

Université de Montréal

**Évaluation de l'implantation du *Rond-point*, un Centre
d'expertise périnatal et familial de toxicomanie :
Fondements de l'action et expériences des familles.**

par

Catherine Béland

École de psychoéducation

Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des arts et des sciences
en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor
en psychoéducation

Octobre 2018

© Catherine Béland, 2018

Résumé

L'objectif de cette thèse était d'évaluer l'implantation du *Rond-point*, un Centre d'expertise périnatal et familial de toxicomanie. Ce centre offre des services intégrés pour les parents consommateurs et leurs enfants âgés de moins de cinq ans. Cette innovation psychosociale est mise en œuvre depuis l'automne 2013 à Montréal.

L'étude de cas est l'approche qualitative privilégiée dans cette thèse. Diverses sources ont été utilisées pour recueillir les données de recherche. Ainsi, des entrevues semi-structurées individuelles et de groupe, des sources documentaires et une fiche de renseignements sociodémographiques ont servi à recueillir les données auprès de différents répondants, dont les promotrices, les gestionnaires et intervenants impliqués au *Rond-point*, ainsi que les familles qui reçoivent des services. Des analyses thématiques de contenu et des triangulations des données ont été réalisées.

Le premier chapitre décrit la problématique pour laquelle l'intervention a été conçue et appliquée, son ampleur, ses conséquences, les différentes interventions ainsi que les aspects méthodologiques. Le deuxième chapitre décrit la démarche participative ayant mené à la schématisation du modèle logique du *Rond-point*. D'abord, les organisations impliquées au Centre, la clientèle desservie, la prestation de services et les approches d'intervention sont présentées. De plus, la réalisation du modèle logique est décrite ainsi que les éléments nécessitant une clarification. Parmi ces éléments, il y a le partenariat, les ressources humaines, l'approche d'intervention, la clientèle et l'offre de services. Dans le troisième chapitre, l'expérience des premières familles ayant reçu des services du Centre est décrite de manière générale, mais aussi au regard de trois profils qui émergent en fonction des effets perçus de leur participation. Concrètement, ces profils sont : les familles pour qui le *Rond-point* amène des

transformations, d'autres pour qui il est porteur, mais pas irremplaçable et enfin pour qui il constitue une porte d'entrée vers les autres services. Globalement, l'ensemble des familles apprécie le *Rond-point*, bien qu'elles souhaiteraient davantage de services, offerts sur une base plus régulière et mieux structurés. Enfin, le quatrième et dernier chapitre discute des principaux résultats, de leurs implications concernant tant la recherche que la pratique clinique ainsi que des forces et limites de la présente thèse.

De manière générale, les deux études sont complémentaires. Les principaux résultats indiquent que les familles ont des besoins de soutien en lien avec la parentalité. De plus, l'intensité de l'offre de service est questionnée ainsi que la plausibilité des liens entre les activités et les effets attendus. Des recommandations sont proposées pour améliorer le *Rond-point*.

Mots-clés : Parents consommateurs; évaluation d'implantation; services intégrés en toxicomanie; modèle logique.

Abstract

The objective of this thesis was to evaluate the implantation of the *Rond-point*, a perinatal and familial expertise Centre of drug addiction. The center provides integrated services for parents and their children under the age of five. This psychosocial innovation has been implemented since the fall of 2013 in Montreal.

The case study uses a qualitative approach for this thesis. To collect the research data, various sources were used. For example, semi-structured individual and group interviews, documentary sources and a socio-demographic fact sheet were used to collect data for the evaluation. These data were collected from various respondents, including promoters, managers and stakeholders involved in the *Rond-Point* as well as families receiving services. Thematic analyzes of content and triangulations of data are carried out.

The first chapter describes the problem for which the intervention was designed and applied, its scope, its consequences, the various interventions and the methodological aspects. The second chapter describes the participatory approach that led to the logic modeling of the *Rond-point*. Thus, the organizations involved in the Center, the clientele served, the provision of services and the intervention approaches are presented. Moreover, the realization of the logic model is described as well as the elements requiring a clarification. Among these, there are partnerships, human resources, the intervention approach, clientele and offer of services. As for the third chapter, the experience of the first families who have received services from the Center are described in general terms, but also in relation to three profiles that emerge according to the perceived effects of their participation. These profiles are: either the families for whom the *Rond-point* brings transformation, others for whom it is a holder, but not irreplaceable and finally others for whom it constitutes a gateway to other services. Overall, all families appreciate

the *Rond-point*, although they would like more services, offered on a more regular basis and better structured. At last, the fourth and final chapter discusses the main findings, their implications for both research and clinical practice, and the strengths and limitations of this thesis.

In general, the two studies presented are complementary. The main findings indicate that families have support needs related to parenting. In addition, the intensity of the service offer is questioned as well as the plausibility of the links between the activities and the expected effects. Recommendations are proposed to improve the *Rond-point*.

Keywords : Substance-abuse parents; evaluation of implementation; integrated addiction services; logic model.

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures.....	ix
Liste des sigles et des abréviations.....	x
Remerciements.....	xii
Présentation de la thèse.....	1
Centre d'expertise périnatal et familial de toxicomanie le <i>Rond-point</i>	1
Évaluation de programme.....	2
Plan de la thèse.....	5
Chapitre 1 : Introduction générale.....	7
État des connaissances.....	8
Ampleur de la consommation parentale problématique.....	9
Facteurs de risque et de protection de la consommation parentale problématique.....	11
Conséquences de la consommation parentale problématique.....	13
Interventions destinées aux parents consommateurs.....	16
Objectifs et méthodologie de la thèse.....	24
Questions de recherche.....	24
Méthode.....	25
Considérations éthiques.....	26
Chapitre 2 : Fondements de l'action de <i>Rond-point</i> , un Centre d'expertise périnatal et familial de toxicomanie.....	27
Résumé.....	29
Summary.....	29
Consommation parentale et ses effets.....	31
Approches d'intervention psychosociale.....	33
Rond-point.....	34
Évaluation de programme.....	36

Méthode	37
Échantillon	37
Collecte des données.....	38
Traitement et analyse	40
Résultats.....	41
Réalisation du modèle logique.....	41
Éléments divergents du modèle logique entre les répondants	42
Discussion.....	47
Conditions préalables à l'évaluation de programme.....	47
Appréciation de l'évaluabilité.....	52
Conclusion	52
Références.....	54
Chapitre 3 : Expériences des familles recevant des services au <i>Rond-point</i> , un Centre d'expertise périnatal et familial de toxicomanie.....	60
État des connaissances	65
<i>Rond-point</i> , un Centre d'expertise périnatal et familial de toxicomanie	69
Objectif de recherche	71
Méthode	71
Échantillon	71
Collecte des données.....	74
Traitement et analyse des données.....	76
Résultats.....	77
Constats généraux	77
Effets perçus et la nature de l'expérience des familles	80
Discussion.....	88
Conclusion	92
Remerciements.....	95
Financement et soutien	95
Références.....	96
Chapitre 4 : Discussion générale et conclusion	103
Résumé des principaux résultats.....	104

Implications.....	106
Recommandations au <i>Rond-point</i>	107
Recommandations pour les recherches futures.....	108
Recommandations pour l'intervention psychoéducative.....	109
Innovation psychosociale.....	109
Forces et limites	112
Conclusion	114
Bibliographie.....	i

Liste des tableaux

Chapitre IV

Tableau 1. Conditions à l'œuvre en innovation sociale 111

Liste des figures

Chapitre II :

Figure 1. Modèle logique du Rond-point, par Catherine Béland et Sarah Dufour, automne 2016, selon les informations disponibles en janvier 2016. 59

Chapitre III :

Figure 1. Modèle logique du *Rond-point* 70

Liste des sigles et des abréviations

ASPC : Agence de santé publique du Canada

CÉR : Comité d'éthique à la recherche

CHUM : Centre hospitalier de l'Université de Montréal

CJM-IU : Centre jeunesse de Montréal- Institut universitaire

CPFT : Centre périnatal et familial de toxicomanie

CPS : Centre de pédiatrie sociale

CRAN : Centre de recherche et d'aide pour narcomanes

CRD-IU : Centre de réadaptation en dépendances-Institut universitaire

CSSS : Centre de santé et des services sociaux

DPJ : Direction de la protection de la jeunesse

EG : Entrevue de groupe

EII : Entrevue individuelle avec des intervenants

ETCAF : Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale

FLAC : Fondation Lucie et André Chagnon

HWH : HerWay Home

OC : Organisme communautaire

PSO : Programme de substitution aux opiacés

RdM : Réduction des méfaits

RPSSS : Réseau public de la santé et des services sociaux

SAF : Syndrome d'alcoolisation fœtale

SPA : Substances psychoactives

À mon père xox

Remerciements

La réalisation d'une thèse doctorale n'est possible que, à mon avis, grâce aux diverses sources de soutien. Il est donc impensable de ne pas souligner ces différentes personnes qui, à travers les quatre dernières années, ont été à la fois témoins de cet accomplissement, mais aussi des sources d'inspiration. D'abord, je tiens à souligner ma gratitude envers ma directrice, Sarah Dufour. Tes nombreuses qualités, tant sur le plan du savoir-être que du savoir, font de toi une directrice hors pair. En effet, ton écoute, ton empathie, ta disponibilité et tes encouragements m'ont permis de passer au travers des différentes embûches et de mes périodes de découragement. Tu m'as suivie dans les moments où j'avais besoin de prendre une distance, que ce soit pendant ma première grossesse et mon congé de maternité ou lors de mon retour avec la conciliation travail-famille-études, tu m'as surtout permis de retrouver l'inspiration pour poursuivre et terminer mes études doctorales. D'ailleurs, avec les derniers mois plus chargés en émotions, tu m'as aidée à me structurer et à garder le focus sur la fin qui approchait. Merci mille fois pour tout.

Aussi, j'aimerais souligner le soutien de Jean-Sébastien Fallu et Diane Dubeau, qui ont enrichi par leurs réflexions et leurs connaissances l'actuelle thèse. Un merci tout spécial à Diane, pour ses rétroactions à la lecture de mon article et de mon chapitre de livre.

Je tiens à remercier Chantal Lavergne, qui par ses intérêts de recherche et ses contacts m'a mis en lien avec le *Rond-point* et m'a permis de définir mon projet de thèse. Merci à Marie-Ève Clément, ma directrice à la maîtrise pour avoir cru en moi et mes compétences, me guidant ainsi vers les études doctorales.

Merci aux familles et aux intervenants qui ont accepté de participer au projet de recherche. Également, merci aux étudiants du labo de Sarah, particulièrement Marc-Olivier

Croteau pour le partage de nos expériences et idées dans l'évaluation de l'implantation du *Rond-point*.

Un merci spécial à Véronique Menand, collègue de l'UQO et amie, pour nos sessions de travail dans un café, une boulangerie ou à l'UQO avec quelques douceurs pour se motiver. Je suis aussi reconnaissante envers une amitié qui s'est développée pendant mes études doctorales ; merci, Mélissa Goulet, de ta présence, pour nos partages, entre autres, sur l'évaluation de programme et la recherche qualitative.

Merci à l'École de psychoéducation pour le soutien financier lors des premières années du doctorat. Par ailleurs, merci au Centre de recherche et d'expertise Jeunes en difficulté du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, lui aussi pour son soutien financier.

Enfin, je ne pourrais passer sous silence les membres de ma famille et mes amies proches qui m'ont soutenue ces dernières années. D'abord, mon conjoint, Sébastien, pour avoir fait un peu plus de tâches à la maison pendant que je travaillais sur mon projet ! Aussi, pour tous les moments où tu étais seul à t'occuper des enfants ! À mon fils Raphaël, né à mi-chemin de mes études doctorales, désolée pour le stress que maman a pu vivre. Par chance, ton sourire, ta joie de vivre et tes nombreux câlins ont permis à maman de rester connectée à l'instant présent ! À Arielle, la fille de mon conjoint, pour les moments en moins en famille. Au bébé en route, qui m'a permis de mettre une date limite et me structurer pour arriver à cette fin !

Merci à mes amies, Marie Jeanne, Marlène, Jacinthe, Marie-Michèle, Joannie, Valérie et toutes les autres, pour les moments où j'étais moins disponible pour vous voir. Mais ô combien les moments où l'on s'est vues, cela me faisait énormément de bien de décrocher !

