

COMMENT FAVORISER LA RÉUSSITE D'UNE DÉMARCHE D'IMPLANTATION D'UN PROGRAMME AU SEIN D'UN MILIEU D'INTERVENTION : LEÇONS TIRÉES D'UNE ÉTUDE DE CAS

Nadine Lanctôt
Université de Sherbrooke
Sherbrooke, Québec

Julie Chouinard
Université de Montréal
Montréal, Québec

Résumé: Au moyen d'une étude de cas, cet article décrit la démarche d'implantation d'un programme de nature cognitive-comportementale au sein de huit unités d'hébergement d'un Centre jeunesse du Québec. Les objectifs sont de mieux comprendre les étapes qui mènent à la consolidation de l'implantation du programme et d'identifier les facteurs structurels qui favorisent la progression de la démarche d'implantation et ceux qui l'entravent. Des entretiens qualitatifs et une analyse documentaire ont permis de découper ce processus d'implantation en sept phases : la réticence, la formation, l'exploration, la résistance, l'application, la réconciliation, et l'intégration. L'analyse révèle aussi que plusieurs facteurs structurels ont eu une influence notable sur le processus d'implantation évaluée dans la présente étude de cas. Ces facteurs incluent : les occasions d'échange, les qualités du programme à implanter, le contexte organisationnel, et le climat des équipes d'intervenants. Ces facteurs constituent en quelque sorte la charpente sur laquelle repose la démarche d'implantation. Cette étude de cas servira possiblement à d'autres démarches d'implantation, en leur permettant de mieux prévoir les difficultés reliées à la démarche d'implantation de même que les mécanismes nécessaires pour y remédier.

Abstract: Using a case study methodology, this article describes the process of implementing a cognitive-behavioural program in eight residential facilities in a Centre jeunesse du Québec. The objectives were to better understand the steps required to consolidate the

Correspondance à l'auteure : Nadine Lanctôt, Département de psychoéducation,
Université de Sherbrooke, 1111, rue St-Charles ouest, bureau 252, Longueuil, QC,
J4K 5G4; <nadine.lanctot@usherbrooke.ca>

implementation of the program and to identify structural factors that facilitate and impede the progress of successful implementation. Documentary analysis and qualitative interviews allowed deconstruction of the implementation process into seven phases: initial reluctance, training, exploration, resistance, application, reconciliation, and integration. The analysis shows that several structural factors have a noteworthy influence on the implementation process in this case study: the opportunities for discussion, the quality of the program to be implemented, the organizational context, and the team social climate. These factors largely shape the framework of the implementation process. The results of the case study may be useful in other implementation processes, allowing identification of potential difficulties and the mechanisms required for their resolution.

■ L'application de pratiques d'excellence en matière d'intervention psychosociale devient une volonté répandue. En effet, les milieux d'intervention sont de plus en plus soucieux d'implanter des programmes dont l'efficacité est reconnue, ou du moins dont les effets sont prometteurs (Hibbs & Jensen, 2005). Bien que les fondements théoriques et empiriques des programmes probants soient bien documentés, leur application quotidienne au sein d'un contexte d'intervention représente un défi de taille. C'est alors qu'entrent en jeu les préoccupations liées à la qualité de l'implantation des programmes (Dusenbury, Brannigan, Hanse, Walsh, & Falco, 2005; Gottfredson & Gottfredson, 2002; Rossi, Lipsey, & Freeman, 2004).

Plusieurs facteurs peuvent faire en sorte qu'un programme ne soit pas appliqué selon les critères prévus par ses concepteurs. Par exemple, la qualité de l'implantation risque d'être menacée si le personnel ne change pas sa méthode de travail ou s'il résiste à la mise en oeuvre de nouvelles pratiques, si les ressources matérielles ou professionnelles nécessaires ne sont pas suffisamment dégagées par la direction, ou encore, si la clientèle abandonne le programme avant même que celui-ci prenne fin (Tourigny & Dagenais, 1998). De plus, un contenu inapproprié ou mal planifié, une formation insuffisante pour les intervenants, un manque de motivation de leur part, ainsi qu'un contexte organisationnel défavorable peuvent mener à l'échec de l'implantation d'un programme (Gottfredson & Gottfredson, 2002; Vitaro, 2000). Ces exemples justifient l'importance de procéder à une évaluation rigoureuse de l'implantation d'un programme avant de tabler sur ses retombées. Lorsqu'une démarche d'implantation est ponctuée de difficultés, la pertinence et la valeur du programme pourraient faussement être remises en question lors de l'évaluation de son efficacité. De plus, les méta-analyses révèlent que plus les pro-

grammes sont implantés avec rigueur et intégrité, plus ils génèrent les effets souhaités (Gresham, Cohen, Rosenblum, Gansle, & Noell, 1993; Wilson & Lipsey, 2000).

Considérant les impacts notables que peut avoir une démarche d'implantation qui ne correspond pas aux critères théoriquement définis, une préoccupation émerge : comment minimiser les facteurs qui nuisent à la qualité d'une démarche d'implantation? Bien que cruciale, cette question est très peu documentée (Dumas, Lynch, Laughlin, Smith, & Prinz, 2001). Tel que Gendreau, Goggin, et Smith (2001, p. 247) l'affirment, les connaissances sur le processus d'implantation méritent assurément d'être étudiées plus à fond : « it is ironic that the fundamental component in the delivery of effective offender treatment services, that of program implementation, has traditionally received the least attention. »

Mises à part quelques énumérations de facteurs qui entravent ou qui facilitent la mise en œuvre d'un programme, très peu d'études intègrent ces différents facteurs au sein d'un modèle qui permettrait de mieux comprendre les défis qui accompagnent une démarche d'implantation. Ce point de vue est partagé par Joly, Tourigny, et Thibaut (2005, p. 104), qui notent que les études dressent habituellement une liste de facteurs associés à la fidélité de l'implantation de manière « linéaire et additive ». Ces derniers soulignent l'importance de comprendre la phase d'implantation de programmes comme un « processus dynamique relativement complexe où une multitude d'éléments reliés au programme, au contexte d'implantation, à l'organisation qui implante le programme et au personnel impliqué interagissent à des degrés divers ». Cette citation marque le point de départ du présent article. S'appuyant sur une étude de cas, ses objectifs sont : (a) de mieux comprendre les étapes qui mènent à la consolidation de l'implantation d'un programme au sein d'un milieu d'intervention et (b) d'identifier les facteurs structurels qui favorisent la progression d'une démarche d'implantation et ceux qui l'entravent. Cette étude de cas permettra de tirer des leçons d'une étude évaluative en cours et de formuler des lignes directrices qui pourront éventuellement s'appliquer à d'autres démarches semblables.

DESCRIPTION DU PROGRAMME IMPLANTÉ

En 1998-99, la direction d'un Centre jeunesse du Québec décidait de renouveler ses pratiques en les orientant vers un programme¹ de type cognitif-comportemental. Un tel programme fut alors introduit

en deux temps au sein de huit unités résidentielles qui hébergent chacune environ une douzaine d'adolescentes. Son contenu et sa structure ont été définis selon les paramètres exposés par Le Blanc, Dionne, Proulx, Grégoire, et Trudeau-Le Blanc (1998). Les impacts de ce programme devraient se traduire par un abandon progressif des attitudes et des comportements problématiques, au profit de l'intégration d'habiletés et de pensées prosociales (Le Blanc et al., 1998).

