travaillant avec les familles à partir de leurs perceptions et points de vue, ces dernières se montrent moins résistantes et leur collaboration se voit augmentée.

Le protocole c'est un outil qui est agréable à utiliser dans cette optique-là où on peut comparer notre opinion clinique avec la perception des gens, trouver des points de travail communs entre ce que les gens veulent changer. C'est un levier d'intervention aussi, dans le fond... pour travailler avec nos clients. (Int-07).

Le PEF permet également d'uniformiser la pratique entre les intervenants et fournit une ligne de conduite. Par exemple, l'utilisation du PEF permet d'éviter les oublis et les omissions puisque chaque question est posée systématiquement :

Ça vient contourner un peu, je te dirais, les limites de l'intervenant relativement à des aspects qu'il est peut-être moins à l'aise d'aller explorer, que ce soit la sexualité, le suicide, la toxicomanie, etc. (Gest-03).

Ainsi, le PEF fournit un cadre d'évaluation solide et valide qui réfère moins à la subjectivité de l'intervenant et qui permet d'appuyer l'évaluation de la situation familiale sur des concepts partagés :

Ça nous donne une base plus solide puis ça nous permet vraiment de faire le tour puis de mettre des mots. De mettre des mots sur des concepts, puis des choses qu'on observe et qui avant, étaient juste des observations. (Int-17).

À cet effet, certains intervenants considèrent que le PEF est surtout utile pour les jeunes intervenants, puisque la structure qu'il offre est sécurisante :

Je pense que ça peut être rassurant si on est un jeune intervenant d'utiliser les protocoles [...] parce que ça vient vraiment comme baliser, si on veut, ou en tout cas, ça vient soutenir l'intervention qu'on fait, notre analyse de la situation. (Int-18).

Certains intervenants et gestionnaires éprouvent toutefois de la difficulté à se prononcer quant aux impacts associés au PEF. Selon eux, l'implantation du protocole est encore trop récente pour qu'ils puissent se prononcer sur ses effets :

Bien, je te dirais que c'est encore en évolution [...] Tu as une vision de la famille qui est un peu différente, une lecture différente... mais j'en n'ai pas assez fait pour que ça change radicalement ma façon de travailler. (Int-01).

4.5.2. Les impacts du PEF sur les familles

Tel que mentionné précédemment, le PEF permet aux familles de se prononcer sur leur propre situation et, ainsi, de se sentir impliquées dans le processus d'évaluation, ce qui favorise la collaboration entre les familles et les intervenants :

Moi, je pense que les familles se sentent plus impliquées quand on fait plus attention à leur perception. [...] En tenant compte de leur perception et des choses qui, eux, les dérangent, ça les implique davantage. (Int-19).

La plupart des familles sont en accord avec les propos de cet intervenant (Int-19). En plus de leur fournir une occasion de partager leurs points de vue, le PEF a permis à certaines d'entre elles de mieux se connaître, de réfléchir à leur situation et de mieux comprendre le fonctionnement de leur famille.

C'est un bel outil aussi. Ça m'a appris quand même beaucoup de choses, même par rapport à moi. J'ai appris à me connaître un petit peu mieux avec ça. Non, c'est vraiment positif comme expérience. (Fam-02).

Ç'a permis de se connaître et aussi de connaître la dynamique familiale. Ça valait la peine. (Fam-03).

Le protocole permet également à certaines familles de se dévoiler puisqu'il est parfois moins compromettant ou moins embarrassant de nommer certaines choses sur papier que d'en discuter directement avec l'intervenant :

De pouvoir nommer des choses parce que, des fois, en mots, les gens n'oseront pas alors que par écrit c'est un médium où ils vont se permettre de nommer. (Int-11).

De plus, le PEF permet d'identifier les forces des familles. Ayant l'habitude de discuter des aspects les plus négatifs (surtout en contexte de protection de l'enfance où la prise en charge de l'enfant est souvent associée à des problèmes des parents ou des lacunes familiales), les familles apprécient discuter des aspects positifs de leur situation :

Ce qui est le fun aussi, ce que j'ai bien aimé, ça ne dit pas juste ce qui ne va pas. Ça dit aussi ce qui va bien. C'est un peu encourageant. (Fam-06).

Bien que la majorité des familles considère que le protocole est utile et qu'il fait ressortir des aspects positifs, une des familles affirme toutefois que le PEF a eu peu d'incidence sur sa situation :

Les réponses que ça m'a données, je les savais déjà. Il n'y avait rien de nouveau dans ce que ça m'a appris. (Fam-10).