À ma mère, pour tout le soutien qu'elle m'apporte depuis toujours. De croire en moi et de m'appuyer dans mes projets. Merci aussi pour la révision de certains textes ! J'ai une grande reconnaissance aussi pour le soutien apporté dans les dernières semaines, dans mon blitz de fin de rédaction, en même temps qu'on vivait un grand deuil, tu étais là pour m'encourager et pour t'occuper de Raphaël. Merci xox

À mon père, pour la persévérance et la détermination qu'il m'a transmises. Jusqu'au dernier moment, il m'aura soutenu pour réaliser mes études. Triste qu'il ne puisse pas voir le résultat final. *Je t'aime ben*, comme il me disait. xox

Présentation de la thèse

La présente thèse doctorale concerne l'évaluation d'un projet novateur pour les parents consommateurs. Le *Rond-point*, un Centre d'expertise périnatal et familial de toxicomanie, offre depuis décembre 2013 des services intégrés aux femmes enceintes, les mères ou les pères consommateurs ainsi qu'à leur enfant âgé de moins de cinq ans. La recherche résulte d'une demande du milieu, qui souhaitait intégrer une composante évaluative dès le début de la mise en œuvre de ses activités et l'a financée à même ses fonds de fonctionnement¹.

Centre d'expertise périnatal et familial de toxicomanie le *Rond-point*

Riche de son expertise dans le domaine de la périnatalité et de la toxicomanie, le Centre de naissance du CHUM, en plus d'accueillir depuis quelques décennies les femmes enceintes ayant une consommation active de SPA (substance psychoactive), a contribué à l'avancement et au transfert des connaissances dans le domaine. Un comité interdisciplinaire en périnatalité et toxicomanie du CHUM, en fonction depuis 1999, vise à améliorer et développer des services novateurs pour les futures mères et mères consommatrices de SPA, leurs conjoints et leurs nouveaux-nés. Suite aux travaux de ce comité est né le *Rond-point*. Le but du *Rond-point* est d'offrir des services intégrés, en un seul lieu, aux femmes enceintes et aux parents consommateurs de SPA ainsi qu'à leur enfant âgé de moins de cinq ans. Il prévoit offrir une gamme de services pour tous les membres de la famille, répondant aux différents besoins de

¹ Le *Rond-point* est financé par le Centre hospitalier de l'Université de Montréal ainsi que la Fondation Lucie et André Chagnon.

santé physique, psychologique et mentale. Ces services sont offerts par une équipe interdisciplinaire, travaillant en collaboration avec d'autres partenaires (Venne, Lecompte, & Lauriault, 2009).

Évaluation de programme

L'évaluation de programme est un processus formel où un jugement est émis pour déterminer sa valeur. Plusieurs auteurs affirment que l'évaluation de programme est une démarche structurée et systématique, voire rigoureuse, pour apporter un éclairage, faciliter le jugement et prendre une décision (Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 1998; Fitzpatrick, 2012; Patton, 2001; Rossi, Freeman, & Lipsey, 1998). Ridde et Dagenais (2012, p. 17) définissent ainsi l'évaluation : « un acte permettant de porter une appréciation [...] selon une démarche critique fondée sur une collecte systématique de données [...] à propos de multiples objets [...] dans le but de prendre des décisions. »

Ridde et Dagenais (2012, p. 27) mentionnent qu'une « évaluation n'est réellement utile que si ses résultats sont utilisables et utilisés ». Ainsi, pour qu'une évaluation de programme soit utile, quatre conditions sont à respecter (Levin-Rozalis (2012). D'abord, les résultats doivent être communiqués rapidement afin de faciliter la prise de décision sur la pérennité ou sur les ajustements nécessaires. En plus d'être un moyen pour rendre des comptes, l'évaluation permet d'améliorer le programme et de faciliter la prise de décision à son égard. L'évaluation est en effet souvent utilisée comme un outil de prise de décision pour les gestionnaires et promoteurs afin d'assurer une cohérence avec l'efficacité des pratiques d'intervention (Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 1998; Fitzpatrick, 2012; Levin-Rozalis, 2012; Patton, 2001; Perret, 2012; Ridde & Dagenais, 2012; Tourigny & Dagenais, 2005). Les conclusions de l'évaluation doivent être spécifiques à la clientèle et la problématique ciblée. Le

langage du projet doit être compréhensible tant pour les demandeurs, gestionnaires et utilisateurs du programme. Enfin, l'évaluation devrait se terminer par des recommandations en lien avec le programme évalué et les objectifs pour lesquels on évalue. Les recommandations peuvent concerner divers aspects tels que le contenu, les activités, les objectifs, la clientèle et la mise en œuvre.

Les types d'évaluation. Il existe divers types d'évaluation permettant à l'évaluateur d'émettre un jugement, dont l'évaluation des besoins, de la pertinence, du processus, de l'efficacité, de l'impact et de l'efficience. Le choix du type d'évaluation varie notamment selon le contexte, le moment de vie du programme et la composante du programme à évaluer (Alain, 2009; Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 1998; Patton, 1987; Ridde & Dagenais, 2012; Rossi et al., 1998; Tourigny & Dagenais, 2005). Chen (2005) croit que selon la période de développement ou de mise en œuvre du programme, des types se prêtent mieux que d'autres puisque l'évaluation peut être réalisée avant, pendant et après l'intervention (Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 1998).

L'évaluation d'implantation. L'évaluation d'implantation est utile dès la mise en œuvre du programme d'intervention afin d'ajuster, améliorer et réorienter au besoin l'intervention. En fait, cette évaluation dite formative est souvent réalisée pendant la mise en œuvre du programme. Elle permet, entre autres, de documenter la clientèle rejointe par le programme, la conformité, les obstacles et facilitateurs à l'implantation ainsi que la plausibilité des liens entre les activités d'intervention et les effets attendus. Par ailleurs, pour certains auteurs, l'évaluation d'implantation se distingue de celle des processus. Pour eux, l'implantation permet de documenter ce qui se passe, tandis que l'évaluation des processus vise à « comprendre la dynamique interne » (Ridde & Dagenais, 2012, p. 30). Enfin, ce type d'évaluation peut mener

à d'autres types, dont l'évaluation des effets (Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 1998; Fitzpatrick, 2012; Joly, Touchette, & Pauzé, 2009; Monette, Charette, & Jobin, 2001; Patton, 1987, 2001, 2008; Ridde & Dagenais, 2012; Rossi et al., 1998). L'évaluation des effets est appropriée lorsque la livraison d'un programme est stable et conforme; évaluer trop tôt les effets peut mener à conclure erronément à une faible efficacité d'un programme dont les réels problèmes se situent plutôt en amont, comme dans une mise en œuvre chaotique ou une logique de changement peu crédible.

Les approches en évaluation de programme. Diverses approches peuvent être utilisées indépendamment des objectifs visés par l'évaluation de programme. L'approche détermine la façon dont l'évaluateur perçoit son rôle et interagit avec les différentes parties concernées par l'évaluation. Ainsi, il revient à l'évaluateur de choisir son approche, qui teintera la définition de son rôle. Parmi les possibilités, nous retrouvons, entre autres, l'approche directive, axée sur le développement, orientée vers les buts, orientée vers les prises de décision, guidée par la théorie, participative et axée sur l'utilisation (Patton, 2001, 2008; Patton & LaBossière, 2012; Ridde & Dagenais, 2012; Tourigny & Dagenais, 2005). Certains auteurs préfèrent parler de trois grandes écoles d'approches en évaluation de programme, soit une approche : (a) expérimentale, dite classique, (b) axée sur le processus et la théorie du programme et (c) centrée vers les utilisateurs (Chagnon, 2004; Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 1998). La première approche, une évaluation réalisée dans un contexte stérile de laboratoire, est maintenant jugée par certains « à contre-courant de l'évolution des pratiques dans le domaine des programmes sociaux et communautaires où l'on assiste à un partenariat de plus en plus étroit entre la pratique et la recherche » (Chagnon, 2004, p. 12). L'approche axée sur le processus et la théorie du programme est considérée plus adaptée à la réalité de la pratique en contexte de santé et services

sociaux. Elle s'intéresse aux divers processus et éléments ayant une influence sur l'implantation du programme et de ses effets (Chagnon, 2004; Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 1998; Rossi et al., 1998). Selon cette école de pensée, on cherche à comprendre ce qui peut expliquer les mécanismes et processus qui expliquent les effets de l'intervention. Par ailleurs, il est possible d'apporter des modifications afin d'ajuster le programme en fonction des obstacles et défis rencontrés (Chagnon, 2004). Quant à l'approche orientée vers les utilisateurs, elle implique la participation active des divers utilisateurs du programme dans les différentes étapes de l'évaluation et de la prise de décision (Chagnon, 2004; Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 1998). La contribution des promoteurs permet, en plus de porter un jugement juste et réaliste, de faciliter l'accès aux informations liées au programme et à son fonctionnement (Hurteau et al., 2012). Par ailleurs, la participation des demandeurs et utilisateurs « favorise l'appropriation de l'évaluation et une meilleure compréhension des résultats, ce qui augmente la probabilité que ceux-ci soient utilisés » (Patton & LaBossière, 2012, p. 147).

Plan de la thèse

L'actuelle thèse, rédigée par articles, comprend quatre chapitres. Le premier chapitre, l'introduction générale, présente les divers éléments liés à la problématique ciblée par le projet novateur. Ainsi, dès le départ, les concepts de consommation et de parentalité sont définis. S'ensuit la description de l'ampleur de la consommation parentale ainsi que ses multiples conséquences. Les différents programmes d'intervention s'adressant à cette clientèle seront brièvement détaillés. Enfin, les aspects méthodologiques de la recherche permettront de décrire, de manière concise, les objectifs et les méthodes utilisées pour sa réalisation. Le deuxième chapitre présente un article soumis à la revue scientifique *Drogues, santé et société* en juillet

2016 et actuellement en correction. Cet article décrit la démarche participative ayant mené au modèle logique du *Rond-point*. Le troisième chapitre expose l'expérience des familles qui ont reçu les services du Rond-point. Actuellement sous presse, il fait partie de l'ouvrage collectif intitulé *Recherches qualitatives et quantitatives en sciences humaines et sociales : pour une formation théorique et pratique appuyée empiriquement* et dirigé par Mélanie Lapalme, Anne-Marie Tougas et Marie-Josée Letarte, professeures à l'Université de Sherbrooke. Enfin, le quatrième et dernier chapitre propose une discussion générale et une courte conclusion. Dans ce chapitre, les principaux résultats sont rappelés, puis les implications ainsi que les forces et limites de l'étude sont présentées. Cette thèse contribue au développement des connaissances dans le domaine de l'évaluation et de la problématique de consommation parentale abusive. Elle pose un regard critique sur la mise en œuvre d'un projet novateur.

Chapitre 1 : Introduction générale

État des connaissances

La présente recherche porte sur la problématique de consommation en contexte de parentalité. Ainsi, ces deux concepts au cœur de la présente recherche doivent être définis. Dans la littérature, il existe plusieurs termes évoquant la dépendance à des substances psychoactives (SPA), tels que l'alcoolisme, la toxicomanie, la pharmacodépendance, l'abus d'alcool ou de drogues. Une SPA « est un produit qui a pour propriété d'affecter le système nerveux central et d'altérer l'état de conscience » (Nadeau & Biron, 1998, p. 17). L'alcool, les drogues et les médicaments sont considérés comme des SPA (Minear & Zuckerman, 2013; Nadeau & Biron, 1998; Wormer & Thyer, 2010). De même, il existe divers types de consommation. Dans le cadre de la présente recherche, on s'intéresse particulièrement à la consommation problématique, ou abusive, de SPA en contexte de parentalité. La consommation répétée d'une substance altérant le fonctionnement des tâches quotidiennes, dans des moments inappropriés, dans des situations dangereuses ou ayant des répercussions dans les sphères interpersonnelles et sociales est considérée comme une consommation abusive ou problématique (Falardeau, 2014; Forrester & Harwin, 2011; Minear & Zuckerman, 2013; Straussner, 2011; Wormer & Thyer, 2010).

Ensuite, la parentalité se définit comme « l'ensemble des processus permettant aux adultes d'exercer leur rôle parental, c'est-à-dire de répondre aux besoins des enfants sur les plans physique, affectif et psychologique » (Parent & Brousseau, 2008, p. IX) . Or, certaines situations familiales, dont le fait d'être en situation de défavorisation, de précarité ou de vulnérabilité, amènent les parents à être moins attentifs aux besoins de leurs enfants. En effet, ces situations représentent des défis, parfois supplémentaires, en lien avec le développement de leurs compétences parentales et le développement de leur enfant (Parent & Brousseau, 2008). D'ailleurs, certains auteurs considèrent la consommation en contexte de parentalité comme étant

une double problématique (Bertrand, Allard, Ménard, & Nadeau, 2007; Lacharité, 2012; Laurin, René, Dallaire, & Ouellet, 2007).