Ce programme s'opérationnalise à travers des activités individuelles et de groupe. D'une part, trois outils cliniques sont mis à contribution dans le volet individuel : l'analyse des excès et des déficits, les auto-observations, et le contrat comportemental. À l'arrivée de l'adolescente au sein de l'unité résidentielle, et ensuite à chaque trois mois, l'intervenant analyse les composantes problématiques (les excès) de l'adolescente en regard de ses comportements, ses cognitions, ses émotions, et son environnement. Les déficits à combler, en guise de remplacement des excès, sont ensuite identifiés. Ensuite, des auto-observations sont effectuées au moins quatre fois par semaine par chacune des adolescentes. Ces dernières rapportent une situation antisociale ou prosociale qui s'est produite ainsi que les pensées, les émotions, les sensations, les comportements, et les conséquences qui l'ont suivie. Ce matériel est utilisé lors de rencontres individuelles avec l'intervenant. Ce dernier définit enfin un contrat comportemental avec l'adolescente. Ce contrat, qui doit être renouvelé périodiquement, spécifie un moment de vie précis au cours duquel l'adolescente doit remplacer un comportement antisocial donné par un comportement prosocial spécifique (e.g., exprimer calmement son mécontentement plutôt que de claquer la porte). Des agents de renforcement et des punitions sont prévus, de sorte que les conséquences liées au respect ou à la transgression du contrat soient identifiées.

D'autre part, le volet collectif consiste en quatre ateliers d'apprentissage : l'acquisition d'habiletés de communication, la régulation de la colère, la gestion du stress, et la résolution de problèmes. Des séances hebdomadaires, qui s'étalent sur une période de 15 semaines, sont prévues pour chaque atelier. Les éléments d'apprentissage sont présentés sous forme de modelage, suivi de jeux de rôle et d'une rétroaction. Les acquis sont ensuite généralisés au quotidien au moyen d'exercices individuels. Chaque adolescente doit participer à au moins un atelier d'apprentissage par semaine. Enfin, un système de responsabilité complète le volet collectif. Son but est d'intégrer l'adolescente dans le groupe et dans la structure sociale dans laquelle elle évolue.

L'implantation d'un programme qui comporte autant de composantes représente sans contredit un défi de taille pour les gestionnaires et les intervenants. Une application intègre du programme décrit ci-dessus exige un déploiement considérable de temps et d'énergie de la part de tous les acteurs qui y participent. Depuis le début de la mise en œuvre du programme, une évaluation formative de l'implantation est menée (Lanctôt, 2004; Lanctôt & Beaulieu, 2002; Lanctôt & Chouinard, 2003). Il importe de noter que puisque cette évaluation est toujours en cours, la présente étude de cas ne vise pas à présenter les résultats observés quant à l'intégrité ou à la qualité de l'implantation du programme. L'accent est plutôt porté sur les éléments à retenir pour favoriser le bon déroulement d'une démarche d'implantation. Ainsi, les évaluations menées jusqu'à présent permettent de dégager le cycle à travers lequel la démarche d'implantation s'est graduellement consolidée, tout en mettant en relief les facteurs qui ont favorisé l'implantation de ce programme et ceux qui l'ont entravé. Il importe de noter que cette étude de cas a été conduite au cours d'une période fortement mouvementée au sein du Centre jeunesse. Le contexte organisationnel était marqué par l'instabilité, due à plusieurs changements au sein de la direction et des équipes d'intervenants. Les résultats qui en découlent sont donc le reflet de cette réalité.

MÉTHODOLOGIE

L'étude de cas repose sur des informations obtenues au moyen d'une analyse documentaire et d'entretiens semi-directifs.

L'analyse documentaire

L'analyse documentaire porte sur des rapports ayant été rédigés entre septembre 2000 et juillet 2004 par divers acteurs-clefs impliqués dans la démarche d'implantation du programme cognitif-comportemental au Centre jeunesse. Ces documents étaient tous archivés dans les dossiers de la conseillère au support à l'intervention. Il s'agit d'abord des comptes rendus ($n = 20$) rédigés entre septembre 2000 et mai 2003 par la conseillère au support à l'intervention. Ils résument le contenu des rencontres entre cette dernière, les formatrices, et les représentantes des huit équipes d'intervenants. Ils énoncent aussi les besoins de formation au sein de chaque équipe. Ensuite, les plans de formation définis par les formatrices en 2003 et 2004 ont été répertoriés. Les objectifs à atteindre au sein des huit équipes d'intervenants associées à la démarche d'implantation y sont précisés. Lors de ces

deux années, un plan de formation spécifique était rédigé pour chaque équipe et un document synthèse faisait état des objectifs généraux à atteindre et des moyens requis pour y parvenir. Enfin, les bilans complétés par les chefs de service, en collaboration avec les équipes d'intervenants, complètent le matériel de l'analyse documentaire. Ces bilans détaillent notamment le niveau d'atteinte des objectifs visés, la mise en place des activités prévues, les ajustements effectués au sein de l'équipe, ainsi que les facteurs favorables et limitatifs à l'implantation. Au total, un bilan par équipe ($n = 8$) a été rédigé aux moments suivants : automne 2002, automne 2003, printemps 2004, et été 2004.

Les entretiens qualitatifs

Onze entretiens semi-directifs ont été effectués auprès des acteurs-clefs impliqués dans la démarche d'implantation. Ces entretiens avaient pour but de connaître les perceptions de ces acteurs-clefs quant au déroulement de la démarche d'implantation. Plus précisément, les thèmes suivants étaient abordés : leurs rôles et mandats dans la démarche d'implantation, les actions mises de l'avant, et les réactions qui en ont découlé. Des entretiens ont été effectués avec le coordonnateur, la conseillère au support à l'intervention, trois formatrices, le chef de service responsable de la gestion de l'implantation, et les cinq chefs de service attitrés aux huit équipes d'intervenants. Ces entretiens ont été réalisés entre les mois de novembre 2001 et d'avril 2002, et leur durée variait entre 45 et 90 minutes. Les propos des interviewés ont été enregistrés, avec leur consentement, et retranscrits.

Les stratégies d'analyse

Une analyse de contenu de l'ensemble du matériel documentaire a été effectuée. Cette analyse permet de décrire les différents moyens qui ont été déployés sur le plan organisationnel pour assurer la mise en oeuvre du programme cognitif-comportemental. Elle permet ensuite de décrire le contexte qui prévalait au sein de l'institution tout au long de cette démarche d'implantation. Le contenu des différents documents a été codé et ensuite classifié en thèmes et en ordre chronologique. En ce qui concerne les entretiens qualitatifs, une analyse de contenu a permis de dégager les thèmes exposés par chacun des répondants et d'évaluer jusqu'à quel point ils étaient récurrents ou non à travers le discours de l'ensemble des répondants. Les deux

sources de données ont finalement été mises en commun, ce qui a permis de valider leur cohérence respective.

RÉSULTATS

Le cycle d'implantation

L'étude de cas révèle que la démarche d'implantation du programme cognitif-comportemental s'est opérée d'une façon très graduelle. L'analyse documentaire et les propos recueillis lors des entretiens ont permis de découper ce processus d'implantation en sept phases : la réticence au changement, la formation, l'exploration, la résistance, l'application, la réconciliation, et l'intégration. La Figure 1 illustre ces phases qui se dégagent de l'analyse.