Concernant la qualité du lien avec les familles, certains intervenants et gestionnaires sont d'avis que le PEF aide à la création et au renforcement du lien thérapeutique avec les parents :

Je pense qu'ils sentent l'intérêt que moi je leur porte en leur disant : « Bien, regardez. J'ai envie de vous proposer ça, c'est un nouvel outil au Centre jeunesse ». [...] je pense qu'ils sentent que je suis intéressée à les connaître. [...] Ils voient qu'on veut aller plus loin dans l'intervention. (Int-08).

Toutefois, pour la plupart des parents, le PEF n'a rien changé au niveau de la relation avec les intervenants car le lien entretenu avec ceux-ci était déjà positif avant la passation du PEF :

Elle [l'intervenante] était bien ancrée dans la famille puis tout le monde la connaissait, puis... Ça n'a pas amené de quoi de plus, ça ne nous a pas rapprochés, on était déjà bien ouverts. (Fam-10).

Bien que plusieurs aspects positifs aient été identifiés par les différents répondants, quelques éléments négatifs ont également été soulevés. En effet, la passation du PEF demande non seulement de l'investissement et du temps aux intervenants, mais également aux familles :

Les commentaires qu'on a, c'est que les gens trouvent ça ardu à faire. Mais en même temps, on en retire des bénéfices. On retire toujours un bénéfice qu'on n'aurait pas eu si on ne l'avait pas fait. (Int-07).

Somme toute, la plupart des intervenants, des gestionnaires et des familles sont d'avis que le PEF entraîne des effets positifs à l'intérieur des familles et engendre des bénéfices relativement au suivi et aux interventions dirigées auprès des familles.

4.5.3. Le bilan du PEF

Un point critique rapporté par la majorité des intervenants et des gestionnaires concerne le bilan du PEF, c'est-à-dire la transmission et la présentation des résultats à la famille. Ainsi, l'objectif du bilan est de présenter un portrait représentatif de la situation des familles afin qu'elles puissent mieux comprendre leur dynamique familiale. La présentation des résultats vise également, sur le plan clinique, à établir les objectifs des interventions et à dispenser des services adaptés aux besoins et à la situation de chaque famille.

Les gestionnaires et les intervenants soulignent deux enjeux importants liés au bilan du PEF, soit la complexité de l'analyse sous-jacente aux résultats obtenus ainsi que la maîtrise de la carte conceptuelle (outil visuel qui accompagne la présentation des résultats).

Ce n'est pas toujours évident parce que c'est ça, il y a beaucoup beaucoup, beaucoup de matière puis... C'est plus dans : « Comment on utilise ? ». Un coup qu'on a passé le questionnaire, bon bien, tu te dis : « Ah O.K. ! là, comment je vais analyser ça maintenant ? » Mais ça, je pense que c'est à force d'en faire. (Int-13)

Malgré tout, les parents rapportent avoir bien compris les résultats expliqués par leur intervenant :

Il nous a expliqué très clairement ce qui en était puis tout. On avait le plan en dessin puis il nous montrait ou est-ce que ça se situait. On a eu quand même des bonnes explications. (Fam-12).

Seule une famille fait état de difficultés en lien avec la présentation des résultats :

Sincèrement, ce n'était pas facile et je pense que [nom de l'intervenante] n'était pas vraiment à l'aise de travailler avec [...] C'était difficile pour elle de nous l'expliquer [...] Quand est venu le temps de montrer son schéma ou sa carte, même elle, elle était perdue. (Fam-05).

Certaines situations rendent la présentation des résultats plus complexe et demandent aux intervenants de porter une attention particulière aux stratégies employées afin de présenter les résultats à la famille, par exemple, lorsqu'il y a une divergence importante entre les perceptions des membres d'une même famille, lorsqu'un répondant fait une confidence importante quant à son vécu (abus durant l'enfance, événement traumatique, etc.), lorsque le portrait ne correspond pas aux constats que fait l'intervenant du fonctionnement familial, ou encore, lorsque le bilan démontre un grand nombre de problématiques au sein de la famille.

Par ailleurs, dans certains rares cas, les bilans du PEF peuvent s'avérer non valides si, par exemple, la famille fournit de fausses données ou ne répond pas en toute transparence. Dans ces situations, les intervenants ne peuvent utiliser les résultats obtenus pour travailler avec la famille sur le plan clinique. Par contre, ce type de situation demeure marginal, puisque la plupart des gestionnaires et intervenants rapportent que le bilan du PEF correspond généralement assez bien au portrait de la famille.