Ampleur de la consommation parentale problématique

La consommation parentale problématique est une préoccupation importante en santé publique tant à cause de son ampleur que des conséquences à divers niveaux pour l'ensemble des membres de la famille. Au regard de son ampleur, environ un enfant sur quatre, âgé de moins de 18 ans, a au moins un des deux parents qui a un problème de consommation de SPA (Vitaro, Carbonneau, & Assaad, 2006). Au Québec, les données disponibles concernent les cas signalés à la protection de la jeunesse et dont un des parents reçoit des services d'aide pour une problématique de dépendance (Lavergne, Morissette, Dionne, & Dessureault, 2009). Selon l'étude canadienne de 2008 portant sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants, dans les situations étudiées de mauvais traitements corroborés, 12% des parents présentent un problème de consommation d'alcool au Québec, comparativement à 21% pour l'ensemble du Canada. Quant à la consommation de drogues, tant au Québec qu'au Canada, cela représente 17 % des parents selon la même étude (Agence de la santé publique du Canada, 2010; Hélie, Turcotte, Trocmé, & Tourigny, 2012). Selon une autre source, 38 % des adultes en consultation pour une problématique de consommation sont parents d'un enfant mineur (Bertrand et al., 2007).

Selon les diverses enquêtes épidémiologiques, réalisées au Canada, la plupart des femmes âgées de 15 à 44 ans, soit en âge de procréer, consomment de l'alcool (April & Bourret, 2004; Lavergne & Morissette, 2012). Selon l'Agence de la santé publique du Canada (2009), 62 % des femmes ont consommé de l'alcool dans les trois mois précédant la grossesse. De plus, 11 % des femmes ont affirmé avoir consommé de l'alcool pendant leur grossesse, et ce, à des

degrés variant entre peu fréquemment et fréquemment (Agence de la santé publique du Canada, 2008). Des enquêtes indiquent que les femmes du Québec sont plus nombreuses que celles des autres provinces du Canada à avoir consommé de l'alcool pendant la grossesse. D'ailleurs, le plus récent avis du Directeur national de santé publique indique qu'au Québec, le taux de consommation d'alcool pendant la grossesse se situe à 26 %, plus que le double des autres provinces canadiennes. Il l'explique par une tolérance socioculturelle à la consommation d'alcool et survient dans un contexte où la consommation excessive d'alcool est en hausse dans la province (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016).

Quant à la consommation de drogues, les recherches américaines estiment que 6 % des femmes en âge de procréer en font usage et que 3 % consomment des drogues pendant leur grossesse (Ebrahim & Gfroerer, 2003). Les études britanniques estiment que les femmes en âge de procréer sont entre 2 % et 8 % à consommer des substances telles que cocaïne, crack, ecstasy, hallucinogènes et opiacés (Crome & Kumar, 2007). Au Canada, 7 % des femmes ont indiqué avoir consommé des drogues dans les trois mois qui ont précédé la grossesse. Cela diminue à 1 % lorsqu'elles se savent enceintes (Agence de la santé publique du Canada, 2009). En ce qui concerne la consommation de drogues, les femmes en couple dont le revenu est égal ou inférieur au seuil du faible revenu ainsi que les jeunes mères sont plus susceptibles de déclarer qu'elles consommaient avant et pendant la grossesse (13 %) que les autres (5 %) (Agence de la santé publique du Canada, 2009).

En 2007-2008, le Centre de naissances du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) a détecté 97 nouveau-nés ayant été exposés in utero à différentes substances. Cette statistique demeure la pointe de l'iceberg, puisque les situations détectées ont été révélées par les mères ou par la présence de symptômes à la naissance de ces bébés. Parmi les cas détectés,

plus de la moitié (53 %) ont été signalés à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) (Venne et al., 2009).

Bien qu'il soit encore difficile de confirmer la présence de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) chez les enfants, certains estiment la prévalence à une personne sur 100 atteinte de syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF), alors que d'autres l'estiment plutôt entre 0,5 et 2 personnes sur 1 000 (April & Bourret, 2004; Goyette, 2013). Au cours des 15 dernières années, près de 10 500 nouveaux cas d'ETCAF ont été détectés au Canada, principalement dans les provinces de l'Ouest. Au Québec, une dizaine de cas ont été confirmés au cours en deux années (Goyette, 2013).

Facteurs de risque et de protection de la consommation parentale problématique

Plusieurs facteurs de risque peuvent expliquer les problèmes de consommation en contexte de parentalité. Une liste non-exhaustive de ces facteurs incluent : une histoire de victimisation durant l'enfance comme des agressions verbale, physique ou sexuelle, de la négligence affective ou physique, ou avoir été exposé à la violence conjugale entre ses parents (April & Bourret, 2004; Bertrand et al., 2007; Dunn et al., 2002; Fitzgerald, Wong, & Zucker, 2013; Forrester & Harwin, 2011; Kaltenbach, 2013; Langeland & Hartgers, 1998; Léveillé, Chamberland, & Tremblay-Renaud, 2007; Minear & Zuckerman, 2013; Straussner, 2011; Vitaro et al., 2006). La séparation des propres parents de la personne consommatrice peut aussi influencer cette problématique. Par ailleurs, le fait d'avoir eu des parents eux-mêmes aux prises avec des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues est associé à un plus grand risque de développer soi-même des problèmes de consommation de SPA. Des facteurs concomitants contribuent à maintenir la consommation comme les troubles de santé mentale et les problèmes judiciaires (April & Bourret, 2004; Bertrand et al., 2007; Dunn et al., 2002; Fitzgerald et al.,

2013; Forrester & Harwin, 2011; Kaltenbach, 2013; Langeland & Hartgers, 1998; Léveillé et al., 2007; Minear & Zuckerman, 2013; Straussner, 2011; Vitaro et al., 2006).

Certains facteurs de risque sont liés spécifiquement à la continuité de la consommation pendant la gestation, dont un nombre élevé de grossesses antérieures, le manque d'accessibilité aux soins prénataux et être entourée de personnes consommatrices (Derauf et al., 2007). Selon Deshpande et ses collègues (2005), il y a deux profils de femmes qui continuent leur consommation d'alcool pendant la grossesse : celles âgées de plus de 30 ans et qui réussissent leur carrière et celles plus jeunes, faisant usage de diverses substances, ayant une estime de soi diminuée, au chômage, déprimées et en contexte de pauvreté.

Au regard des pères, certaines études indiquent qu'ils sont : présents dans la vie des mères consommatrices abusives, majoritairement eux-mêmes des consommateurs et impliqués dans les comportements de négligence (Brigid & Taylor, 2001; De Konink, Guyon, & Morissette, 2003). Ainsi, dans certains cas, la consommation de l'un influence la consommation de l'autre partenaire (Morissette et al., 2007). Néanmoins, certains conjoints sont soutenant et prêts à accompagner les futures mères dans les changements des habitudes de consommation en vue d'éviter les rechutes avant, pendant et après la grossesse (Lavergne et Morissette, 2012).

L'arrivée de l'enfant peut amener les conditions favorables pour modifier la consommation (Bertrand et al., 2007; Lavandier, Perrault, Venne, & Lecompte, 2003; Morissette et al., 2007). La grossesse peut être perçue comme une source motivationnelle de changement en regard de la consommation pour certaines de ces futures mères (Brady, Visscher, Feder, & Burns, 2003; Guyon, De Konink, Morissette, Ostoj, & Marsh, 2002) et les encourager à résoudre leurs divers problèmes afin d'offrir un environnement stable et sécuritaire à l'enfant à venir (Day et al., 2003). Cependant, la grossesse n'est pas toujours un projet de couple pour

les parents consommateurs et cet événement peut créer une crise conjugale. Cette période peut aussi être propice aux rechutes ou à l'augmentation de la consommation, causées par le stress lié à la parentalité (Bertrand et al., 2007; Guyon et al., 2002). Chez les femmes consommatrices, la grossesse constitue un moment clé pour la création d'un lien de confiance entre elles et l'équipe soignante (Fréchette & Gagnon, 2013; Kaltenbach, 2013; Lamy & Thibaut, 2010; Lavergne & Morissette, 2012). Or, elles sont souvent méfiantes à aller chercher de l'aide, par peur d'un signalement à la protection de la jeunesse ou du placement de leur nouveau-né, à cause des attitudes et préjugés défavorables de la part du personnel soignant, ou en raison des sentiments de honte ou de culpabilité qui les habitent (Bertrand et al., 2007; Fréchette & Gagnon, 2013; Kaltenbach, 2013; Lamy & Thibaut, 2010; Lavergne & Morissette, 2012; Straussner, 2011).

Conséquences de la consommation parentale problématique

Comportements parentaux et maltraitance. Déjà, la parentalité est un défi pour bien des individus (de Montigny, Devault, & Gervais, 2012). Lorsque la parentalité se déroule dans un contexte de consommation, celui-ci est amplifié (Morissette & Venne, 2009). Souvent, ces parents sont déchirés entre leurs besoins comme adultes vivant avec un problème de dépendance et ceux de leurs enfants (Minear & Zuckerman, 2013). Parmi les adultes recevant des services de Centres de réadaptation en dépendance, 20% de ceux-ci ayant une consommation parentale abusive de SPA expriment avoir besoin de soutien en lien avec la parentalité (Laventure, Charbonneau, Sarrazin, & Bertrand, 2013).

Les parents ayant un problème de consommation de SPA ont tendance à vivre des difficultés liées à leurs compétences parentales (Clément & Tourigny, 1999b; Eiden, Leonard, Hoyle, & Chavez, 2004; Kaltenbach, 2013; L'Espérance, Bertrand, & Ménard, 2013; Laventure

et al., 2013; Léveillé et al., 2007). La consommation abusive de SPA modifie les comportements parentaux, car le jugement, la mémoire, le niveau d'attention et la perception sont affectés par les abus de substances. Entre autres, les parents sont moins attentifs aux besoins des enfants et à leur sécurité. Ces parents adoptent des attitudes parentales coercitives et ont des attentes trop élevées envers leurs enfants. Il est à noter que certaines caractéristiques familiales et cliniques, telles l'état dépressif, le stress parental, la violence conjugale ou l'implication dans des activités criminelles, influencent l'interaction entre la consommation et les pratiques parentales (Clément & Tourigny, 1999b; Kalténbach, 2013; Léveillé et al., 2007).

Par ailleurs, des liens entre la maltraitance à l'égard des enfants et les problèmes de toxicomanie chez les parents sont nettement établis (Bertrand et al., 2007; L'Espérance et al., 2013; Laventure et al., 2013; Magura & Laudet, 1996; Salo & Flykt, 2013). Parmi les parents maltraitants suivis à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), près de la moitié présentent aussi un problème de consommation de SPA (Clément & Tourigny, 1999b).

Conséquences de l'exposition in utero chez les enfants.

La consommation de SPA constitue un facteur de risque pour le développement intra-utérin de l'enfant (April & Bourret, 2004; Bertrand et al., 2007). L'incidence et la prévalence des enfants exposés aux SPA en période prénatale sont peu documentées au Québec et au Canada. D'abord, diverses raisons amènent les mères consommatrices et leurs conjoints à taire leurs problèmes de consommation de SPA comme, entre autres, l'illégalité de certaines substances, la peur de perdre la garde de leur enfant, la honte, la stigmatisation (Azzi-Lessing & Olsen, 1996; Bertrand et al., 2007; Lamy & Thibaut, 2010; Lavergne & Morissette, 2012; Morissette et al., 2007; Venne et al., 2009). Néanmoins, Lamy et Thibault (2010) estiment, dans leur revue de littérature scientifique, qu'il y a une augmentation de la consommation de SPA

pendant la grossesse dans divers pays, bien que sa détection soit encore difficile. L'abus d'alcool durant la grossesse est nocif pour le fœtus, et ce, indépendamment de la période anténatale où il a été exposé. Il est encore impossible de préciser quelle quantité d'alcool pourrait être inoffensive pour le fœtus (Goyette, 2013; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016). Néanmoins, il semble que la consommation en grande quantité dans une même occasion soit la plus nocive pour le développement du fœtus (April & Bourret, 2004). D'ailleurs, le récent avis en matière de santé publique suggère aux professionnels un message clair, uniforme et non culpabilisant visant tant les femmes enceintes que celles qui planifient le devenir : éviter toute consommation d'alcool (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016).