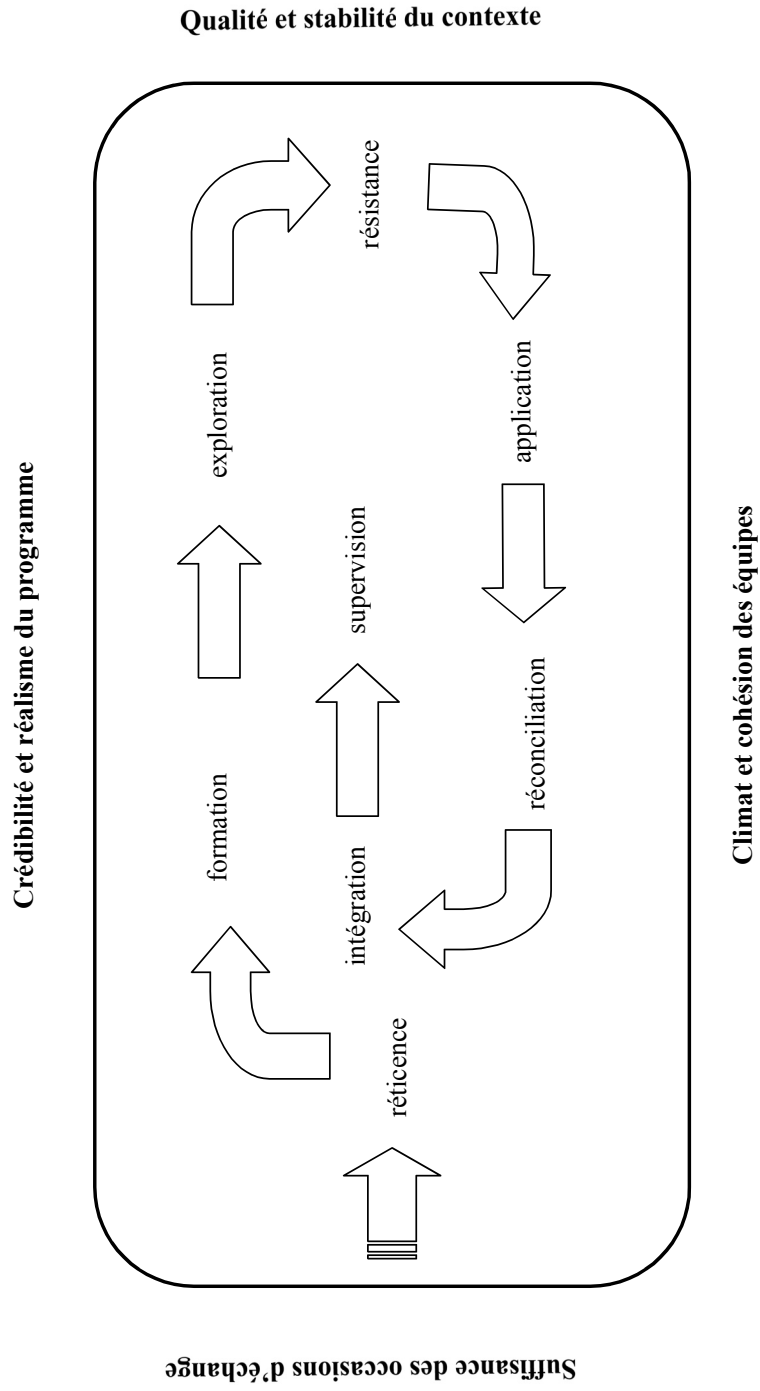
La réticence au changement

Des doutes et des hésitations sont d'abord apparus chez plusieurs intervenants au début de la démarche d'implantation. Ce qui ressort surtout, c'est que plusieurs d'entre eux ne croyaient pas vraiment en la durée de vie de ce programme, soupçonnant qu'on leur offrait encore une fois une formation dont les retombées ne seraient pas définitives. Les propos d'une formatrice traduisent très bien l'état de la situation lors de l'annonce de l'implantation de ce nouveau programme par la direction : « Au début [les intervenants] disaient "encore une autre affaire, ça vas-tu durer, on a toujours eu des formations et ça durent jamais, on a ça pendant un an et après ça tombe à l'eau" ».

Les acteurs-clefs interviewés évoquent d'autres raisons pour expliquer cette réaction des intervenants. D'une part, tous les intervenants n'étaient pas convaincus de la pertinence et de la valeur clinique du programme proposé. D'autre part, les intervenants avaient l'habitude de travailler avec des modèles d'intervention complètement différents. Le changement annoncé par la direction a suscité des craintes et des remises en question chez plusieurs. Comme le précise une interviewée, les intervenants devaient délaissier certaines pratiques et s'adapter rapidement à de nouvelles façons de faire. Elle ajoute que certains se questionnaient même sur la valeur des actions cliniques qu'ils avaient jusque-là appliquées.

La présente étude de cas n'est pas la seule à suggérer qu'une démarche d'implantation puisse débuter sous le signe de la réticence. Par exemple, lors de l'évaluation de l'implantation du programme EQUIP

Figure 1
Le cycle d'implantation et les facteurs structurels qui l'encadrent



aux États-Unis, Steele (2002) a constaté que des intervenants déploieraient le fait que la direction leur ait demandé de changer radicalement leur façon de travailler, sans même avoir cherché à connaître leur avis sur ces changements et sans réellement se soucier de leur désir d'adhérer ou non aux nouvelles pratiques. Jumelé à la présente étude de cas, cet exemple suggère que la direction et les gestionnaires doivent prendre le temps d'expliquer les motifs qui justifient la mise en place de nouvelles pratiques. Ils doivent également être à l'écoute des réticences et des appréhensions des intervenants. À ce titre, certaines agences suggèrent que des consultations soient menées auprès des intervenants qui auront à dispenser un nouveau programme, ceci dans le but d'évaluer leurs besoins, leurs motivations à s'engager, et l'état des ressources disponibles (Mihalic, Irwin, Fagan, Ballard, & Elliott, 2004). Pour contrer les doutes de certains acteurs, des occasions d'échanges doivent être prévues, notamment par le biais de séances de formation (Mihalic et al., 2004).

La formation

Plusieurs études soulignent que la formation des intervenants constitue un élément-clé de la réussite d'une démarche d'implantation (Gottfredson & Gottfredson, 2002; Joly et al., 2005; Mihalic et al., 2004; Steele, 2002). En plus d'y acquérir des connaissances, les intervenants qui participent à un programme de formation bénéficient également d'un temps d'échange et d'écoute (Serin & Preston, 2001). Dans la présente étude de cas, le volet de la formation fut planifié avec soin par une conseillère clinique au support à l'intervention. Le plan de formation visait à ce que les intervenants connaissent les différentes composantes du nouveau programme à implanter, qu'ils saisissent leur logique, leur pertinence, et leur valeur clinique et qu'ils maîtrisent suffisamment le contenu des différentes activités du programme pour être en mesure de les appliquer. Des ressources ont été dégagées afin que des plages horaires spécifiques soient réservées à la formation du personnel. Le programme de formation dispensé s'est d'abord adressé à deux équipes d'intervenants au printemps 1998. Les aspects cliniques et théoriques du programme étaient présentés toutes les deux semaines et, au besoin, des heures supplémentaires d'accompagnement et de supervision étaient offertes aux intervenants. Par la suite, à l'automne 1999, six autres équipes d'intervenants se sont jointes à la formation (voir Lanctôt & Beaulieu, 2002, pour plus de détails). Cette pratique concorde avec les recommandations énoncées par Vitaro (2000), qui suggère que la formation doit d'abord être offerte à un groupe relativement restreint,

à titre d'expérience pilote, de sorte que des ajustements puissent lui être apportés avant qu'elle ne s'étende à plus grande échelle.

Par ailleurs, de façon à bonifier le programme de formation et à le rendre plus accessible, une équipe de formatrices a été constituée à l'automne 2000. Trois intervenantes, qui oeuvraient au sein des deux premières équipes formées, ont reçu un monitorat accrédité à la suite duquel elles avaient chacune la responsabilité d'assurer la formation et la supervision de deux équipes d'intervenants. Ces nouvelles formatrices étaient dégagées quelques heures par semaine de leur rôle d'intervenantes pour dispenser de la formation et assurer un suivi au sein des équipes. Année après année, les bilans rédigés par les chefs de service rapportent sans équivoque que l'implication de ces formatrices auprès des équipes fut bénéfique à la démarche d'implantation. Notamment, les équipes d'intervenants apprécient le fait que les formatrices occupent simultanément des fonctions d'intervenantes. Puisque les formatrices expérimentent, dans leurs tâches quotidiennes d'intervenantes, l'ensemble des composantes pratiques reliées à l'implantation du programme cognitif-comportemental, elles sont en mesure d'apporter des éléments de réponse concrets et de bien saisir les difficultés vécues au quotidien au sein des équipes.