Quant aux parents, ils rapportent également que le bilan représente bien leur famille. Pour certaines familles, la présentation des résultats leur a permis d'avoir une vision de leur situation familiale légèrement différente de celle qu'elles avaient initialement, mais qui s'est avérée somme toute assez juste :

Je veux dire, nous on n'a pas eu de choc à savoir : « Ha, mon Dieu ! On ressemble à ça ! ». On a rempli ça et ça nous rejoignait et c'était vraiment qui on était. (Fam-01).

Le bilan m'a vraiment amenée à voir les choses autrement. [...] Il y a des points où ça été plus... une surprise quand j'ai eu les résultats, mais après réflexion je me suis dit : « Oui, dans le fond ce sont des choses que moi je n'avais pas vues ». (Fam-02).

4.6. L'implantation du PEF

4.6.1. Les défis et les spécificités de l'utilisation du PEF

Plusieurs enjeux d'implantation ont été soulevés par les intervenants et les gestionnaires en lien avec l'utilisation du PEF et avec son intégration dans la pratique clinique. Pour la majorité des répondants, il est peu réaliste de croire que le PEF puisse être complété avec chacune des familles entrant dans les services. Tout d'abord, la charge de travail élevée des intervenants semble en freiner l'utilisation :

Avec la charge de travail que l'on a, c'est difficile de le faire... Puis, l'idéal, ce serait de le passer dans tous nos dossiers puis moi je n'y arrive pas... Je ne vois pas comment je peux arriver à tous les passer. (Int-01).

Selon plusieurs intervenants, le PEF constitue une tâche qui vient s'ajouter à leurs autres obligations, rendant ainsi leur horaire plus chargé. Parallèlement, plusieurs déplorent que l'organisation ait décidé d'ajouter le PEF à la liste de tâches des intervenants sans pour autant réviser l'ensemble de leurs obligations et responsabilités :

Notre travail a beaucoup évolué au cours des dernières années, puis on nous demande de plus en plus de choses, mais ils en n'enlèvent pas à l'autre bout. (Int-20).

Selon les intervenants, leur charge de travail ne leur permet pas de mener plusieurs PEF en parallèle, ce qui les amène donc à prioriser certains dossiers :

Dépendamment si je suis... j'arrive sur une nouvelle charge, je ne peux pas le faire dans tous mes dossiers en même temps, c'est quand même demandant. Donc, il faut prioriser puis, se dire lesquels j'aurai plus avantage à... à le faire puis... (Int-11).

La présence de situations prioritaires (gestion de crises, rédaction de rapport, comparutions devant le tribunal) et l'obligation de maintenir l'application d'autres approches viennent également restreindre l'utilisation du PEF :

Tu as le plan d'intervention, tu as SOCEN [approche « S'occuper des enfants » qui s'adresse aux enfants placés] pour nos jeunes qui sont placés à majorité, tu as les tout-petits... je veux dire la démarche de clarification de projet de vie... Regarde, tout est à faire. [...] C'est ce qui fait qu'un moment donné, quand tu additionnes tout ça, tu en as trop. (Int-01).

D'autre part, les intervenants et les gestionnaires mentionnent que le roulement du personnel, donc la présence d'intervenants non formés pour l'utilisation du PEF, vient également affecter son utilisation :

Mon intervenante est partie en maladie. Bang ! Un remplaçant, il n'est pas formé. Tout ce qu'on a ciblé vient de tomber à l'eau. Bon là, la fille revient. Bien là, elle revient, mais pauvre elle, on va lui laisser le temps de revenir avant de l'attaquer avec les protocoles. Fait que, c'est tout le temps ça, tout le temps, tout le temps, au quotidien... (Gest-05).

De plus, tel qu'évoqué à la section 4.4, plusieurs dossiers ne se prêtent pas au PEF en raison des différents critères d'exclusion (non-reconnaissance du problème, présence d'un trouble de santé mentale, problème de lecture et d'écriture). Or, bien qu'il soit demandé aux intervenants d'effectuer le plus systématiquement possible un PEF pour les nouveaux dossiers, plusieurs mentionnent que certaines conditions les empêchent de répondre à cette attente :

On ne peut pas le faire d'emblée exactement comme les gens [en référence à l'administration] voudraient que ce soit fait. À cause de la clientèle, à cause des problématiques, à cause de la collaboration. Il y a plein de facteurs. (Int-19).

Certains considèrent que le protocole est mal adapté à la réalité de la clientèle en protection de la jeunesse.