Il est difficile de dépister des conséquences spécifiques de la consommation de drogue pendant la grossesse par le fait que, bien souvent, cette consommation est associée à d'autres comportements à risque, tels que l'usage du tabac, la consommation d'alcool ou le manque de soins périnataux. Parmi les diverses conséquences de l'exposition in utero, notons, entre autres, des symptômes liés à l'ETCAF, des retards de croissance intra-utérins, des bébés de faible poids, des naissances prématurées, de l'irritabilité ainsi que des problèmes de développement et de comportements. L'ETCAF est un terme non diagnostique permettant d'inclure un continuum de difficultés causées par l'exposition anténatale à l'alcool. Cela inclut le SAF, le SAF partiel et le trouble neurologique du développement lié à l'alcool (TNDLA). Tous ces troubles peuvent endommager le développement du cerveau chez le nourrisson (Agence de la santé publique du Canada, 2009; April & Bourret, 2004; Clément & Tourigny, 1999b; Goyette, 2013; Koren, Chan, Klein, & Karaskov, 2002; Lecompte, Perreault, Venne, & Lavandier, 2002; Levitt, 1998; Lyons & Rittner, 1998; Richardson & Day, 1994; Williams & Ross, 2007). Parmi les symptômes chez le nourrisson on retrouve : un état d'éveil excessif, des troubles du sommeil,

une diminution de l'attention, des retards de développement particulièrement au plan moteur, des anomalies du tonus ou des réflexes et des réponses atypiques au plan sensoriel. Chez les enfants d'âge préscolaire, on retrouve des symptômes d'hyperactivité, des troubles de l'attention, un retard de langage, des difficultés de coordination motrice, des réponses sensorielles atypiques et des difficultés au niveau de la mémoire. Ces divers problèmes peuvent persister et se complexifier plus l'enfant vieillit. Son développement en sera affecté, parfois même jusqu'à l'âge adulte (April & Bourret, 2004; Bertrand et al., 2007; Clément & Tourigny, 1999b; Forrester & Harwin, 2011; Goyette, 2013; Healey, Fisher, Scoyoc, & Relling, 2013; Pomeroy & Parrish, 2011; Salo & Flykt, 2013; Straussner, 2011; Vitaro et al., 2006).

Certains facteurs de protection comme la résilience, des caractéristiques individuelles et environnementales viennent influencer l'adaptation ou non de ces enfants exposés in utero. Notons, par exemple, l'enfant qui vit un sain développement, qui possède un tempérament facile, qui a une bonne estime de soi, qui bénéficie des relations sociales et familiales positives ainsi que des relations affectives chaleureuses, qui reçoit un encadrement stable, qui grandit dans un milieu où on retrouve une implication de la famille élargie et de la communauté. De telles caractéristiques modulent les conséquences néfastes d'une consommation abusive. Bref, bien considéré, ce ne sont pas tous les enfants qui sont exposés in utero de la même manière à la consommation de leur mère, ni qui vivront les mêmes conséquences (Bertrand et al., 2007; Léveillé et al., 2007).

Interventions destinées aux parents consommateurs

Tel que mentionné, la consommation abusive maternelle durant la grossesse est une préoccupation sociale à cause de son ampleur et de ses conséquences multiples à divers égards, dont, entre autres, sur le fœtus, pour la mère elle-même et sur le développement futur de l'enfant.

Ainsi, les femmes enceintes et les nouvelles mères consommatrices abusives de SPA constituent un des groupes prioritaires auprès de qui il faut agir (Ferland, Blanchette-Martin, Pelletier, Jasques, & Gagnon, 2013; Lamy & Thibaut, 2010; Lavergne & Morissette, 2012). Fergusson, Boden, et Horwood (2012) témoignent de l'importance du soutien médical et psychosocial dans la transition vers la parentalité, surtout dans une optique de réduction de la consommation.

Par ailleurs, le soutien financier et émotif du conjoint augmente les habiletés parentales de la mère (Kearney, Murphy, & Rosenbaum, 1994). Ceci suggère que les services doivent être offerts tant à la mère consommatrice qu'à son partenaire (Morissette et al., 2007). De surcroît, tant dans le vécu de la maternité que de la paternité, on retrouve un potentiel de changement. Ainsi, il est possible d'envisager l'amélioration des compétences parentales permettant aux parents d'apprendre à mieux répondre aux besoins de leur enfant de dépit de la consommation abusive (Létourneau, 2002). En somme, les interventions destinées aux parents consommateurs devraient tenir compte de ces différents aspects.

Lignes directrices et orientations ministérielles. Les lignes directrices canadiennes pour le dépistage de l'ETCAF recommandent une approche multidisciplinaire, avec une équipe composée de divers professionnels tels que médecin, coordonnateur clinique, psychologue, orthophoniste, ergothérapeute, travailleur social. Idéalement, ceux-ci doivent avoir une formation spécifique sur l'ETCAF. De plus, il est suggéré que l'évaluation aboutisse à des solutions de traitement applicables et qu'elle inclut des évaluations neurologiques. Enfin, des liens doivent être créés avec la communauté (Chudley et al., 2005). Ces recommandations sont partagées par d'autres auteurs (Boukydis, 2013; Grant & Huggins, 2013; Kaltenbach, 2013; Salo & Flykt, 2013; Straussner, 2011). Cette clientèle a besoin d'interventions structurées, précoces et à long terme, basées sur une approche multidimensionnelle et biopsychosociale, qui tiennent

compte des principes de l'entretien motivationnel et de la réduction des méfaits (Boukydis, 2013; Grant & Huggins, 2013; Kaltenbach, 2013; Salo & Flykt, 2013; Straussner, 2011). Aussi, les interventions doivent être réalisées auprès de leurs enfants, ou du moins doivent viser à soutenir le développement des enfants (Boukydis, 2013; Grant & Huggins, 2013; Kaltenbach, 2013; Salo & Flykt, 2013; Straussner, 2011).

Par ailleurs, les orientations ministérielles témoignent de l'importance d'intervenir auprès de cette clientèle et de leur système familial. En fait, parmi les dernières recommandations du Gouvernement du Québec, l'accent est mis sur la prestation des services adaptés pour les femmes enceintes ayant un problème de consommation, aux besoins de leurs enfants exposés in utero aux SPA ainsi qu'à leur famille (Gouvernement du Québec, 2006, 2008; Lavergne & Morissette, 2012). Selon le *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 Unis dans l'action* :

Il existe un consensus chez les experts selon lequel les services à guichet unique qui permettent de répondre à l'ensemble des besoins de services sociaux et de santé des femmes enceintes souffrant d'alcoolisme et de toxicomanie [...] sont efficaces pour engager les femmes dans le traitement et les inciter à persévérer. La mise en place de ces services nécessite la collaboration de l'ensemble des partenaires concernés par la toxicomanie et les services destinés aux femmes enceintes. (Gouvernement du Québec, 2006, p. 29-30)

Jusqu'à présent, le Québec n'a pas encore de prestation de services interdisciplinaires pour réaliser l'évaluation, le suivi et le traitement des enfants exposés in utero aux SPA ainsi que pour l'aide à l'entourage de ces enfants (Venne et al., 2009).

Stratégie de prévention universelle. Un continuum de stratégies d'intervention promotionnelles, préventives et curatives dans le domaine de la santé publique est souvent utilisé comme référence pour situer les programmes d'intervention et cibler leur clientèle. Notons principalement cinq stratégies : (a) la promotion de la santé et le développement positif, s'adressant à l'ensemble de la population dans le but de valoriser les forces et d'améliorer le

développement sain et harmonieux; (b) la prévention universelle, qui vise à éviter l'apparition d'un problème dans l'ensemble de la population en ciblant certains facteurs de risque, sans distinguer le niveau de risque entre les individus; (c) la prévention sélective, qui cible un groupe présentant des facteurs de risque communs et pour lesquels des interventions doivent être mises en place pour contrer le risque d'apparition d'un problème; (d) la prévention indiquée, qui implique une intervention auprès de ceux qui présentent des facteurs de risque ou des signes précurseurs d'un problème et (e) le traitement, qui engage une intervention auprès de ceux aux prises avec un problème (Gagné, Drapeau, & Saint-Jacques, 2012; Weisz, Sandler, Durlak, & Anton, 2005). Une présentation non exhaustive des programmes d'intervention, offerts au Québec et au Canada, s'adressant aux parents consommateurs suit; elle tient compte du continuum décrit dans le contexte de la problématique de maltraitance. D'ailleurs, Gagné et al. (2012) indiquent que « dans ce domaine [la maltraitance], les stratégies de prévention indiquées sont à cheval entre la prévention et le traitement, et se rapportent aussi bien à l'intervention précoce qu'à la prévention » (p. 14). Ce constat s'applique aussi au sujet des interventions en contexte de consommation parentale. Les programmes présentés sont limités à ceux offerts au Québec ou au Canada.

Il existe diverses campagnes de sensibilisation afin d'informer l'ensemble de la population sur les risques de la consommation de SPA pendant la grossesse. Par exemple, les professionnels de la santé reçoivent des indications claires de la santé publique du Québec afin d'informer les futures mères sur les effets de l'alcool en période de conception et pendant la grossesse. Aussi, des informations sont disponibles dans le guide qui est offert gratuitement à tous les nouveaux parents, *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les mères et les pères* et aussi téléchargeable sur le site Internet de l'Institut

national de santé publique du Québec (Doré & Le Hénaff, 2016; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016).

Stratégie de prévention sélective et indiquée. Nonobstant les campagnes de sensibilisation à l'ensemble de la population, certaines femmes enceintes ou certains parents sont déjà à risque, soit par leur passé ou par leur situation actuelle, de présenter une consommation abusive de SPA. Ainsi, des programmes d'intervention visent le maintien de l'enfant dans son milieu de vie, la diminution des risques de maltraitance et la réduction des effets de la consommation sur la situation familiale. Le projet *Main dans la main*, implanté à Montréal ainsi que les programmes *Breaking the cycle* et *Sheway*, enracinés dans d'autres villes canadiennes, comme Toronto et Vancouver, sont des exemples de stratégie de prévention sélective et indiquée.

Programme de soins pré, per et postnatal : Le projet Main dans la main. Le Centre de naissance du CHUM, la DPJ et des chercheurs ont uni leurs forces pour concevoir ce projet novateur, *Main dans la main*, auprès des mères consommatrices, leurs partenaires et l'enfant à naître. Il vise une collaboration prénatale entre les professionnels du CHUM, de la DPJ et des parents en période pré et post natale. Le but de ce projet est de « susciter la mobilisation au changement, [...] favoriser la stabilité des enfants [...] en évitant le recours au placement » (Lavergne, Turcotte, & Morissette, 2015, p. S39). Cette initiative souhaite rejoindre les femmes consommatrices le plus tôt possible durant la grossesse ou après la naissance pour leur offrir du soutien psychosocial, favoriser leur participation dans la démarche, assurer les liens vers les ressources d'aide, améliorer les capacités parentales, assurer la protection des enfants et soutenir les parents dès la grossesse afin d'éviter un placement (Lavergne & Morissette, 2012; Lavergne

et al., 2015; Morissette et al., 2007; Venne et al., 2009). Pour les professionnels, le projet permet de briser leur isolement par le partage d'informations et d'expertises (Morissette et al., 2007).

Programmes de services intégrés pour les parents consommateurs de SPA ailleurs au Canada : Les programmes Breaking the cycle et Sheway. L'initiative du Rond-point, objet de la présente étude, s'est inspirée, entre autres, des programmes canadiens *Breaking the cycle*, à Toronto, et *Sheway*, à Vancouver. Ces programmes offrent dans un lieu unique divers services en plus de ceux liés aux problèmes de toxicomanie comme des services d'obstétrique, de gynécologie, de pédiatrie, de soins infirmiers et nutritionnels, de l'aide psychologique pour différentes problématiques (Dell & Roberts, 2005).

Ces programmes ont déjà été évalués, principalement en ce qui concerne les effets du programme sur les mères et les enfants. Entre autres, pour le programme de Toronto, une étude avec un devis pré-post (n=770 femmes et enfants) sur une période de dix ans permet d'affirmer que le programme est efficace lorsque les futures mères s'impliquent dans les services en début de grossesse (Motz, Leslie, Pepler, Moore, & Freeman, 2006). Cela a aussi une influence sur l'enfant, notamment un poids plus élevé à sa naissance, une réduction des troubles postnatals et de la durée de séjour à l'hôpital après la naissance. Par ailleurs, lorsque la mère s'engage tôt dans les services, une diminution de la consommation est observée ainsi qu'un maintien de l'enfant dans son milieu de vie (Motz et al., 2006). Quant à l'étude du programme *Sheway*, réalisée sur une période d'environ neuf ans à partir de 1 247 dossiers de femmes, elle a démontré que la situation des femmes ne s'était pas améliorée et que les diverses problématiques vécues par les femmes ont plutôt augmenté (Marshall, Charles, Hare, Ponzetti, & Stockl, 2005) . Néanmoins, celles-ci ont fréquenté l'organisme plus souvent pour obtenir du soutien. Par ailleurs, l'état des enfants ne s'est pas détérioré; le poids à la naissance des bébés ainsi que le

taux de maintien de l'enfant dans son milieu de vie se sont améliorés ou sont demeurés stables (Marshall et al., 2005).