Les entretiens qualitatifs ont toutefois permis de constater que le mandat des formatrices fut ponctué de difficultés. Ces dernières ont rapporté avoir été exposées aux réticences de certains intervenants quant à l'application du nouveau programme. De plus, elles rapportent que leurs nombreuses responsabilités et le temps limité qui leur était octroyé les empêchaient d'investir autant qu'elles le souhaitent dans la démarche d'implantation. Enfin, l'une des formatrices ajoute que, puisque qu'elle était elle-même en situation d'apprentissage, la confiance que lui attribuaient les équipes d'intervenants était parfois atténuée. Une période d'exploration s'est donc avérée nécessaire pour tous les acteurs impliqués dans la démarche d'implantation.

L'exploration

Puisque l'introduction du programme cognitif-comportemental exigeait beaucoup de temps, d'efforts, et d'ajustements, les gestionnaires ont alloué une période de temps aux équipes d'intervenants afin qu'elles se familiarisent avec les différentes composantes du programme. Une période d'exploration se juxtaposait donc à celle de la formation. Un chef de service mentionnait qu'au cours de l'année 1999-2000, elle demandait simplement à son équipe d'intervenants « d'expérimenter [le programme] selon leurs capacités ». Les comptes-rendus rédigés

par la conseillère au support à l'intervention démontrent d'ailleurs clairement que de l'automne 2000 au printemps 2001, la plupart des équipes expérimentaient les composantes du programme et apprivoisaient le matériel clinique. Au cours de cette période, les intervenants sopesaient de quelle façon ils pouvaient délaissier certains éléments de leur pratique habituelle pour les remplacer par de nouvelles façons de faire. Les intervenants découvraient les différentes composantes du programme. Ils tentaient d'appliquer, tour à tour, les activités individuelles ou de groupes du programme, sans toutefois intégrer ces diverses activités au sein d'un tout cohérent. Les gestionnaires acceptaient donc que le programme soit appliqué d'une façon imparfaite et compartimentée au cours de cette phase. Une telle ouverture est d'ailleurs prônée au sein de diverses études : les gestionnaires doivent faire preuve de flexibilité pour répondre aux imprévus et aux complications (Gendreau et al., 2001), offrir un soutien adéquat aux intervenants (Ellickson & Petersilia, 1983), et avoir des attentes réalistes (Serin & Preston, 2001).

Par ailleurs, lorsque les intervenants exploraient le programme cognitif-comportemental et tentaient de l'appliquer à leur pratique quotidienne, ils étaient directement exposés aux difficultés concrètes inhérentes à son application. Un chef de service témoigne : « [les intervenants] se sont rendus compte que ce programme impliquait une série d'activités et que ça venait changer leur quotidien. Alors, là il y avait toute sorte de résistances ». Par exemple, les comptes rendus de la conseillère au support à l'intervention et le discours de plusieurs interviewés révèlent que le manque de cohésion et de communication au sein de certaines équipes d'intervenants rendait très difficile l'application des outils individuels prévus au programme. De plus, les intervenants ne se sentaient pas tous suffisamment confiants pour animer les activités de groupe et plusieurs déploraient manquer de temps et de contenu pour pouvoir préparer convenablement ces activités. À la lecture de la documentation recensée, force est de constater que, contrairement à l'effet souhaité, l'exploration du programme a provoqué de vives résistances chez plusieurs intervenants.

La résistance

La manifestation d'une certaine résistance semble faire partie intégrante du cycle d'implantation d'un nouveau programme; elle n'apparaît pas être spécifique au contexte exposé dans la présente étude de cas. Par exemple, Steele (2002) note que la démarche d'implantation qu'il évaluait était empreinte de résistance parce que les intervenants estimaient que l'application du programme exigeait le déploiement de

trop de temps et d'énergie. L'implantation d'un programme de lutte à la violence dans des écoles fut aussi freinée par des réactions d'insatisfaction de la part des enseignants, une fois que ceux-ci avaient tenté d'appliquer le programme (Mihalic et al., 2004). Dans la présente étude de cas, les résistances qui ont suivi la période d'exploration relevaient également d'un sentiment de surcharge de travail. Selon les comptes-rendus consultés et les propos de plusieurs interviewés, les commentaires étaient unanimes de la part des équipes : trop de temps et d'efforts devaient être déployés afin que l'ensemble des éléments du programme à implanter soit appliqués, compris, et intégrés à la pratique quotidienne. L'apprentissage de nouvelles pratiques était perçu par plusieurs intervenants comme un fardeau, et l'application assidue de ces pratiques était souvent jugée irréaliste.

Cette résistance persistait au sein de certaines équipes. En effet, un bilan rédigé à l'été 2002 par un chef de service atteste d'une démotivation des intervenants qui percevaient le programme comme une contrainte et non comme un outil clinique. D'autres bilans indiquent que les activités de groupe étaient trop souvent annulées, ceci parce que plusieurs intervenants se sentaient insuffisamment préparés et outillés pour les animer. Ceci a fait en sorte que les activités du programme se sont mises en place avec lenteur. Des procédures fermes de la part de la direction et des chefs de service ont été nécessaires afin de surmonter cette vague de résistance.

L'application

Jusqu'à cette phase de l'implantation, les composantes du programme cognitif-comportemental avaient été appliquées avec irrégularité et sans véritable intégration, comme en témoignaient les bilans périodiques rédigés par les chefs de service et les propos recueillis auprès des interviewés. La démarche d'implantation s'est toutefois resserrée après qu'une période de temps raisonnable ait été allouée aux intervenants afin qu'ils explorent les différentes composantes du programme et qu'ils expriment leurs réticences. L'analyse de la documentation recensée atteste qu'à partir de l'été 2002, des actions formelles ont été mises de l'avant par les chefs de service afin que le programme soit appliqué avec davantage de constance et de rigueur :

[...] mais après 2 ans, je me suis rendue compte que les activités n'étaient pas toutes commencées. J'ai dit à mon équipe qu'il fallait que ça commence et je leur ai donné une date. On l'a repoussée une fois, mais là c'était clair

que ça partait peu importe quel changement il y avait dans l'équipe.

Des chefs de service ont ainsi imposé à leurs équipes d'intervenants, avec une certaine ténacité, que l'ensemble des activités soit mis en place à partir d'une date spécifique et fasse partie intégrante des plans d'intervention individualisés des adolescentes. Les grilles horaires de la programmation quotidienne des équipes ont également été revues, de façon à ce que des activités du programme y occupent une plage horaire spécifique. La mise en place de ces mécanismes formels a fait en sorte que la démarche d'implantation s'est considérablement resserrée. Les bilans déposés à la fin de l'automne 2002 par les chefs de service révèlent que des liens commençaient à s'établir entre les différentes composantes du programme. À cette même période, la direction a décidé d'évaluer précisément le dosage des activités du programme au sein des huit équipes d'intervenants. Ce mandat a été confié à l'équipe de recherche associée à la démarche d'implantation. Une évaluation systématique du rythme et de la fréquence des activités du programme était alors réalisée mensuellement. Cette évaluation avait une finalité formative puisque les résultats étaient transmis automatiquement à toutes les équipes, et ce, chaque mois. Un chef de service a relevé dans son rapport annuel que ce partage des connaissances était grandement motivant, bien qu'il se traduisait parfois par une certaine pression à la performance.

Il semble donc qu'une prise de position claire de la direction et des chefs de service quant à la pertinence et à la valeur du programme à implanter est tout aussi importante à ce stade qu'elle l'était au début du cycle d'implantation. Cette réaffirmation de l'autorité concorde avec les observations rapportées dans d'autres études de cas : il revient aux gestionnaires de clarifier les objectifs, les règles et les procédures de la démarche d'implantation. Ellickson et Petersilia (1983) affirment que ces acteurs doivent assumer leur autorité avec constance et avec une certaine fermeté afin que le programme soit appliqué avec intégrité. Gottfredson et Gottfredson (2002) de même que Serin et Preston (2001) précisent d'ailleurs que les intervenants accordent de la crédibilité à la démarche d'implantation si elle est intégrée à la routine de l'institution et dans la structure de sa programmation. Somme toute, alors que la phase de l'exploration avait provoqué des vagues de résistance, l'application plus rigoureuse et assidue du programme, conjuguée à une meilleure compréhension de ses assises, semble quant à elle avoir favorisé une réconciliation avec la démarche d'implantation.