Ils [les intervenants] ont l'impression que quand ça a été monté, les gens qui ont monté ça [...] comprenaient peut-être un peu mal la réalité des clients qu'on a. [...] Nos gens à nous autres, ce n'est pas tous volontaires. Ils ne viennent pas parce qu'ils sont volontaires... Ils ont souvent un niveau d'éducation qui est bas, il y a beaucoup de santé mentale, donc c'est, ça peut être ardu. (Gest-04).

Par ailleurs, le « caractère obligatoire » du PEF suscite certaines réactions chez les intervenants. Plusieurs considèrent que cette obligation fait entrave à leur jugement clinique et souhaiteraient que l'organisation leur laisse le choix des outils à utiliser et des moments de passation :

Tu me formes, je m'engage à les appliquer, mais fais confiance à mon jugement clinique pour les appliquer au bon moment. (Int-04).

Par exemple, selon certains intervenants, le début de suivi n'est pas le moment le plus propice pour l'utilisation du PEF :

Ce n'est pas réaliste de penser qu'il faut que je crée mon lien avec la famille, que je fasse des protocoles et que je fasse un plan d'intervention initial. (Int-10).

À cet égard, les intervenants pensent qu'ils devraient pouvoir eux-mêmes cibler le moment opportun pour la complétion du protocole.

4.6.2. L'intégration du PEF dans la pratique des intervenants

L'opinion générale des intervenants et des gestionnaires quant à la pertinence et l'utilité du PEF sur le plan clinique et à son intégration dans la pratique est passablement mitigée. Lorsque questionnés à savoir s'ils considèrent que le PEF répond à un besoin dans la pratique, les intervenants et gestionnaires émettent des avis partagés. Sur les 25 personnes interrogées (20 intervenants et 5 gestionnaires), 11 considèrent que le PEF répond à un besoin dans la pratique clinique et qu'en ce sens, il constitue une valeur ajoutée :

Je pense que c'est important en protection de la jeunesse que les gens aient une place pour exprimer comment ils perçoivent leur vie et leur situation, parce que ce n'est quand même pas rien quand la DPJ débarque dans ta vie. [Avec le PEF] Les gens ont une place pour exprimer leurs sentiments par rapport à leur vie, au niveau conjugal, au niveau de leur relation avec leur enfant, au niveau personnel. (Int-07).

Par contre, une part tout de même importante des intervenants et gestionnaires, soit 10 sur 25 ont une position plus mitoyenne : ils reconnaissent la valeur clinique du PEF, mais ne sont pas pour autant d'avis que le PEF lui-même est nécessaire ou qu'il constitue une réponse à un besoin :

Est-ce que ça répond à un besoin ? Je ne penserais pas. Je pense qu'on aurait continué à être fonctionnels sans les protocoles, bien honnêtement. [...] Est-ce que ça améliore notre pratique ? Je pense que oui. Ça l'amène dans différentes sphères du fonctionnement qu'on n'irait peut-être pas voir justement dans le contexte un peu d'urgence du système de deuxième ligne qu'on a ici. (Int-14).

Finalement, quatre participants ont une perception plutôt négative du PEF et soutiennent que le PEF n'était pas nécessaire aux intervenants sur le plan clinique :

J'ai l'impression que ça répond aux besoins de l'établissement plus qu'aux besoins des clients. [...] parce qu'avant les protocoles, la DPJ existait et on était quand même capables de bien travailler et on avait quand même des méthodes aussi qui avaient été étudiées et qui fonctionnaient comme elles se devaient. (Int-19).

Ces résultats démontrent bien la diversité des points de vue à l'égard du PEF et une certaine ambivalence face à l'utilisation de l'outil. Cette ambivalence semble également présente à d'autres niveaux. Par exemple, certains intervenants et gestionnaires sont d'avis que le PEF convient bien au rôle des intervenants à l'application des mesures, puisque ces derniers disposent du temps nécessaire pour créer un lien avec les familles et sont responsables du suivi des familles

à plus long terme. Par contre, d'autres questionnent l'implantation du PEF au sein des équipes d'application des mesures en protection de la jeunesse et soutiennent que celui-ci serait plus adapté dans les contextes suivants :

- Pour les équipes du secteur de l'évaluation : selon ces répondants, l'utilisation du PEF serait plus optimale s'il était complété ou, du moins, amorcé par les intervenants à l'évaluation. En procédant ainsi, les intervenants de l'application des mesures pourraient, dès le début du suivi, formuler le premier plan d'intervention en fonction des résultats du PEF et des cibles identifiées.
- Pour les intervenants de première ligne : certains répondants sont d'avis que l'utilisation du PEF correspondrait davantage au mandat du secteur de la première ligne puisque les intervenants sont moins contraints par les délais et travaillent avec une clientèle volontaire.