Stratégie de traitement. Enfin, il arrive que dans certaines situations familiales où la consommation parentale problématique est présente, des interventions curatives soient à privilégier, notamment parce que le développement de l'enfant est compromis. En contexte de protection de la jeunesse au Québec, on retrouve le programme *JESSIE* dans la région de Montréal et son pendant dans la région de Québec, *Jeunes-Parents*.

Projet d'intervention auprès des parents ayant des problèmes de toxicomanie et de négligence envers leurs enfants : Le programme JESSIE et Jeunes-Parents. Le programme *JESSIE*, implanté en collaboration entre le CJM-IU et le centre Dollard-Cormier, vise à offrir aux parents toxicomanes ayant un enfant âgé de moins de cinq ans et aux prises avec des situations de négligence, des services d'intervention multidisciplinaire, concertée, intégrée, rapide et intensive. *JESSIE* vise entre autres à mettre fin à la situation de compromission, maintenir l'enfant dans son milieu, favoriser son développement, mobiliser le parent, réduire les méfaits de la consommation et éviter les rechutes.

Une évaluation d'implantation a été réalisée par Clément et Tourigny (1999a). Elle visait à décrire la clientèle rejointe, les services offerts et les défis rencontrés lors de l'implantation. Leurs résultats indiquent que les familles sont majoritairement monoparentales, âgées de moins de 30 ans, vivent de l'aide sociale et les mères sont davantage impliquées dans les services que les pères. En plus des problématiques de consommation et de négligence, d'autres problématiques concomitantes telles que la santé mentale, la violence conjugale et la prostitution sont présentes. L'étude a démontré qu'il y avait peu de références au programme *JESSIE* et que diverses difficultés organisationnelles avaient des effets plutôt négatifs sur l'implantation, dont

des défis au regard de la formation, de la connaissance et de l'appropriation du programme par les intervenants. Les auteurs énoncent des recommandations afin d'améliorer la mise en place de programmes similaires, comme d'augmenter les liens entre les divers intervenants et organismes impliqués, de sensibiliser et former les intervenants à la problématique de la toxicomanie et de la négligence ainsi que sur le contexte théorique et les diverses composantes du programme d'intervention (Clément & Tourigny, 1999a, 1999b). Le Programme *Jeunes-Parents*, similaire à *JESSIE*, est mis en œuvre dans la région de Québec (Ferland et al., 2013). Un suivi de l'implantation du programme a déjà été réalisé.

En résumé, les recherches évaluatives sur les programmes d'intervention s'adressant aux parents toxicomanes, au Québec et au Canada, sont rares comparativement à ce qui se fait aux États-Unis ou comportent des faiblesses méthodologiques (Lavergne et Morissette, 2012). Les quelques évaluations réalisées présentent une faible participation des parents à des programmes pour parents consommateurs, les critères d'abstinence excluent certains parents des études ou les devis utilisent rarement une répartition aléatoire ou avec groupes de comparaison (Lavergne et Morissette, 2012). Selon Clément et Tourigny (1999b), les programmes d'intervention ciblant la négligence et la toxicomanie visent davantage les mères consommatrices, puisque celles-ci ont généralement la responsabilité des enfants. Les futures mères et mères consommatrices nécessitent une approche différentielle d'intervention comparativement aux hommes afin de tenir compte de leurs besoins spécifiques et complexes (United Nations Office on Drugs and Crime, 2004). Les pères sont quant à eux peu présents dans les écrits scientifiques sur la consommation parentale et on connaît peu leurs besoins en ce qui concerne la paternité en contexte de toxicomanie (Bertrand et al., 2007; Clément & Tourigny, 1999b; Venne et al., 2009).

Objectifs et méthodologie de la thèse

Questions de recherche

Dès le développement de l'initiative, les promotrices du *Rond-point* ont souhaité impliquer des chercheurs afin qu'elle soit évaluée, notamment sa mise en œuvre initiale. Le choix des questions de recherche, établi de concert avec elles, reflète leurs préoccupations au démarrage du projet. Spécifiquement, elles s'intéressaient : à obtenir de la rétroaction quant à l'implantation de l'initiative, à la perception des services par les familles et au partenariat entre les organisations. Cette dernière préoccupation n'a pas été intégrée au projet doctoral, ayant plutôt fait l'objet d'un mémoire (Croteau, 2016). Considérant l'aspect novateur et le démarrage récent du projet *Rond-point*, une évaluation de la mise en œuvre (implantation) a été jugée fort utile, voire nécessaire. Ce type d'évaluation formative permet d'ajuster et d'améliorer le programme à la suite de l'analyse des informations recueillies pendant la mise à l'essai (Fitzpatrick, 2012; Joly et al., 2009; Monette et al., 2001; Patton, 1987, 2001; Ridde & Dagenais, 2012; Rossi et al., 1998). La présente étude vise d'abord à expliciter la démarche participative mise en place pour illustrer l'offre de services du Centre et à apprécier le *Rond-point* au regard des conditions préalables pour évaluer un programme. Aussi, elle permet de documenter, de manière systématique et détaillée, l'expérience des premières familles à bénéficier des services du *Rond-point*. De manière plus précise, cela consistait à décrire les familles qui fréquentent le *Rond-point*, à décrire les services reçus et les effets perçus ainsi qu'à documenter leur appréciation à l'égard du *Rond-point*.

Méthode

Choix méthodologiques. L'approche de recherche qualitative est favorisée pour réaliser l'évaluation de l'implantation du *Rond-point*. Avec cette approche, il est possible de tenir compte du point de vue des différentes personnes impliquées dans l'initiative, mais aussi en consultant les documents disponibles sur ladite initiative. Pour la conceptualisation du modèle logique, des entrevues de groupe et individuelles ainsi que des sources documentaires ont permis de réaliser une analyse thématique et une triangulation des contenus.

L'étude de cas multiples est la méthode qualitative privilégiée pour répondre à la seconde question de cette évaluation formative. Cette méthode présente différents avantages. En effet, l'étude de cas est à propos dans les études évaluatives; elle permet d'analyser tant l'implantation que les effets du programme mis en place. Par ailleurs, elle facilite l'utilisation de plusieurs sources pour mieux comprendre l'objet à l'étude (Creswell, 2007; Gagnon, 2012; Patton, 1987, 2001; Stake, 1995; Yin, 2003, 2009; Yin & Ridde, 2012). L'approche de l'étude de cas vise à répondre aux questions qui, quoi, quand et comment liées à la prestation des services du *Rond-point*. Ainsi, chaque cas contribuera à décrire et expliquer l'implantation du *Rond-point*. Dans le présent projet, l'évaluation d'implantation permet d'étudier la prestation de services offerte sur une période prolongée d'observations du point de vue des mères, d'un des conjoints et de certains intervenants. Enfin, « une étude de cas effectuée durant la première année de la mise en œuvre peut fournir des informations qui seront utiles pour une éventuelle rétroaction » (Yin & Ridde, 2012, p. 182). Une fiche de données sociodémographiques et des entrevues individuelles constituent les sources ayant permis une analyse thématique de contenu ainsi qu'une triangulation.

Considérations éthiques

Deux Comités d'éthique à la recherche (CÉR) ont approuvé la réalisation de la présente recherche, soit le CÉR du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU), dans le cadre d'un mécanisme multicentrique, et celui de la Faculté des arts et des sciences de l'Université de Montréal.

Chaque répondant était libre de participer à la recherche, ainsi il pouvait choisir de ne pas répondre à des questions ou mettre fin à leur participation sans conséquence. Un formulaire d'information et de consentement a été lu, expliqué et signé par chacun. Une copie signée de ce formulaire leur a été remise. Un dédommagement a été offert aux usagers et à leur conjoint.

Considérant que le Centre est un petit milieu, par souci pour la confidentialité des propos des répondants ainsi que pour la préservation de leur anonymat, aucune information ne permet d'identifier les sources. Ainsi, les citations rapportées dans l'article et le chapitre de livre sont entièrement anonymisées. Toutefois, au moment de rapporter les extraits d'entrevue, un effort de diversification est fait en variant les sources.

Chapitre 2 : Fondements de l'action de *Rond-point*, un Centre d'expertise périnatal et familial de toxicomanie.

Fondements de l'action de Rond-point, un Centre d'expertise périnatal et familial de toxicomanie.

Titre abrégé : Centre d'expertise en toxicomanie familiale.

Catherine Béland, M. Sc. Ps.éd, doctorante en psychoéducation, École de psychoéducation,
Université de Montréal

Coordonnées : Université de Montréal, Pavillon Marie-Victorin, École de psychoéducation, C.
P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal (Québec) H3C 3J7

Canada

Téléphone : 514-343-6111 poste 0761

Courriel : catherine.beland@umontreal.ca

Sarah Dufour, Ph. D., professeure titulaire, École de psychoéducation, Université de Montréal

Remerciements au Centre Jeunesse de Montréal-Institut universitaire pour son soutien
financier à la rédaction de cet article et à la réalisation du projet doctoral.

Cette recherche a été financée par le Rond-point par le biais de leur financement du Centre
hospitalier de l'Université de Montréal et de la Fondation Lucie et André Chagnon. Les
opinions émises n'engagent que les auteures.

Résumé

Intervenir auprès des parents consommateurs nécessite une coordination entre les différents professionnels et prestataires de services. Le Rond-point, un Centre d'expertise périnatal et familial de toxicomanie à Montréal, est un projet de services intégrés pour cette clientèle. Le but de cet article est de décrire la démarche participative ayant mené à la conceptualisation du projet du Rond-point que plusieurs auteurs schématisent sous la forme d'un modèle logique. Aussi, il permet d'apprécier le projet en considérant les conditions préalables permettant l'évaluation. Pour ce faire, 22 professionnels et des documents ont été consultés, pour réaliser une analyse thématique et une triangulation des contenus. Les résultats présentent la réalisation du modèle logique ainsi que les éléments qui divergent entre les sources d'informations. L'analyse permet d'apprécier le Rond-point en considérant les quatre conditions préalables pour évaluer un programme. Ainsi, le projet n'a pas une maturité ni une stabilité permettant de planifier une évaluation. Certaines conditions préalables doivent être révisées. En bref, cette recherche propose des améliorations pertinentes pour ce Centre et apporte des réflexions judicieuses pour ceux qui veulent développer et implanter un tel projet.

Summary

Intervening in parental substance abuse requires coordination between professionals and organizations in social and health services. The Rond-Point, a perinatal and family expertise centre for addiction in Montréal, is an integrated service for this presenting problem. The purpose of this article is to describe the approach that led to the conceptualization of the innovative Rond-Point project that several authors schematized in the form of a logic model. It also allows for the appreciation of the project, considering the prior conditions for evaluation. Twenty-two professionals were interviewed and documents were consulted to prepare a

thematic analysis and triangulation of content. The results show the production of the logic model and the elements that differ between sources of information. The analysis allows the appreciation of the Rond-Point by considering the four preconditions for program evaluation. As a result, the project does not have the maturity or stability to plan an evaluation. Some preconditions must be revised. In sum, this research proposes relevant improvements for this centre and provides thoughtful reflection for those who wish to develop and implement such a project.

Mots-clés (6) : appréciation de l'évaluabilité, évaluation d'implantation, modèle logique, parents consommateurs, services intégrés en toxicomanie

Un lieu novateur de services intégrés de toxicomanie a ouvert ses portes en janvier 2014 à Montréal. Cette initiative a été mise sur pied après de mûres réflexions cliniques. Le Rond-point, un Centre d'expertise périnatal et familial de toxicomanie, vise à offrir des services intégrés pour les femmes enceintes et les parents qui ont une consommation problématique de substances psychoactives (SPA), ainsi qu'à leurs enfants de cinq ans et moins. Un tel Centre n'était pas disponible à Montréal. Le but de cet article est de réitérer l'importance, lors du développement de programmes, de bien structurer les interventions, et ce, à l'aide d'un modèle logique. De manière plus spécifique, l'article vise à expliciter la démarche participative mise en place afin d'illustrer l'offre de services du Centre et à apprécier le Rond-point au regard des conditions préalables pour évaluer un programme. Un aperçu de la problématique de consommation parentale et ses effets sera d'abord exposé, une brève description du Rond-point sera présentée ainsi qu'un rappel de certaines notions en évaluation de programmes. Ensuite, la démarche pour rassembler les différences sources d'informations pour cette étude est décrite. Les éléments de convergences et divergences du modèle logique seront exposés pour être par la suite appréciés.