La réconciliation

La résistance des intervenants s'est grandement estompée après que ceux-ci aient appliqué le programme d'une façon plus assidue et plus rigoureuse. L'analyse des bilans déposés à la fin de l'année 2002 permet de comprendre que la motivation des intervenants émergeait ou se renforçait lorsqu'ils appliquaient suffisamment le programme pour y déceler à la fois un apport positif à leur pratique clinique et des gains tangibles pour les adolescentes. Cette prise en considération stimulait les intervenants à poursuivre et à approfondir la démarche d'implantation. En parallèle, les plans de formation définis pour l'année 2003 qualifient cette phase comme une période de redressement. La direction reconnaît qu'un soutien accru et qu'un suivi accentué auprès des chefs de service et des équipes d'intervenants sont nécessaires afin de « de solidifier le programme et mieux coordonner l'ensemble des conditions nécessaires à l'application du programme ». Des pas se faisaient donc de parts et d'autres pour resserrer la démarche d'implantation.

L'intégration

Cette étude de cas rappelle, tout comme d'autres (Bernfeld, Blase, & Fixsen, 1990; Mihalic et al., 2004), que l'adhésion des intervenants à une démarche d'implantation ne peut se faire sans que ces derniers aient une motivation sincère à y participer et à y investir du temps et des énergies. Une démarche d'implantation réussie ne nécessite pas seulement que l'ensemble des composantes d'un programme soit appliqué, encore faut-il que les intervenants qui dispensent le programme le comprennent et qu'ils sachent l'intégrer à leur pratique quotidienne d'une façon assidue, globale, et cohérente (Mihalic et al., 2004; Vitaro, 2000).

L'objectif général du plan de formation de l'année 2003 faisait précisément référence à cette intégration : le mandat prioritaire des équipes était d'intégrer l'ensemble des activités du programme à leur pratique quotidienne. Les bilans déposés par les chefs de service en 2003 et en 2004 indiquent cependant que, malgré les nombreux efforts déployés, l'atteinte de cette phase fut difficile. D'abord, toutes les composantes du programme n'évoluent pas au même rythme. Par exemple, l'intégration des activités de groupe s'est actualisée plus rapidement que celle des activités individuelles. Cette observation se transpose également aux intervenants : tous ne s'approprient pas le programme au même rythme. L'évaluation systématique du dosage du programme cognitif-comportemental (Lanctôt, 2004; Lanctôt et

Chouinard, 2003) arrive aux mêmes conclusions. En 2004, les formatrices rapportaient qu'une plus grande rigueur s'est installée dans l'application du programme. Par contre, des progrès restent à faire sur le plan de l'utilisation et de la généralisation de l'ensemble des composantes du programme. Face à ce constat, les chefs de service et les formatrices étaient nombreux à évoquer que le programme de formation doit être conçu de façon à gérer et à équilibrer de telles arithmies. Une formation continue, sous forme de supervision, devient dès lors essentielle.

La supervision

Plusieurs études suggèrent qu'une formation continue doit accompagner l'implantation de nouveaux programmes (Gendreau et al., 2001; Goldstein et Glick, 2001; Mihalic et al., 2004; Steele, 2002; Vitaro, 2000). Cette formation continue est nécessaire afin d'assurer l'harmonisation des pratiques parmi tous les intervenants, dont ceux qui n'étaient pas en poste au début de la démarche d'implantation. Elle favorise également la durabilité et l'assiduité de l'application du programme et elle permet la poursuite de l'intégration du programme par les intervenants.

La disponibilité des formateurs doit donc être prévue à long terme. C'est ce qui a été observé lors de l'implantation du programme cognitif-comportemental, bien que la formule des séances de formation ait subi des modifications au fil de la démarche d'implantation. Les plans de formation indiquent que la formation en groupe (offerte surtout de 1999 à 2001) a graduellement été remplacée par une structure de formation plus souple, offerte en petits groupes ou individuellement; elle prenait alors davantage la forme de supervision. Ces rencontres ont permis de soutenir les équipes d'intervenants lorsqu'elles étaient exposées à des difficultés. Au sein de leurs bilans annuels, la disponibilité des formatrices a été soulignée par tous les chefs de service comme étant un élément qui favorise la poursuite de la démarche d'implantation. Ils sont toutefois nombreux à revendiquer plus de formations, notamment pour les nouveaux intervenants ou pour ceux qui n'occupent pas un poste régulier, ceci afin d'assurer la standardisation des pratiques.

En somme, cette démarche d'implantation a nécessité du temps, du soutien, et un engagement de la part de tous les acteurs et des équipes. Mais au-delà de ces constatations, les données recueillies suggèrent que les facteurs structurels qui encadrent cette démarche ont une influence toute aussi importante.

Les facteurs structurels reliés à la démarche d'implantation

Bien que ces aspects soient peu documentés dans la littérature sur l'évaluation de l'implantation, le matériel d'analyse recensé dans la présente étude de cas indique que plusieurs facteurs structurels ont eu une influence notable sur le processus d'implantation. Ces facteurs incluent : les occasions d'échange, les qualités du programme à implanter, le contexte organisationnel, et le climat des équipes d'intervenants. Ces facteurs constituent en quelque sorte la charpente sur laquelle repose la démarche d'implantation.

Les occasions d'échange

Tout au long de la démarche d'implantation, la direction a dû prévoir des mécanismes pour soutenir la fidélité, l'intérêt, et l'engagement des intervenants. Aussi, afin de solliciter la participation active de plusieurs intervenants, les gestionnaires ont nommé des représentantes du programme au sein de chaque équipe. La lecture des bilans d'équipe révèle que cette initiative est perçue comme un moyen concret et stimulant pour que les intervenants se sentent responsables de la qualité de l'implantation du programme. Les représentantes d'équipe sont également celles qui peuvent informer les formatrices des préoccupations ou des difficultés de leur équipe.

D'autres initiatives de la direction ont aussi été appréciées des équipes d'intervenants. Au début de la démarche d'implantation, l'absence de manuels d'accompagnement était déplorée par plusieurs intervenants. Cette lacune a été corrigée en cours de route en munissant les animateurs de cahiers et d'affiches qui décrivent le contenu et le déroulement de chaque activité de groupe. De tels outils permettent aux intervenants de connaître d'une façon plus précise les actions à entreprendre, et ils favorisent l'atteinte d'une certaine uniformité (Gottfredson & Gottfredson, 2002; Joly et al., 2005; Serin & Preston, 2001; Vitaro, 2000). Une journée d'échange, organisée sous forme d'ateliers, fut également offerte à l'automne 2001. L'objectif général de ce forum était de faciliter la collaboration entre les équipes d'intervenants. Les bienfaits de cette journée ont été soulignés par plusieurs. Certains ont même demandé à ce qu'une telle initiative se répète :

Que les gens puissent se rencontrer, je pense que ça aide au développement et à la consolidation du programme dans les unités, parce que tu n'es pas tout seul dans ton

petit univers, tu vois les autres est c'est ressourçant. La journée d'échange a été très motivante pour les intervenants. Alors, c'est de refaire ce genre de rencontre.

Dans les bilans subséquents, ce besoin d'avoir des occasions pour échanger des idées et du matériel clinique était fréquemment et fortement revendiqué par les équipes d'intervenants. Le temps et les moyens semblaient toutefois manquer pour que ce besoin soit comblé. Serin et Preston (2001) reconnaissent l'importance de ce partage. De telles initiatives ne favorisent pas uniquement l'acquisition et le partage de connaissances; elles sont un signe d'encouragement et de soutien et elles contribuent à l'appropriation du programme par les intervenants. Dans la même veine, la conseillère au support à l'intervention notait que les rencontres qu'elles avaient avec les formatrices et les représentantes « alimentaient les idées, fournissaient des moyens et donnaient le goût de continuer ». Selon Goldstein et Glick (2001), ces mécanismes d'échange devraient toutefois s'étendre à tous les intervenants, et non seulement à ceux qui occupent des rôles précis. Ils précisent que l'engagement et la motivation des intervenants sont appelés à se renforcer lorsque ces derniers se sentent impliqués à part entière dans le processus d'implantation. Gottfredson et Gottfredson (2002) formulent des avis semblables.