Parallèlement, certains mentionnent que le PEF fournit une quantité importante d'informations et qu'il leur est difficile de prendre en considération toutes ces données dans leurs interventions, non seulement en raison du manque de temps, mais également parce que certaines de ces sphères d'intervention vont au-delà de leur mandat :

Si on prend le protocole d'évaluation familiale dans son ensemble, le fonctionnement familial, on pourrait travailler pendant des années avec une famille. Qu'est-ce qui est à cibler ? [...] Parce que des fois ça dépasse beaucoup notre mandat de protection et c'est de l'ordre du suivi social, mais à moment donné... nous, on a des balises très claires. Moi, je pense que ça outrepassé souvent notre mandat en protection. (Int-18).

Résultats des entretiens – Résumé du volet 2

→ L'analyse des 37 entrevues réalisées auprès des gestionnaires, des intervenants de l'application des mesures et des familles (5 gestionnaires, 20 intervenants et 12 familles) démontre que les perceptions et les points de vue de ces acteurs sont diversifiés. En général, les gestionnaires et les familles ont une perception plus positive du PEF que les intervenants. Ceux-ci se montrent plus ambivalents quant à son implantation et à son utilisation.

LES GESTIONNAIRES

→ Les gestionnaires sont d'avis que l'utilisation du PEF est bénéfique et engendre des retombées généralement positives.

→ Ils mentionnent que leur équipe de travail est généralement mobilisée à l'égard du PEF. Ils constatent également une évolution positive de l'implantation et de l'utilisation du PEF au fil du temps.

→ Les gestionnaires considèrent que leur rôle auprès des intervenants est de démontrer les bénéfices qu'apporte le PEF ainsi que de faire valoir son utilisation sur le plan clinique.

→ Leur plus grand défi demeure toutefois de convaincre les intervenants qu'il est bénéfique et payant d'utiliser le protocole.

LES INTERVENANTS

→ Les intervenants présentent un niveau de satisfaction très variable à l'égard du PEF.

→ Leur appréciation des mesures de soutien mises en place est plus positive que négative. Les spécialistes en activités cliniques (SAC) et les communautés de pratique (CP) sont considérés comme les stratégies de soutien les plus utiles. Certains tiennent cependant des propos plus mitigés, notamment au sujet des compétences des professionnels responsables de ces ressources et de leur capacité à répondre aux questionnements plus complexes des intervenants.

→ Les intervenants détaillent les conditions qui facilitent ou qui, au contraire, nuisent à l'utilisation du PEF : ces conditions réfèrent essentiellement aux caractéristiques de la clientèle, à la qualité du lien établi avec la famille, au niveau d'accompagnement nécessaire, à la charge de travail et à la gestion des imprévus et des autres tâches.

→ On note une reconnaissance partagée autour de la pertinence clinique du PEF pour la majorité des intervenants. Selon eux, le protocole uniformise la pratique entre les intervenants, permet d'améliorer leur compréhension et leur analyse des dynamiques familiales, permet une meilleure planification de l'intervention et fournit un cadre d'évaluation solide et valide.

→ Le principal défi à relever selon les intervenants est l'intégration du PEF dans la pratique. Bien qu'ils reconnaissent les bénéfices cliniques qu'apporte le protocole, ils considèrent que son utilisation requiert beaucoup de temps et d'investissement et que leur contexte de travail actuel rend difficile l'utilisation de ce type d'outil.

LES FAMILLES

- Les familles interrogées ont une opinion relativement positive du PEF.
- L'ensemble des parents questionnés affirment avoir accepté de faire le PEF sans hésitation et sans crainte. Différentes raisons évoquées viennent appuyer cette confiance, notamment l'expérience de leur intervenant, la qualité du lien avec celui-ci, les explications fournies quant à l'utilité du protocole et la présence de normes de confidentialité entourant la divulgation des résultats.
- Plus de la moitié des parents considèrent que les questions du PEF sont relativement faciles à comprendre. De plus, ils ne se sont pas montrés indisposés par les questions plus personnelles du protocole. Par contre, quelques-uns ont mentionné la longueur des questionnaires, la difficulté de compréhension de certaines questions et des choix de réponse parfois contraignants ou réducteurs.
- Les parents rapportent que le bilan issu du PEF représente bien leur famille. Certains parents mentionnent qu'ils ont apprécié que le protocole ne cible pas seulement les lacunes des familles, mais également les forces de celles-ci.
- Les parents recommandent le PEF aux autres familles, même lorsqu'ils considèrent que le protocole a eu peu d'impacts dans leur suivi. Ceux-ci soutiennent que le PEF permet d'avoir une vision plus concrète de leur situation familiale.