Consommation parentale et ses effets

Dans le présent article, les termes « consommation parentale problématique » ou « parents consommateurs » seront utilisés afin de désigner toute consommation inadéquate d'une substance psychoactive comme l'alcool, les drogues illicites et les médicaments par un parent. La consommation répétée d'une substance altérant le fonctionnement dans des tâches quotidiennes, dans des moments inappropriés, dans des situations dangereuses ou ayant des répercussions dans les sphères interpersonnelles et sociales est considérée comme une consommation problématique (Straussner, 2011).

Par ailleurs, la Direction de la santé publique considère cette problématique préoccupante en ce qui concerne les conséquences qu'elle entraîne sur l'ensemble des membres d'une famille, notamment, sur les plans de la santé et du bien-être psychologique. En 2016, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a émis un avis de santé publique sur la non-consommation d'alcool durant la grossesse, réitérant ainsi les différentes conséquences nocives et imprévisibles que peut entraîner la consommation d'alcool (MSSS, 2016). Selon l'étude basée sur les données de 2005-2006 de Walker et ses collègues (2011), près de 11 % des Canadiennes ont consommé de l'alcool durant leur grossesse. Le taux de consommation étant plus élevé dans les provinces de l'Est. Une autre source avance que 21% des Québécoises enceintes ont consommé de l'alcool en 2006 (Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2009).

Parmi les conséquences, les professionnels intervenant auprès de cette clientèle se préoccupent notamment des possibles effets de la consommation sur le développement de l'enfant, telles que des retards de croissance, et sur la parentalité, comme des pratiques négligentes (MSSS, 2016). En effet, des liens entre la toxicomanie et le risque de maltraitance sont nettement établis (Kelley, Lawrence, Milletich, Hollis et Henson, 2015; L'Espérance et Ménard, 2013; Neger et Prinz, 2015). Au regard des signalements fondés en maltraitance au Québec, 12% des parents ont une consommation problématique d'alcool et 17% envers les drogues (Agence de la santé publique du Canada, 2010; Hélie, Turcotte, Trocmé et Tourigny, 2012).

Approches d'intervention psychosociale

Il existe une panoplie d'approches d'intervention psychosociale auprès des personnes ayant une problématique de consommation abusive. Notons les approches comme le modèle de Minnesota et la communauté thérapeutique (CT), visant tous les deux l'abstinence, (Cook, 1988; Hamel, 2013), c'est-à-dire la cessation de toute consommation abusive de SPA (McKeganey, Bloor, Robertson, Neale & MacDougall, 2006). Le modèle de Minnesota perçoit la dépendance comme étant une maladie (Cook, 1988). La CT se distingue, entre autres, par le fait que les personnes vivant une telle dépendance cohabitent dans un même lieu, pendant une certaine période donnée et de manière structurée (Broekaert, Kooyman, & Ottenberg, 1998). De plus, on retrouve l'approche de l'entretien motivationnel (EM), qui se définit comme « un style de conversation collaboratif pour renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement » (Miller & Rollnick, 2013, p.12). Cette approche est utile surtout en présence d'une personne qui vit de l'ambivalence et permet de l'accompagner dans son processus de changement (Miller & Rollnick, 2013). Quant à elle, l'approche de réduction des méfaits (RdM) est utilisée dans le domaine des dépendances depuis les années 1980. Elle s'appuie sur des principes pragmatiques et humanistes. L'abstinence complète de la consommation de SPA ne constitue pas un objectif de la RdM (Brisson, 1997; Fallu et Brisson, 2013; Mondou, 2013; Racine, 2012). Elle vise plutôt, dans un premier temps, à réduire l'usage de substances à risque puis, dans un deuxième temps, à diminuer les conséquences négatives de l'usage de SPA (Brunelle et al., 2010). Or, cette approche est une source de débats tant parmi les intervenants que parmi les auteurs. Son application à la clientèle des femmes enceintes soulève des enjeux éthiques et par conséquent, le niveau de tolérance à son égard peut varier (Fallu et Brisson, 2013; Mondou, 2013).

Selon Mondou (2013), l'approche en RdM « englobe un large éventail de pratiques de prévention en complémentarité avec d'autres approches » (p.27). Il n'est donc pas rare de voir l'approche d'EM combinée à la RdM. En fait, l'EM serait utilisé comme une stratégie pour intervenir auprès des clientèles résistantes et ambivalentes, surtout au début du processus de traitement aux dépendances. Ainsi, il est commun en Centre de réadaptation en dépendances que les professionnels emploient ces deux approches (Fallu et Brisson, 2013; Racine, 2012). Or, pour Straussner (2011), le recours à un modèle holistique pour traiter tous les membres de la famille touchés par la consommation parentale serait pertinent. Mondou (2013) résume ainsi les approches d'intervention contemporaines avec une clientèle dépendante aux SPA :

Actuellement, au Québec, l'ensemble des approches est non seulement médical et pharmacologique, avec la prise en charge des infections ou le traitement de substitution aux opiacés par la méthadone, mais il est aussi psychosocial, intégrant des interventions visant le travail sur l'estime de soi et l'*empowerment* (p.28). Enfin, il est reconnu que tant les femmes enceintes que les mères qui consomment des SPA de manière problématique font partie des groupes prioritaires auprès de qui il faut agir (Gouvernement du Québec, 2006). D'ailleurs, diverses sources témoignent de l'importance d'intervenir auprès de cette clientèle, en leur offrant une prestation de services multidisciplinaires adaptée aux besoins des femmes elles-mêmes, ceux de leurs enfants exposés aux SPA ainsi qu'à leur famille (Davie-Gray et al., 2013; Haug et al., 2014; Kelley et al., 2015; L'Espérance, Bertrand et Ménard, 2013; Lavergne et Morissette, 2012; Schaeffer, Swenson, Tuerk et Henggeler, 2013).

Rond-point

Jusqu'à son implantation, aucun projet de services intégrés pour les parents consommateurs et leurs enfants n'était offert dans la grande région de Montréal. Par services intégrés, il est entendu une gamme de services et soins infirmiers, nutritionnels, obstétriques,

gynécologiques, pédiatriques de même que du soutien psychologique pour les femmes enceintes, les mères et les pères qui ont une consommation problématique de SPA et leurs enfants âgés de cinq ans et moins. Le Rond-point, s'inspirant de programmes déjà existants au Canada, tels que Sheway et Breaking the cycle, accueille la clientèle une journée et demie par semaine. Une dizaine d'organisations des réseaux publics et communautaires dans le secteur de la santé et des services sociaux collaborent dans ce projet. Parmi ces organisations², on retrouve : le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), le Centre de santé et des services sociaux (CSSS) Jeanne-Mance, le Centre de réadaptation en dépendances-Institut universitaire (CRD-IU) Dollard-Cormier, le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU), Dans la rue, le Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN), le Portage, le Centre de pédiatrie sociale (CPS)-Centre-sud, la Fondation Lucie-André Chagnon (FLAC) ainsi que l'Agence de santé publique du Canada (ASPC). Ces organisations dégagent des ressources humaines, financières ou matérielles pour soutenir le fonctionnement du Rond-point. L'approche d'intervention préconisée est la réduction des méfaits. Quatre cibles d'activités et services sont visées : les enfants, les individus comme adultes, les compétences parentales et la famille. Parmi les services offerts, on retrouve principalement les activités de yoga et d'arts ainsi que les suivis de santé. Pour la famille, un dîner communautaire est disponible par semaine.

² Il est à noter que les organisations sont désignées dans ce texte selon les appellations en cours au moment de la recherche, antérieures à la réforme du Réseau de la santé et des services sociaux (Loi 10).

Évaluation de programme

L'évaluation de programme est une démarche structurée et systématique pour déterminer la valeur et faciliter la prise de décision en regard dudit programme (Ridde et Dagenais, 2012; Rossi, Lipsey et Freeman, 2004; Spaulding, 2014). Il existe divers types d'évaluation, dont celles des besoins, de l'implantation, des effets ou de l'appréciation de l'évaluabilité. Ce dernier type poursuit deux fonctions, soit d'améliorer le programme et de mettre en place les conditions de réussite pour s'assurer que les résultats d'une autre forme d'évaluation seront utiles. Ce type d'évaluation est approprié pour des programmes complexes dans le domaine psychosocial et surtout quand le modèle logique est peu documenté. Pour sa part, le modèle logique se définit comme un outil visuel décrivant les différentes composantes d'un programme d'intervention. Selon certains auteurs, le modèle logique devrait être élaboré dès le développement d'un programme (Porteous, 2012; Rossi et al., 2004; Royse, Thyer et Padgett, 2016). Il offre une description explicite du programme ainsi que des liens causaux entre les interventions prévues et les effets attendus. Il permet de bien cerner les objets d'évaluation (Porteous, 2012; Rossi et al., 2004; Royse et al., 2016). Bien que cet effort de théorisation ait toute sa raison d'être, il n'est pas rare que le modèle logique ne soit pas réalisé d'emblée. L'appréciation de l'évaluabilité pendant l'implantation du programme permet donc de rendre explicite le modèle logique et d'apporter les correctifs pour améliorer la qualité du programme (Soura, Dagenais, Bastien, Fallu et Janosz, 2016).

Différents auteurs s'entendent pour proposer quatre conditions préalables pour évaluer un programme. Ces conditions sont vérifiées à l'appréciation de l'évaluabilité : (a) le modèle logique est clair et bien défini, (b) les liens entre les causes, les services et les effets attendus sont plausibles, (c) les informations sont accessibles et à un faible coût et (d) l'utilisation des

résultats par les personnes concernées est connue (D'Ostie-Racine, Dagenais et Ridde, 2013; Rossi et al., 2004; Soura et al., 2016).

Enfin, diverses approches influencent la posture de l'évaluateur. Les approches en évaluation de programmes définissent le rôle de chaque personne impliquée (évaluateur, promoteur, participant, etc.) dans la réalisation et la diffusion de l'évaluation (Ridde et Dagenais, 2012; Rossi et al., 2004). Dans le cadre de la présente recherche, une approche hybride d'évaluation a été employée. En effet, la combinaison d'une approche axée sur la théorie du programme avec celle orientée vers les utilisateurs a permis la réalisation de l'évaluation en tenant compte des diverses contraintes de temps.

Méthode

Échantillon

Caractéristiques de l'échantillon. L'échantillon se compose de 22 répondants soit : deux promotrices (la coordonnatrice et une consultante), treize représentants d'organisations du réseau public de la santé et des services sociaux (RPSSS), six du réseau des organismes communautaires (OC) et une représentante de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC).

Recrutement des participants. Le recrutement des participants s'est déroulé selon les étapes suivantes. D'abord les promotrices ont manifesté leur intérêt à participer, de manière volontaire, à la recherche. Ensuite, celles-ci ont informé les organisations impliquées au Rond-point du projet de recherche. Les chercheuses (les auteures) ont participé à des rencontres de comités pour présenter la recherche et recruter des participants volontaires, des gestionnaires ou des intervenants des organisations impliquées dans le Rond-point.

Considérations éthiques. Deux Comités d'éthique de la recherche (CÉR) ont autorisé la réalisation du projet de recherche, soit les CÉR Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU), dans le cadre d'un mécanisme multicentrique, et de la Faculté des arts et des sciences de l'Université de Montréal. Le seul avantage à la participation était la contribution à l'amélioration de l'aide offerte à la clientèle de parents consommateurs. Les risques liés à la participation sont minimes. Tous les participants étaient libres; ils pouvaient refuser de répondre à des questions ou mettre fin à leur participation sans préjudice. Un formulaire d'information et de consentement a été envoyé lors de l'invitation aux entrevues. Il était signé avant de commencer l'entrevue. Une copie signée leur était remise.

Collecte des données

Différents modes de collecte des données et de temps de mesure ont été utilisés. Une approche participative a été privilégiée. La collecte des données s'est déroulée sur une période d'environ deux ans. Toutes les entrevues ont été enregistrées puis retranscrites verbatim par un cabinet de traduction et transcription. Par ailleurs, les rencontres avaient lieu pendant leur horaire de travail, dans un lieu convenu mutuellement.