Les qualités du programme implanté

La qualité de la démarche d'implantation d'un nouveau programme est tributaire de la crédibilité que les intervenants attribuent à ce programme. Gendreau et al. (2001) rapportent qu'une démarche d'implantation peut difficilement réussir si les intervenants n'accordent pas suffisamment de valeur au programme qu'on leur demande d'appliquer. C'est donc dire que les intervenants doivent constater que le programme dispose des éléments nécessaires pour répondre aux besoins prépondérants de la clientèle ciblée. Comme il fut mentionné plus haut, une telle reconnaissance ne s'est pas manifestée spontanément pour plusieurs intervenants impliqués dans la démarche d'implantation du programme cognitif-comportemental. Les formatrices rapportaient qu'au début de cette démarche d'implantation, plusieurs se montraient sceptiques quant à la valeur du programme et quant à sa durée de vie. Or, au fil du temps et au fil des séances de formation, les intervenants constataient de plus en plus que ce programme répondait au besoin des adolescentes et que les gestionnaires croyaient fermement en la qualité du programme.

D'autre part, les intervenants doivent être convaincus que l'application du programme produit des résultats avantageux compte tenu du temps et des efforts investis (Gendreau et al., 2001). Lorsque les intervenants perçoivent l'implantation d'un nouveau programme comme un fardeau, la qualité de l'implantation s'en trouve largement affectée, tel que l'attestait l'étude de Steele (2002). La présente étude de cas démontre que cet élément constitue le talon d'Achille de la démarche d'implantation. Année après année, dans les bilans périodiques produits par les chefs de service, le programme cognitif-comportemental est souvent rapporté comme étant une charge pesante pour les équipes d'intervenants. L'application régulière de l'ensemble des composantes individuelles et de groupe du programme et leur généralisation à la pratique quotidienne, au sein d'une case horaire déjà chargée, est perçue comme étant très difficile. Un chef de service déclarait : « les éducateurs trouvent ça lourd, ils trouvent qu'avec tout ce qu'ils ont à faire dans le quotidien, c'est exigeant. Mais ce n'est pas des résistances à haut voltage ».

Ces observations sont d'une très grande importance. Pour qu'un programme soit implanté avec intégrité, celui-ci ne doit pas seulement être crédible, ses modalités d'application doivent aussi être réalistes. Ceci exige bien souvent le dégagement de temps et de ressources. Or, l'actualisation de ce dégagement se retrouve trop souvent sous l'emprise de contraintes contextuelles.

Le contexte organisationnel

L'instabilité des ressources professionnelles est un facteur qui indispose la démarche d'implantation. Serin et Preston (2001) précisent que l'implantation d'un nouveau programme ne doit pas s'effectuer lorsque le milieu d'intervention est aux prises avec d'importants problèmes organisationnels. Gendreau et ses collègues (2001) ajoutent que la démarche d'implantation ne devrait pas s'opérer au sein d'une organisation si le roulement du personnel fut supérieur à 25 % au cours des deux années précédant le début de l'implantation. L'étude de cas réalisée par Steele (2002) indique à son tour que le contexte organisationnel au sein duquel un programme est implanté influence considérablement la qualité de sa mise en oeuvre. Par exemple, Steele attribue l'échec de l'implantation du programme qu'il évaluait à l'instabilité qui prévalait au sein de l'institution, le roulement du personnel ayant été très élevé. Au sein de cette expérience américaine, de nouveaux intervenants devaient appliquer le programme sans

y avoir préalablement été formés. Les intervenants déjà en poste percevaient quant à eux le manque de formation de leurs nouveaux collègues comme une surcharge de travail.

Des problèmes similaires ressortent de la présente étude de cas. Un roulement massif du personnel a véritablement mis en danger le maintien de la démarche d'implantation. Dans les années qui ont suivi le début de l'implantation, les mouvements de personnel se sont produits à plusieurs niveaux hiérarchiques de l'organisation. D'une part, un changement de direction eut lieu et de nouveaux chefs de service sont entrés en fonction. Certains d'entre eux rapportaient même ne pas être familiers avec le programme cognitif-comportemental. Un tel changement contrevenait sérieusement à la qualité de l'implantation. Une formatrice résumait la situation dans son bilan rédigé en 2003 :

Tous les services ont été touchés par une très grande mobilité du personnel depuis un an et demi. Les chefs de service manifestent également avoir besoin de support intensif pour réactiver et appliquer correctement les outils cliniques à utiliser.

L'analyse chronologique des documents analysés indique qu'à la suite d'une première redéfinition des postes en 2001-02, deux des trois formatrices ont dû délaissier leur mandat et de nombreux intervenants ont été contraints de changer d'équipe de travail. Au sein des unités d'hébergement, c'est parfois jusqu'à huit membres de l'équipe sur dix qui étaient assignés à de nouvelles équipes. Ainsi, de nombreux intervenants qui connaissaient le programme cognitif-comportemental et qui commençaient à se l'approprier quittaient leur poste. Ils étaient remplacés par de nouveaux intervenants n'ayant pas reçu de formation et ne pouvant, de ce fait, prendre la relève de leurs prédécesseurs. Une seconde vague de redéfinition de postes est survenue en moins de six mois. Encore une fois, des changements majeurs sont survenus dans les équipes. À tout cela venait s'ajouter des pressions syndicales qui commandaient l'adoption d'un nouvel horaire de travail, lequel limitait considérablement le temps d'échange et de discussion au sein des équipes. Ce type de conditions ne contribue vraisemblablement pas à l'établissement d'un climat d'équipe apte à soutenir l'implantation d'un nouveau programme.

Le climat des équipes d'intervenants

Un autre facteur qui influence la qualité d'une démarche d'implantation est le climat qui prévaut au sein des équipes d'intervenants. Serin et Preston (2001) affirment que la cohésion entre les intervenants est essentielle lors de la mise en œuvre de nouvelles pratiques. Les intervenants d'une même équipe doivent harmoniser leurs pratiques et leurs points de vue de façon à ce que le programme soit appliqué avec intégrité (Fixsen et Blase, 1993). Dans son plan annuel de formation déposé à l'automne 2003, une formatrice rapportait que le développement et l'intégration du programme par les intervenants exigeaient que ces derniers « se définissent un langage commun et propre aux diverses composantes de ce programme » et qu'ils développent « une synergie d'équipe ». Une telle cohésion au sein d'une équipe exige cependant que les intervenants disposent de temps pour discuter, pour faire état de leurs questionnements, et pour s'approprier le contenu du programme (Gendreau et al., 2001; Serin & Preston, 2001).

Dans la présente étude de cas, le climat des équipes d'intervenants n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation systématique. Toutefois, les bilans périodiques des chefs de service donnent des indices sur la difficulté à maintenir une cohésion au sein de certaines équipes. Notamment, le temps d'équipe consacré à la démarche d'implantation était jugé insuffisant, faisant en sorte que les difficultés reliées à l'application du programme n'étaient pas suffisamment abordées en équipe. De ce fait, peu de solutions pour remédier à ces difficultés étaient proposées. À l'inverse, le climat positif qui régnait dans d'autres équipes fut mentionné à titre de facteurs facilitant de la démarche d'implantation. Des chefs de service notaient que la mobilisation de leur équipe favorisait la continuité de la démarche d'implantation. Cette mobilisation s'est notamment actualisée par le développement d'outils (par exemple, un cartable ou un cahier de notes) afin de pouvoir se partager plus systématiquement les informations inhérentes à l'application du programme.