5. CONCLUSION

Un résumé des résultats concernant l'ensemble de l'étude (volets qualitatif et quantitatif) ainsi que les forces et les limites associées à celle-ci sont présentés dans cette section. Des recommandations issues de l'analyse des résultats sont également proposées.

5.1. Constats généraux

L'analyse des volets quantitatif et qualitatif de l'étude permet d'établir des parallèles entre les données recueillies et de faire émerger les différences et les similarités entre les résultats obtenus.

Les gestionnaires ont une perception généralement positive du PEF. Tant les résultats du volet quantitatif que qualitatif concordent avec cette position. Bien qu'ils soient perçus comme des acteurs mobilisés à l'égard de l'utilisation du PEF et qu'ils favorisent son intégration, ils sont, dans l'ensemble, moins enclins que les intervenants à souligner les difficultés d'implantation et d'utilisation de l'outil. Les données analysées dans le volet qualitatif indiquent que les gestionnaires sont surtout considérés comme des porteurs du protocole (responsabilité d'en faire la promotion et de s'assurer de bon déroulement de la passation, etc.) et moins comme des connaisseurs (n'utilisent pas le protocole et peuvent difficilement résoudre les problèmes rencontrés par les intervenants).

Les données quantitatives de l'étude (volet 1) montrent que les intervenants ont une perception généralement plus positive de l'implantation et de l'utilisation du PEF que ce que laissent entendre les résultats du volet qualitatif (volet 2). Alors que le volet quantitatif souligne la mobilisation de l'équipe et l'appréciation de la formation, des mesures de soutien et de la valeur clinique de l'outil, les résultats qualitatifs montrent des réponses plus mitigées surtout en regard des difficultés et des enjeux d'implantation et d'intégration. Les défis soulevés ne remettent toutefois pas en question la valeur clinique du PEF. Les intervenants reconnaissent pour la plupart que le PEF améliore la compréhension et l'analyse de la dynamique familiale, permet une meilleure planification de l'intervention, uniformise la pratique entre les intervenants et constitue un bon levier d'intervention. Les enjeux se situent davantage dans le processus d'implantation et dans le contexte d'utilisation. L'outil est considéré exigeant en termes de temps, d'investissement et d'accompagnement et les intervenants considèrent manquer de temps pour l'intégrer adéquatement à leur pratique et répondre aux exigences de l'établissement. Le fait que les intervenants doivent obligatoirement utiliser le protocole suscite également des réactions de leur part ; ces derniers soutiennent que le protocole n'est pas adapté à certaines familles ou profils de parents et qu'ils devraient pouvoir juger eux-mêmes avec qui et quand il est pertinent de l'utiliser.

Quant aux familles, celles-ci sont généralement très satisfaites de l'utilisation du PEF et du contexte dans lequel se déroule la passation. Le protocole est considéré comme un outil qui donne un portrait réaliste de leur situation familiale. De plus, les familles se disent satisfaites de

l'accompagnement offert par leur intervenant dans la complétion des questionnaires et témoignent d'une relation positive avec celui-ci. Par ailleurs, il est intéressant de constater que, bien que le soutien offert aux familles dans la complétion du PEF soit identifié comme une condition favorable et aidante, il est plutôt entrevu comme une condition défavorable par les intervenants en raison du temps que cela exige.

Les trois groupes d'acteurs interrogés reconnaissent donc les bénéfices qu'apporte le PEF, tant sur le plan des interventions que du suivi auprès des familles. Le protocole est perçu comme un outil qui permet d'intégrer les familles au processus d'intervention et d'améliorer la compréhension de son fonctionnement. Le défi pour le futur est sans doute de trouver des pistes de solution afin de faciliter son intégration et son utilisation dans la pratique des intervenants. Cette réflexion exige d'aller au-delà de la mise en place de stratégies de soutien, lesquelles sont considérées suffisantes et adéquates, et de revoir l'ensemble de la charge de travail des intervenants.