Entrevues de groupe. D'abord, quatre entrevues de groupe (EG) sont réalisées. Deux d'entre elles concernent seulement les promotrices et les deux autres regroupent les intervenants (n=10), les gestionnaires (n=11) et les promotrices (n=2). Les EG avec les promotrices ont une durée d'environ une heure trente chacune et ont été réalisés par la première auteure. Lors de la première rencontre, à l'été 2014, les thèmes abordés concernent la nature de la prestation des services, la clientèle ainsi que les partenaires impliqués. Les questions abordées étaient, par exemple : Être partenaire au Rond-point, cela veut dire ... ? Pouvez-vous me décrire la prestation de services? Une approche préconisée? Pouvez-vous me décrire les activités et les

interventions qui sont présentement offertes aux familles (et ceux qui seront offerts à l'automne 2014) (groupe visé, but, durée, fréquence, offert par qui, etc.)? Quels sont les changements auxquels vous vous attendez des usagers à (court, moyen et long) terme? Un passage réussi au Rond-point, c'est ...? Cette EG permettait aussi l'accès aux diverses sources documentaires.

À la deuxième entrevue, à l'été 2015, les promotrices réagissent à une première version du modèle logique. Les questions de l'entrevue sont en lien avec l'illustration du modèle. Notamment, les questions permettent de valider ou modifier l'information. On retrouve des questions comme : est-ce qu'on pourrait simplement mentionner les enfants 0-5 ans dont les parents ont une problématique de consommation? Par rapport à la philosophie d'intervention, plutôt aux différentes philosophies d'intervention, est-ce vraiment porté par tous les partenaires qui ont signé le protocole? Qu'est-ce qu'on vise à court, moyen et long terme comme changements de comportement, de pensée ou d'attitude chez le parent quand il participe à (l'atelier d'arts, au yoga, etc.)?

Les autres EG, trente minutes chacune, sont réalisées conjointement avec un autre projet de recherche, à l'automne 2014, qui s'intéresse à l'expérience du partenariat interorganisations au sein de Rond-point. Ce sont ces chercheurs, dont la deuxième auteure, qui ont animé ces EG. Ces rencontres explorent la nature et les déterminants des changements souhaités auprès des familles selon les répondants. Les questions sont, par exemple : Pouvez-vous me donner quelques exemples de changements possibles? Comment ces activités amènent-elles les changements attendus ou l'atteinte des objectifs chez les usagers? et Aidez-moi à comprendre en quoi le projet Rond-point se distingue des autres services ou programmes offerts pour cette clientèle (Ex : SIPPE, JESSIE, etc.).

Entrevues individuelles. Par ailleurs, six entrevues individuelles d'une durée entre 45 minutes et 1h30 sont réalisées avec des intervenants (EII). Ces entrevues visent d'abord à approfondir la situation clinique d'une famille (non analysée ici), mais elles permettent aussi d'obtenir de l'information sur le fonctionnement du Rond-point.

Sources documentaires. Des documents liés au développement et au déploiement du Rond-point sont enfin consultés : 1) le document «*Des soins et des services intégrés pour les parents toxicomanes et leurs enfants* (avril 2009)», 2) la présentation au comité de développement (30 avril 2013), 3) le protocole d'entente (décembre 2014), 4) le document «*Obtenir un consentement libre et éclairé, baliser les échanges d'informations entre intervenants(es) et être proactifs dans la protection des droits-Titre provisoire*» ainsi que, 5) la liste des indicateurs de réussite de l'implantation du projet.

Traitement et analyse

Le logiciel NVivo 10 facilite l'analyse des documents et des discours des différents répondants. Il permet d'organiser, de manière structurée, les différents contenus soumis à une analyse thématique de contenu (Creswell, 2007; Mertens et Wilson, 2012; Patton, 2001). Les éléments tirés des diverses sources dont le sens est semblable sont classés dans des catégories préétablies en fonction des composantes habituelles d'un modèle logique comme les partenaires, les ressources humaines, la clientèle, la philosophie d'intervention, les activités et les résultats (Grinnell, Gabor et Unrau, 2010; L'Écuyer, 1990; Mertens et Wilson, 2012). Ce type d'analyse catégorielle s'effectue « par [une] opération de découpage du texte en unités puis [une] classification de ces unités en catégories selon des regroupements analogiques » (Bardin, 2007, p. 207). Considérant les diverses sources de données, une triangulation des contenus a été réalisée pour l'analyse afin d'augmenter la validité (Mertens et Wilson, 2012; Spaulding, 2014).

La première auteure a classé les éléments du matériel collecté, pour ensuite réaliser le modèle logique du Rond-point. À certains moments, la deuxième auteure a été consultée. Cette procédure de validation par les pairs permet d'augmenter la confirmabilité des résultats, mais surtout de réduire les biais d'interprétation (Boeije, 2010). Enfin, une rencontre de validation avec les promotrices, intervenants et gestionnaires du Rond-point a eu lieu en décembre 2016. Cette rencontre a permis de présenter le modèle logique et d'échanger sur les points de convergences et de divergences. Ceux-ci seront présentés dans la prochaine section.

Résultats

Rappelons que la présente étude vise à expliciter la démarche participative pour illustrer l'offre de services du Centre et à apprécier le Rond-point au regard des conditions préalables pour évaluer un programme. D'abord, la réalisation du modèle logique est décrite. Ensuite, certains éléments divergents entre les répondants sont exposés. L'analyse des résultats et la validation auprès des participants ont permis d'obtenir un modèle logique qui illustre la situation du Rond-point à l'automne 2016 (voir annexe 1).

Réalisation du modèle logique

Une version initiale du modèle logique a été réalisée par la première auteure à partir des données recueillies. Ce modèle a ensuite été présenté une première fois aux promotrices lors de l'entrevue de groupe de l'été 2015. L'échange a permis d'épurer le modèle et de clarifier certains aspects. Les entrevues individuelles avec les intervenants ont permis d'ajouter des éléments pertinents à la réalisation de la deuxième version du modèle logique. Cette version a été discutée avec les participants lors d'une rencontre de présentation des résultats. L'échange visait à valider le modèle, mais surtout à mettre en évidence les éléments qui nécessitent une clarification.

Notamment, parce qu'on retrouve un écart entre ce qui est souhaité et la réalité. Cela concerne entre autres le partenariat, les ressources humaines, l'approche d'intervention, la clientèle et l'offre de services. Ces éléments sont brièvement présentés un à un dans les prochains paragraphes.

Éléments divergents du modèle logique entre les répondants

Partenariat. Selon les répondants, près d'une trentaine d'organisations pourraient s'ajouter au partenariat, mais aucune entente n'a été conclue pendant la période de collecte des données. Parmi ces possibles partenaires, on retrouve l'organisme Logis-Phare, qui accompagne déjà les familles lors des activités du Rond-point les mercredis : « *Ils ne sont pas sur le comité [...] ils sont partenaires, mais pas comme ceux qui ont signé le protocole d'entente* » (EG2). Des contacts sont entamés auprès des divers organismes communautaires. Notons que le Rond-point souhaite aussi établir des contacts avec les services correctionnels.

Ressources humaines. Chacune des organisations dégage des ressources humaines pour soutenir le fonctionnement du Rond-point, généralement il s'agit de deux personnes : un gestionnaire et un clinicien. Pour le volet clinique, on réfère à des intervenants communautaires, des intervenants psychosociaux, tel un technicien en éducation spécialisée (TES). Il y a aussi divers professionnels tels des infirmières, des travailleurs sociaux, des médecins. Cependant, certains ne sont pas impliqués dans le projet pour le moment, comme l'illustre cet extrait : « *[Pas de TES] Non, non pas de psychologue, non pas de psychoéducateurs* » (EG2). Certaines organisations dégagent plus de personnel, comme le CSSS Jeanne-Mance, qui met à la disposition du Rond-point : la coordonnatrice de projet, une infirmière, une travailleuse sociale et un médecin. Néanmoins, d'autres organisations dégagent pour le moment seulement un gestionnaire.

Approche d'intervention. Les différences sources d'informations font mention d'une panoplie d'approches d'intervention ainsi que des principes et valeurs, mais l'approche de la réduction des méfaits (RdM) semble commune à l'ensemble des répondants comme témoigne cet extrait : *«on partage pas mal tous, du moins pour la plupart, une approche en réduction des méfaits. [...] Tout le monde a le souci d'avoir une approche qui est comme dans le fond centrée sur la famille, puis sur les besoins puis les priorités de la famille»* (EII1). Néanmoins, cette approche ne semble pas être appliquée de la même manière par tous, ce que le prochain extrait illustre : *«c'est sûr que dans un contexte de parentalité ça peut être [...] interprété de plein de différentes façons, mais en particulier par rapport à la gestion du risque, ça peut être interprété différemment. C'est sûr qu'il y a aussi beaucoup de nuances dans la façon peut-être qu'on voit ça ou qu'on l'applique»* (EII9). Bien que ce ne soit pas courant, certains professionnels sont incapables d'identifier le modèle prédominant d'intervention au Rond-point: *« non, je ne me suis pas informée »* (EII4). En somme, *«la philosophie d'intervention c'est [...] accueillir les parents tels qu'ils sont, les aider à développer leur plein potentiel de parents, les aider à se sentir accueillis, valorisés, soutenus, autant quand ça va bien que quand ça va moins bien, les garder connectés auprès de leurs enfants. [...] Valoriser la parentalité »* (EII3).

Clientèle. Le Rond-point dessert une clientèle volontaire, consommatrice, de manière abusive ou problématique, de SPA en contexte de parentalité d'enfants de moins de cinq ans. L'évaluation du risque en vue d'être admis au Rond-point crée certaines incompréhensions chez des intervenants : *« moi je pense que si quelqu'un ose s'identifier en tant que personne qui a des difficultés liées à la consommation, parce que ça c'est très clair que c'est la mission du Rond-point, et qu'il est un parent [...] [d'] un enfant entre zéro, cinq ans, bien c'est clair [...] [qu'elle devrait recevoir des services du Rond-point]. La personne ose cogner à la porte là, c'est majeur*

je trouve » (EII9). D'autres personnes rencontrées questionnent l'âge maximal de l'enfant (5 ans) comme critère d'admissibilité, comme en témoigne cet extrait : *«qu'un parent avec un enfant de huit ans, qui a des difficultés liées à la consommation, peut être aussi vulnérable [...] je mettrais ça à juste parent, pas besoin de mettre d'âge là-dessus. [...] Je trouve qu'il y a beaucoup de familles qui gagneraient quand même à pouvoir être connectés au Rond-point* » (EII9).

Offre de service. Dans les paragraphes qui suivent, les quatre cibles d'activités et de services sont décrites ainsi que les résultats attendus tels que formulés par les sources consultées.

Enfants.

Jusqu'à présent, les services offerts aux enfants couvrent davantage les services de santé physique tels que le suivi développemental 0 à 5 ans, la stimulation précoce ainsi que les références vers les spécialistes ou autres ressources, bien que certains manquent d'intensité : *« il manque l'éducatrice spécialisée pour vraiment plus développer la stimulation précoce »* (EG2). Quant au soutien comportemental, outre les références vers d'autres professionnels ou d'autres ressources, peu de services sont disponibles, malgré les bonnes volontés : *« [l'intervenante] va faire des interventions ponctuelles. [...] Il n'y a personne de vraiment spécialisée dans le domaine encore. Il y a des fois [...] [l'éducatrice spécialisée [...] en dépendance, mais qui va des fois auprès des enfants. Mais encore là son rôle c'est [auprès des] adultes, donc elle va le faire, mais... »* (EG2).

Les résultats visés suite aux services offerts aux enfants sont de *« réduire les comportements problématiques, stimuler le développement, [...] c'est tout le dépistage puis les interventions précoces. Le préparer pour l'école, la garderie, la socialisation »* (EG2). Aussi, on vise à diminuer le *« nombre d'interventions de la DPJ, du nombre de retraits de l'enfant*

dans son milieu » (Doc. 5). En somme, pour les enfants, les résultats attendus à court terme sont le dépistage des problèmes développementaux et la diminution des complications à la naissance liées à la consommation problématique de SPA (p. ex. : sevrage néonatal).

Individus-adultes.

Pour le volet Individus-adultes, c'est-à-dire le parent dans sa sphère individuelle, c'est l'offre de services la plus déployée au moment de l'étude. En effet, le Rond-point offre hebdomadairement des activités de groupe de yoga, d'atelier d'arts et l'Espace parents. Ce dernier est un lieu d'implication citoyenne pour les parents afin de voir au développement des services du Centre. Des suivis de santé physique et mentale pré et post natal sont également disponibles. Enfin, du soutien individuel est offert sur demande pour répondre aux besoins de base comme l'accès à un logement, à de la nourriture et à du transport.