CONCLUSION : LES FINALITÉS FORMATIVES DE L'ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION

La présente étude de cas visait à mieux comprendre les étapes et les conditions qui mènent à la consolidation de l'implantation d'un programme au sein d'un milieu d'intervention. Une ligne directrice s'y dégage : une démarche d'implantation réussie nécessite du temps

et une importante planification. Des leçons peuvent donc être tirées de cette démarche d'implantation.

Dans un premier temps, l'analyse a révélé qu'une démarche d'implantation représente un long processus qui est ponctué de plusieurs phases. Les résultats tirés de notre étude, ajoutés à ceux d'autres études de cas, suggèrent qu'il serait irréaliste de croire qu'un programme complexe puisse être implanté dans toute sa globalité avec rigueur et conviction dans la même année où il est introduit aux intervenants qui doivent l'appliquer. Ensuite, les données analysées signalent que des réticences risquent d'apparaître à la suite de l'annonce de l'implantation d'un nouveau programme. Pour contrer cet effet, il importe que les intervenants ne soient pas pris par surprise et qu'ils soient informés par la direction des changements envisagés, et même consultés sur les ressources que ces changements nécessiteront et sur leur motivation à adhérer aux nouvelles pratiques. Après coup, la planification d'une formation va de soi. Cependant, l'étude de cas suggère que cette formation ne doit pas viser uniquement le contenu théorique et opérationnel du programme, elle doit aussi représenter une importante occasion d'échange et de discussion entre les intervenants et les formateurs. Une période d'exploration doit ensuite être prévue pour laisser le temps aux intervenants de se familiariser avec le nouveau programme. À ce stade, les gestionnaires doivent faire preuve de flexibilité; une trop grande rigidité de leur part risquerait de compromettre l'adhésion des intervenants au programme. Des mécanismes doivent aussi être prévus pour offrir du soutien concret aux équipes lorsqu'elles sont exposées aux difficultés inhérentes à l'application d'un nouveau programme. Ce soutien peut s'actualiser par du dégagement de temps afin que les intervenants puissent préparer leurs activités, en faire une rétroaction, et en discuter en équipe. Cependant, une telle solution n'est pas toujours réaliste. Des outils (cahiers, matériel d'activité) et des initiatives d'ordre organisationnel (ajustement des horaires, coordination du programme avec d'autres activités en cours, consultations individualisées avec les formateurs) doivent également être mises de l'avant.

Une fois que le programme est appliqué d'une façon plus structurée dans la pratique quotidienne, les intervenants sont plus en mesure de prendre conscience de sa pertinence et de sa valeur. Ils peuvent alors s'appropriier les différentes composantes du programme pour en faire leurs véritables outils de travail. C'est à ce moment qu'une application plus cohérente et intégrée du programme au sein des équipes devient réaliste et que son utilisation à la pratique quotidienne

peut se généraliser. Franchir cette étape nécessite toutefois que du soutien constant soit offert aux équipes afin que ces dernières développent (ou maintiennent) un climat d'équipe empreint de cohésion. Cette synergie s'observe lorsque les intervenants parlent un langage commun et développent ensemble des mécanismes pour renforcer leurs pratiques. La formation continue doit alors être envisagée non pas sur une base formelle où des séances sont structurées dans des plages horaires bien définies, mais plutôt à travers une variété de moyens permettant aux intervenants de raffiner leur compréhension du programme et leur maîtrise de ses outils cliniques. Par exemple, des dîners-causeries peuvent être prévus ponctuellement, des rencontres en sous-groupes peuvent être envisagées avec les formatrices pour discuter de cas problématiques, ou encore, des défis mensuels visant l'atteinte d'objectifs spécifiques peuvent être définis au sein de chaque équipe afin de consolider la démarche d'implantation.

Par ailleurs, prendre conscience qu'une démarche d'implantation se réalise à travers un long processus, c'est aussi reconnaître que chaque acteur doit être garant de son rôle et de ses fonctions. Dans la présente étude de cas, l'expérience a démontré que le succès de la démarche d'implantation ne peut reposer que sur les épaules de quelques acteurs occupant des postes précis. Bien au contraire, des responsabilités doivent être partagées par tous, en prenant soin de nommer des représentants de la démarche d'implantation à tous les paliers hiérarchiques. L'implantation n'est alors pas perçue comme étant du seul ressort de la direction. Cette ligne directrice est aussi bien mise en relief dans les travaux de Gottfredson et Gottfredson (2002). Au-delà de ces considérations, la réussite d'une démarche d'implantation dépend aussi de la valeur même du programme, sa pertinence doit être démontrée et surtout, ses modalités d'application doivent être réalistes. Au besoin, des ajustements doivent être faits en cours de route pour que le programme s'applique à la réalité du milieu dans lequel il doit être implanté. Si l'application quotidienne du programme représente un fardeau, sa durée de vie risque fort d'être limitée. À ce titre, Dusenbury et ses collègues (2005) estiment que cette ouverture à ajuster les programmes est essentielle afin que les notions théoriques trouvent leur sens une fois mises en pratique auprès d'une clientèle précise. Enfin, la démarche d'implantation ne doit pas s'établir au sein d'un contexte organisationnel trop mouvant. Bien que cet aspect soit très difficile à contrôler, la direction doit garantir une certaine stabilité des acteurs clefs, faute de quoi le processus d'implantation serait en constant recommencement.

Tout compte fait, l'étude de cas a illustré que l'implantation du programme cognitif-comportemental s'est avérée un processus périlleux pour plusieurs intervenants, malgré tous les efforts investis par les gestionnaires pour les soutenir. Cette étude de cas servira probablement à d'autres démarches d'implantation, en leur permettant de mieux prévoir les difficultés reliées à la démarche d'implantation de même que les mécanismes nécessaires pour y remédier. Les limites de la présente étude doivent cependant être notées. D'abord, puisque les résultats exposent une étude de cas, leur potentiel de généralisation s'en trouve limité. Il importe en effet de retenir que l'étude s'est déroulée dans un Centre jeunesse à un moment où d'importants mouvements de personnel sévissaient. Dans un contexte moins tumultueux, le cycle d'implantation aurait probablement évolué à un rythme plus rapide. Par contre, puisque chacune des phases du cycle a été observée dans d'autres études de cas, il est raisonnable de croire que chacune d'entre elles aurait aussi été observée dans un contexte plus propice à l'implantation d'un nouveau programme. Autre limite à considérer, les résultats se fondaient sur des rapports synthèse rédigés, pour la plupart, par des gestionnaires et sur des entretiens qualitatifs réalisés avec des gestionnaires et des formatrices. Bien que ces acteurs-clefs tentaient de dépeindre la situation vécue par les intervenants tout au long de la démarche d'implantation, les perceptions de ces intervenants n'ont pas été recueillies directement. Or, ces limites pourront être comblées puisque des groupes de discussion et des entretiens individuels ont été prévus avec les intervenants afin d'avoir leur point de vue sur les facteurs qui facilitent l'application des activités du programme et ceux qui lui font obstacle. Aussi, la chronologie de la démarche d'implantation a été présentée sans s'appuyer sur des données précises sur l'évolution de la démarche d'implantation, notamment sur le dosage des activités et sur leur intégrité avec la description théorique du programme. Toutefois, une évaluation systématique de ces aspects a été effectuée. Leur présentation dépassait cependant les objectifs du présent article.

Malgré ces limites, cette étude a eu des retombées formatives pour les équipes d'intervenants et pour les gestionnaires. Comme le signalent plusieurs auteurs, dont Dumas et al. (2001) et Resnick et al. (2005), une évaluation d'implantation peut contribuer à bonifier les pratiques dans la mesure où elle identifie les facteurs facilitant à maintenir et les obstacles à surmonter. Les activités de monitoring deviennent alors une courroie de transmission importante entre la recherche et la pratique.