5.2. Forces et limites de l'étude

Enfin, la présente étude comporte certaines forces et limites qui nécessitent d'être mentionnées. Du côté des forces, le fait de privilégier une méthodologie mixte, c'est-à-dire d'intégrer des éléments quantitatifs et qualitatifs, permet d'accéder à différents types de données. À ce titre, les différences observées entre les résultats des volets quantitatif et qualitatif témoignent de la pertinence de ce choix méthodologique. Notons également que l'étude se penche sur la position de trois groupes d'acteurs impliqués dans l'implantation ou la passation du protocole, soit les gestionnaires, les intervenants et les familles. Cette multiplicité des points de vue permet de faire une analyse plus complète des différents enjeux rencontrés par chacun des groupes en regard de l'utilisation du PEF. Il faut aussi préciser que la participation des familles suivies en protection de l'enfance à un projet de recherche constitue toujours un défi méthodologique de taille qui, dans le cas de cette étude, a été efficacement relevé.

Par ailleurs, le contexte dans lequel a été menée la recherche constitue une limite en soi. En effet, la collecte de données a été réalisée au cours des années 2015 et 2016, soit au moment où l'établissement (Centre jeunesse) connaissait une période de restructuration majeure. Cette situation a pu influencer les résultats de l'étude. Par exemple, plus spécifiquement en lien avec les entrevues individuelles menées auprès des intervenants, les acteurs ont été interrogés entre avril 2016 et juillet 2016, une période marquée par des changements importants sur le plan de la réorganisation des services. Les difficultés liées au contexte de pratique pourraient donc expliquer en partie le décalage entre les résultats du volet quantitatif et ceux du volet qualitatif en ce qui concerne le point de vue des intervenants.

De plus, en ce qui concerne les limites associées au volet qualitatif, notons que la collecte de données a été réalisée en un seul temps de mesure et qu'il n'a pas été possible de recueillir les perceptions des acteurs à différents moments et, ainsi, de pouvoir constater l'évolution des perceptions à l'égard de l'implantation et de l'utilisation du PEF. À un autre niveau, mentionnons

que les familles qui ont accepté de participer à l'étude sont sans doute celles qui avaient déjà un lien positif avec leur intervenant, puisque c'est ce dernier qui instituait le contact initial avec la famille dans le cadre du recrutement des familles participantes. Cette situation peut en soi avoir constitué un biais de sélection.

5.3. *Recommandations*

L'analyse de l'ensemble des résultats nous amène à proposer quelques recommandations afin de soutenir l'organisation et les intervenants dans l'utilisation du PEF. Ces recommandations concernent davantage le contexte d'implantation, puisque la pertinence du PEF comme outil clinique est très peu remise en question par les acteurs concernés.

- Réfléchir aux critères d'inclusion et d'exclusion en lien avec la participation des familles au PEF. La compréhension de ces critères doit être claire et partagée, de façon à permettre aux intervenants d'identifier plus facilement les familles éligibles ou non au PEF.
- Questionner le caractère obligatoire du protocole : certains intervenants remettent en question l'obligation d'utiliser le PEF dans tous les nouveaux dossiers et souhaiteraient avoir davantage de latitude en regard des familles avec lesquelles l'utiliser et du moment opportun pour le faire.
- Une réflexion devrait également se faire sur l'ensemble des outils utilisés et sur la charge de travail globale des intervenants de façon à ce que la passation du PEF soit *viabile* au quotidien et compatible avec le reste de leurs tâches. La nécessité pour l'organisation de faire des choix sur les outils et les approches utilisés et de cibler des priorités constitue une critique largement partagée par les intervenants. Par exemple, certains répondants soulignent que, si l'organisation met de l'avant le PEF, il faut retirer autre chose ou s'attendre à ce que moins d'emphase soit mise sur d'autres tâches.
- Le PEF prend tout son sens clinique lorsqu'il est travaillé avec les familles, qu'il s'agisse de la passation des questionnaires, de la rétroaction relative au bilan ou encore de l'utilisation des résultats pour le plan d'intervention. Par contre, cet accompagnement exige du temps et en ce sens, il doit être reconnu et soutenu par l'organisation.
- S'assurer que tous les intervenants (des équipes d'application des mesures) ont reçu la formation de façon à ce que le PEF soit un outil commun et que son utilisation puisse perdurer dans le temps.
- Quelques parents ont également émis des propositions plus spécifiques en regard des questionnaires : certains proposent de diminuer la longueur des questionnaires et de simplifier certaines questions plus répétitives ou difficiles à comprendre. L'idée d'assurer la confidentialité des répondants en offrant des enveloppes distinctes pour chacun d'entre eux a aussi été soulevée.

RÉFÉRENCES

- ANDERSON, D. A. & PAULOSKY, C. A. (2004). A Survey of the Use of Assessment Instruments by Eating Disorder Professionals in Clinical Practice. *Eating and Weight Disorders*, 9, 238-241. <http://dx.doi.org/10.1007/BF03325075>.
- BICKMAN, L., ROSOF-WILLIAMS, J., SALZER, M. S., SUMMERFELT, W. T., WILSON, S. J. & KARVER, M. S. (2000). What Information do Clinicians Value for Monitoring Adolescent Client Progress and Outcomes? *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(1), 70-74. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.31.1.70>.
- FAVEZ, N. (2010). *L'examen clinique de la famille : modèles et instruments d'évaluation*. Belgique : Édition Mardaga.
- FORD, T., LAST, A., HENLEY, W., NORMAN, S., GUGLANI, S., KELESIDI, K., ... GOODMAN, R. (2013). Can Standardized Diagnostic Assessment Be a Useful Adjunct to Clinical Assessment in Child Mental Health Services? A Randomized Controlled Trial of Disclosure of the Development and Well-Being Assessment to Practitioners. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 583–593. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-012-0564-z>.
- GARLAND, A. F., KRUSE, M. & AARONS, G. A. (2003). Clinicians and Outcome Measurement: What's the Use? *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 30, 393-405. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02287427>.
- GILBODY, S. M., HOUSE, A. O. & SHELDON, T. A. (2002). Psychiatrists in the UK Do Not Use Outcomes Measures: National Survey. *British Journal of Psychiatry*, 180, 101-103. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.180.2.101>.
- HATFIELD, D. R. & OGLES, B. M. (2004). The Use of Outcome Measures by Psychologists in Clinical Practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(5), 485-491. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.35.5.485>.
- JENSEN-DOSS, A. & HAWLEY, K. M. (2010) Understanding Barriers to Evidence-Based Assessment: Clinician Attitudes Toward Standardized Assessment Tools. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(6), 885-896. <http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2010.517169>.
- KAZDIN, A. E. (2006). Assessment and Evaluation in Clinical Practice. In: C. D. Goodheart, A. E. Kazdin & R. J. Sternberg (Eds.). *Evidence-Based Psychotherapy: Where Practice and Research Meet* (pp. 153-177). Washington, DC, USA: American Psychological Association.

- KAZDIN, A. E. (2007). Systematic Evaluation to Improve the Quality of Patient Care : from Hope to HOPEFUL. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3(4), 37-49. <http://dx.doi.org/10.14713/pcsp.v3i4.911>.
- L'ÉCUYER, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu*. Québec : P.U.Q.
- LYON, A. R., DORSEY, S., PULLMANN, M., SILBAUGH-COWDIN, J. & BERLINER, L. (2015). Clinician Use of Standardized Assessments Following a Common Elements Psychotherapy Training and Consultation Program. *Administration and Policy in Mental Health*, 42, 47-60. <http://dx.doi.org/10.1007/s10488-014-0543-7>.
- MARTIN, A.-M., FISHMAN, R., BAXTER, L. & FORD, T. (2011). Practitioners' Attitudes towards the Use of Standardized Diagnostic Assessment in Routine Practice: a Qualitative Study in Two Child and Adolescent Mental Health Services. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(3), 407-420. <http://dx.doi.org/10.1177/1359104510366284>.
- MAYER, R. et DESLAURIERS, J.-P. (2000). Quelques éléments d'analyse qualitative. Dans : R. MAYER, F. OUELLET, M.-C. SAINT-JACQUES et D. TURCOTTE (dir.). *Méthodes de recherche en intervention sociale* (159-189). Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- MCHUGH, R. K. & BARLOW, D. H. (2010). The Dissemination and Implementation of Evidence-Based Psychological Treatments. A Review of Current Efforts. *American Psychologist*, 65, 73-84. <http://dx.doi.org/10.1037/a0018121>.
- PAILLÉ, P. et MUCHIELLI, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 3^e édition. Paris : Armand Colin.
- PHELPS, R., EISMAN, E. J. & KOHOUT, J. (1998). Psychological Practice and Managed Care: Results of the CAPP Practitioner Survey. *Professional Psychology -Research and Practice*, 29(1), 31-36. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.29.1.31>.
- REEVES, K., CHARTER, E. & FORD, T. (2015). Measurement Issues: Is Standardised Diagnostic Assessment Feasible as an Adjunct to Clinical Practice? A Systematic Review. *Child and Adolescent Mental Health*, 21(1), 51-63. <http://dx.doi.org/10.1111/camh.12089>.
- RITTNER, B. & WODARSKI, J. S. (1995). Clinical Assessment Instruments in the Treatment of Child Abuse and Neglect. *Early Child Development and Care*, 106, 43-58. <http://dx.doi.org/10.1080/0300443951060106>.