NOTE

1. Sur le plan sémantique, la littérature suggère de traiter de « l'approche cognitive-comportementale » plutôt que du « programme cognitif-comportemental ». Or, dans le contexte du présent article, et conformément au domaine de l'évaluation, le terme « programme » sera privilégié puisqu'il réfère à un « ensemble organisé, cohérent et intégré d'activités cliniques réalisées simultanément ou successivement, avec les ressources nécessaires, dans le but d'atteindre des objectifs ciblés en rapport avec une problématique précise, pour une population définie [...] » (Pineault & Daveluy, 1986, p. 333).

REMERCIEMENTS

Cette recherche a été financée par le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire et par l'Institut de recherche pour le développement social des jeunes (IRDS).

RÉFÉRENCES

- Bernfeld, G.A., Blase, K.A., & Fixsen, D.L. (1990) Towards a unified perspective on human service delivery systems: Application of the teaching-family model. Dans R.J. McMahon & R. DeV. Peters (Éds.), *Behavior disorders of adolescence: Research, intervention, and policy in clinical and school settings* (pp. 191–205). New York : Plenum Press.
- Dumas, J.E., Lynch, A.M., Laughlin, J.E., Smith, E.P., & Prinz, R.J. (2001). Promoting intervention fidelity, conceptual issues, methods, and preliminary results from the early alliance prevention trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 20(1S), 38–47.
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Hansen, W.B., Walsh, J., & Falco, M. (2005). Quality of implementation: Developing measures crucial to understanding the diffusion of preventive interventions. *Health Education Research*, 20(3), 308–313.
- Ellickson, P., & Petersilia, J. (1983). Implementing new ideas in criminal justice. Santa Monica, CA : The Rand Corporation.
- Fixsen, D.L., & Blase, K.A. (1993). Creating new realities: Program development and dissemination. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26, 597–615.

- Gendreau, P., Goggin, C., & Smith, P. (2001). Implementary guidelines for correctional programs in the "real world." Dans C.R. Hollin, M. McMurrin, G.A. Bernfeld, D.P. Farrington, & A.W. Leschied (Éds.), *Offender rehabilitation in practice: Implementing and evaluating effective programs* (pp. 247–268). Chichester, NY : Wiley.
- Goldstein, A. P., & Glick, B. (2001). Aggression replacement training: Application and evaluation management. Dans C.R. Hollin, M. McMurrin, G.A. Bernfeld, D.P. Farrington, & A.W. Leschied (Éds.), *Offender rehabilitation in practice: Implementing and evaluating effective programs* (pp. 121–148). Chichester, NY : Wiley.
- Gottfredson, D.C., & Gottfredson, G.D. (2002). Quality of school-based prevention programs: Results from a national survey. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 39(1), 3–35.
- Gresham, F.M., Cohen, S., Rosenblum, S., Gansle, K.A., & Noell, G.H. (1993). Treatment integrity of school-based behavioral intervention studies: 1980–1990. *School Psychology Review*, 22, 254–272.
- Hibbs, E.D., & Jensen, P.S. (2005). *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Joly, J., Tourigny, M., & Thibaudeau, M. (2005). La fidélité d'implantation des programmes de prévention ou d'intervention dans les écoles auprès des élèves en difficulté de comportements. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 8(2), 101–110.
- Lanctôt, N. (2004). *L'évaluation du dosage des activités de l'approche cognitive-comportementale au sein de la direction des services aux adolescentes du Centre jeunesse de Montréal*. Document inédit.
- Lanctôt, N., & Beaulieu, S. (2002). *L'implantation de l'approche cognitive-comportementale au sein de la coordination des services aux adolescentes du Centre jeunesse de Montréal : Un premier pas vers son évaluation*. Rapport déposé à la coordination des services aux adolescentes, Centre jeunesse de Montréal. Montréal, QC : Université de Montréal.
- Lanctôt, N., & Chouinard, J. (2003). *L'implantation de l'approche cognitive-comportementale au sein de la direction des services aux adolescentes du Centre jeunesse de Montréal : l'évaluation de son assiduité*. Rap-

port déposé à la coordination des services aux adolescentes, Centres jeunesse de Montréal. Montréal, QC : Université de Montréal.

- Le Blanc, M., Dionne, J., Proulx, J., Grégoire, J.C., & Trudeau-Le Blanc, P. (1998). *Intervenir autrement : un modèle différentiel pour les adolescents en difficultés*. Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Mihalic, S., Irwin, K., Fagan, A., Ballard, D., & Elliott, D. (2004). *Successful program implementation : Lessons from blueprints*. Washington, DC : U. S. Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Pineault, R., & Daveluy, C. (1986). *La planification de la santé : conception, méthodes, stratégies*. Montréal, QC : Les Éditions d'Arc.
- Resnick, B., Bellg, A.J., Borrelli, B., DeFrancesco, C., Breger, R., Hecht, J., et al. (2005). Examples of implementation and evaluation of treatment fidelity in the BCC studies: Where we are and where we need to go. *Annals of Behavioral Medicine*, 29(SS), 46–54.
- Rossi, P.H., Lipsey, M.W., & Freeman, H.E. (2004). *Evaluation. A systematic approach* (7e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Serin, R.C., & Preston, D.L. (2001). Designing, implementing and managing treatment programs for violent offenders. Dans C.R. Hollin, M. McMurrin, G.A. Bernfeld, D.P. Farrington, & A.W. Leschied (Éds.), *Offender rehabilitation in practice : Implementing and evaluating effective programs* (pp. 205–221). Chichester, NY : Wiley.
- Steele, P.D. (2002). *Evaluation of the EQUIP program: A partnership between the New Mexico Statistical Analysis Center and the New Mexico Children, Youth and Families Department*. Albuquerque, NM : University of New Mexico, Institute for Social Research.
- Tourigny, M., & Dagenais, C. (1998). Introduction à la recherche évaluative : la recherche au service des intervenants et des gestionnaires. Dans S. Bouchard & C. Cyr (Éds.), *Recherche psychosociale : pour harmoniser recherche et pratique* (pp. 389–435). Sainte-Foy, QC : Presses de l'Université du Québec.

Vitaro, F. (2000). Évaluation des programmes de prévention. Principes et procédures. Dans F. Vitaro & C. Gagnon (Éds.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents* (pp. 67–99). Montréal, QC : Presses de l'Université du Québec.

Wilson, J.J., & Lipsey, M.W. (2000). *Effects of school violence prevention programs on aggressive and disruptive behavior: A meta-analysis of outcome evaluations*. Nashville, TN : Center for Evaluation Research and Methodology, Vanderbilt Institute for Public Policy.

Nadine Lanctôt est titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la délinquance des adolescentes et des adolescents. Elle est professeure agrégée au département de psychoéducation et chercheure au GRISE à l'Université de Sherbrooke. Ses activités de recherche portent sur l'étude des différences sexuelles dans les facteurs de risque et de protection des troubles de comportement et de la délinquance ainsi que sur les facteurs permettant de prédire la continuité et le changement dans les trajectoires de délinquance, de l'adolescence à l'âge adulte. Enfin, l'évaluation de programmes destinés aux adolescentes et aux adolescents pris en charge par les centres jeunesse figure aussi dans son programme de recherche.

Julie Chouinard a réalisé son mémoire de maîtrise sous la direction de Nadine Lanctôt à l'École de criminologie, Université de Montréal. Elle est agente de relations humaines au Centre jeunesse de la Montérégie depuis 2001. Dans le cadre de sa maîtrise à l'École de criminologie de l'Université de Montréal, elle a évalué l'assiduité de l'implantation de l'approche cognitive-comportementale au sein d'une direction du Centre jeunesse de Montréal. Elle a par la suite travaillé à l'organisme Boscoville 2000 à titre d'agente de recherche et monitoring. Ses intérêts portent sur la recherche évaluative dans le cadre de l'intervention en centre de réadaptation et, plus particulièrement, sur les impacts que peut avoir l'implantation d'un programme sur une équipe d'intervenants et sur les adolescents.