De manière générale, les résultats attendus suite aux services et activités auprès des adultes ciblent l'isolement, comme en témoigne cet extrait : *« il y a beaucoup de familles qui ont non seulement un sentiment d'incompétence, mais souvent une estime de soi assez faible, et une peur du regard, du jugement des autres, puis de les amener à être en lien avec d'autres familles, c'est souvent difficile, mais c'est un objectif »* (EG1). Aussi, cela vise à ce que *« le Rond-point devienne un peu un lieu d'appartenance »* (EG1). Il est à noter qu'avec l'approche RdM, des résultats sont attendus en lien avec la consommation problématique du parent. L'ensemble des services vise donc un continuum passant de la consommation responsable, à une diminution de la consommation et des risques de rechute jusqu'à l'ultime objectif de l'abstinence. En somme, l'ensemble des résultats visés dans la vie d'adulte des usagers sont, à court terme, de leur permettre de gérer le stress, de créer un lien de confiance avec les intervenants, de vivre un moment de détente, de briser l'isolement, de diminuer les

complications durant la grossesse et l'accouchement ainsi que de favoriser l'allaitement. À moyen terme, les effets attendus sont de consolider le réseau de soutien et à long terme, de favoriser l'*empowerment* et l'insertion sociale, augmenter l'estime de soi, améliorer le fonctionnement social, établir un sentiment d'appartenance et promouvoir une meilleure santé mentale.

Compétences parentales.

Par rapport aux compétences parentales des usagers, des ateliers portant sur les premiers soins et la discipline ont été offerts. De plus, dans le cadre des suivis individuels, certains intervenants utilisent l'approche dite d'intervention relationnelle auprès des parents. Par ailleurs, lorsque le contexte s'y prête, l'évaluation de Brazelton peut être faite avec les parents d'un nouveau-né. C'est un outil d'évaluation du comportement du nouveau-né de deux mois ou moins. Or, au moment de l'étude aucun atelier parents-enfants n'a encore eu lieu, bien qu'il s'agisse d'une priorité pour le Rond-point.

En ce qui concerne les résultats attendus chez les parents, d'abord les répondants décrivent ce qu'ils entendent par l'acquisition des compétences parentales, comme l'illustre cet extrait : *« ça veut dire aussi connaître le développement de l'enfant [...] pouvoir agir en fonction de ça aussi. Ils sont plus réalistes, alors il y a moins de frustration »* (EG1). Les intervenants soutiennent les parents dans l'acquisition de leurs compétences parentales. En bref, les activités « parents » visent à court terme à partager des activités parents-enfants, à favoriser le développement d'un lien d'attachement parent-enfant et, à moyen terme, à développer des compétences parentales et diminuer le stress parental.

Famille.

Enfin, l'offre de services du Rond-point inclut l'activité du repas communautaire hebdomadaire qui permet de « *répondre aux besoins de base. Offrir un milieu d'échanges informels entre les parents. [...] À force de manger ensemble, ils se connaissent plus, les liens sont plus solides, il y a un noyau qui se fait. [...] Ils découvrent aussi [...] une meilleure alimentation. Des nouvelles recettes, puis qu'ils aient envie en fait d'essayer après à la maison* » (EG2). Le Rond-point souhaite offrir des services de répit qui offriront certes une pause aux parents, mais aussi de la stimulation aux enfants. En bref, pour ce volet, à court terme les résultats attendus sont d'offrir du répit et de répondre aux besoins de base, tandis qu'à moyen terme, c'est d'améliorer les conditions de vie.

Discussion

La présente recherche a permis d'illustrer le modèle logique du Rond-point, suite à une démarche participative, telle qu'il se déployait à l'automne 2016. Certains éléments du modèle suscitent de la discordance entre les répondants. Dans la présente section, des liens avec les quatre conditions préalables pour évaluer un programme afin d'apprécier le Rond-point seront exposés.

Conditions préalables à l'évaluation de programme

Pour apprécier l'évaluabilité d'un programme, idéalement on doit vérifier ces quatre conditions mentionnées en introduction. Il est intéressant de revoir la démarche réalisée avec le Rond-point à la lumière de ces critères. Notamment, parce qu'après réalisation de l'évaluation d'implantation, l'évaluabilité du Centre est mise en question. En effet, avant de prévoir d'autres types d'évaluation, il importe de se demander si le programme est suffisamment développé et implanté pour faire l'objet d'une évaluation. Pour réaliser certains types d'évaluation (par

exemple, des effets, du rendement, etc.), le programme devrait avoir atteint une maturité et une stabilité (Potvin, 2009; Rossi et al., 2004). On doit donc vérifier si le présent projet répond aux quatre conditions permettant d'établir son évaluabilité : (a) le modèle logique est-il clair et bien défini ?, (b) les liens entre les causes, les services et les effets attendus sont-ils plausibles ?, (c) les informations sont-elles accessibles ? et (d) comment les résultats seront-ils utilisés?.

Modèle clair et bien défini. Au terme de la présente étude, certaines précisions doivent encore être apportées afin d'améliorer le projet actuel du Rond-point en vue, éventuellement, de s'assurer qu'il répond aux critères le rendant évaluable (Potvin, 2009). Ce premier effort de modélisation a mis à jour des aspects qui restent à consolider, comme le partenariat, les ressources humaines, l'approche d'intervention retenue, la clientèle et l'offre de services. Le rôle des organismes partenaires devrait être clarifié pour inclure ceux qui s'impliquent déjà au Centre. Par ailleurs, si le Rond-point vise à offrir des services multidisciplinaires aux familles, il serait important de s'assurer d'ajouter différents professionnels tels psychoéducateurs, TES, etc. Comme l'approche d'intervention préconisée par le Rond-point est la RdM, mais qu'elle n'est pas véhiculée par l'ensemble des répondants de l'étude, une préoccupation quant à l'orientation des interventions auprès des familles est suscitée. Cela suggère également que l'approche n'est pas nécessairement connue et intégrée par les intervenants.

Quant à la clientèle, plusieurs éléments demeurent à clarifier par les répondants. Or, selon la littérature en lien avec la problématique de consommation abusive parentale, il est possible d'alimenter la réflexion quant au choix des critères d'admissibilité. Notamment, les parents d'enfants plus âgés pourraient aussi bénéficier de tels programmes. La problématique de la consommation abusive parentale concerne un nombre important d'enfants d'âge scolaire et d'adolescents. Sachant qu'aux États-Unis, plus de huit millions d'enfants vivent avec au moins

un parent consommateur, qu'environ un tiers des enfants est âgé de moins de cinq ans et 12% des enfants sont âgés entre six et onze ans (Burlew et al., 2013), il y a lieu de remettre en cause le critère d'admissibilité en fonction de l'âge de l'enfant. Ces données américaines concordent avec les travaux québécois de Bertrand et ses collègues (2007) qui énoncent que 38% des adultes qui reçoivent des services pour le traitement aux dépendances sont des parents d'enfants mineurs. Les conséquences de la consommation s'observent chez les enfants de tout âge. Un parent sur cinq exprime avoir besoin de soutien dans leurs habiletés parentales (Bertrand et al., 2007). Les études comme celle de Burlew et al. (2013) démontrent que le stress parental peut influencer les pratiques parentales et par conséquent entraîne des troubles de comportement chez l'enfant, développant ainsi un cercle vicieux. Bien que certains enfants développeront une résilience qui leur permettra de bien fonctionner dans toutes leurs sphères, d'autres auront des problèmes sévères de comportements et des difficultés émotionnelles. Conséquemment, les effets de l'exposition à la consommation abusive parentale chez les enfants varient et peuvent demeurer jusqu'à l'âge adulte (Straussner, 2011). Des groupes d'intervention pour ces enfants sont efficaces pour diminuer les conséquences de l'exposition à la consommation abusive parentale et développer des habiletés prosociales (Straussner, 2011). Au cours des dernières années, des programmes d'entraînement aux habiletés parentales ont été implantés au Québec, soit le programme 6-12 ans et le programme d'intervention appui aux familles (PIAF). Ces deux programmes s'adressent aux parents consommateurs (dépendance actuelle ou passée), à leurs enfants âgés entre six et douze ans ainsi qu'à d'autres membres de la famille (Laventure, Charbonneau, Sarrazin et Bertrand, 2013). Cela pourrait donc être proposé dans l'offre de service du Rond-point. La réflexion quant aux critères d'inclusion ne devrait pas juste concerner l'âge de l'enfant, mais aussi celle de la définition d'un parent consommateur. L'étude qualitative

de Benoit et al. (2014), visant à comprendre comment les prestataires du programme HWH, un site intersectoriel de services communautaires pour les mères, leurs familles et leurs enfants, alimente la réflexion à ce sujet. En effet, selon leurs résultats, le concept de consommation parentale est difficile à définir. Certains intervenants ont même une vision personnelle qui diffère de la conception qu'ils doivent promouvoir en contexte professionnel. La consommation maternelle amène en effet des réflexions sur les plans moral, légal et éthique. Selon les travaux de Benoit et al. (2014), il est envisageable qu'un parent qui se définit lui-même comme ayant un problème de consommation, actuel ou passé, puisse être admissible à des services qui s'adressent à des parents consommateurs.

The most common perceptual frameworks that participants drew upon to define problematic substance use focused on terms such as safety, risk and ability to care and the notion that the individual woman is the arbiter of what constitutes problematic substance use in her own life (p. 256).

Enfin, pour répondre à la condition d'un modèle clair et bien défini, il est essentiel qu'avant l'implantation d'un projet que les résultats visés soient suffisamment précis, car ils permettent de décrire clairement et explicitement les changements attendus pour la clientèle en termes d'attitudes, de comportements ou de connaissances suite à leur participation. Les résultats doivent être réalistes, mesurables et liés à la problématique (Paquette et Chagnon, 2000; Tourigny et Dagenais, 2005). Or, la formulation des résultats attendus par l'offre de services du Rond-point n'est pas toujours mesurable. Cela entraîne nécessairement un impact sur la deuxième condition, c'est-à-dire sur la plausibilité des liens entre les causes, les résultats et l'offre de services.

Plausibilité des liens entre les causes, les services et les résultats. Pour être en mesure d'évaluer un programme, il est important que les liens entre la problématique, les activités et les résultats attendus soient appuyés théoriquement (Fitzpatrick, Sanders et Worthen, 2011).

Lorsque les répondants de la présente étude ont été questionnés sur les liens plausibles entre le yoga et des résultats observables et mesurables chez les usagers, ils rapportent ceci : « *Le yoga, on sait qu'il a des effets positifs sur la santé, sur le bien-être psychologique, mais c'est surtout donner une expérience positive à ces femmes-là, [...] ça recentre davantage sur le corps, sur comment on se sent* » (EG3). Cette illustration pourrait être faite pour d'autres services et activités offerts. Cela démontre que plusieurs des liens entre les services mis en place et le résultat attendu devraient être plus explicites afin de bien saisir la valeur ajoutée du Rond-point pour les familles consommatrices. Pour Tourigny et Dagenais (2005) :

Les buts et objectifs sont généralement directement liés à un modèle théorique, c'est-à-dire qu'ils sont l'expression d'une certaine théorie de cause à effet qui rend l'intervention cohérente et systématique en vue d'un changement chez la population cible (p.438).

Lorsqu'on tente d'associer l'offre de services du Rond-point avec les résultats attendus, à court, moyen et long terme, il n'est pas toujours évident de comprendre comment ces éléments sont liés.

Accessibilité des informations. Il est possible de mentionner que la condition d'accessibilité des informations a été généralement répondue pendant la collecte de données. En effet, plusieurs documents ont été remis et consultés en lien avec le développement et l'implantation du Rond-point. Par ailleurs, différents répondants (promotrices, intervenants et gestionnaires) ont été rencontrés. Néanmoins, le fait que les deux précédentes conditions n'ont pas entièrement été répondues entraîne nécessairement un effet sur l'accessibilité à l'ensemble des informations pertinentes.

Utilisation des résultats. L'utilisation envisagée des résultats était bien connue dès le départ. En effet, la pérennité du Rond-point n'étant pas assurée, les résultats de l'évaluation pouvaient permettre de faciliter les demandes de financement. Considérant cet aspect, il aurait

été plus pertinent d'impliquer davantage les répondants dans la réalisation du modèle logique. Il aurait fallu dépasser les contraintes de temps et se réunir pas seulement dans une optique de collecte de données. Ainsi, la contribution au modèle logique aurait été partagée avec les principaux concernés (Gervais, de Montigny, Lacharité, & Dubeau, 2015). Cela aurait permis de clarifier les deux premières conditions de l'évaluabilité, soit un modèle clair et bien défini et des liens plausibles. Les recommandations issues de la présente recherche auraient gagné en sens et en crédibilité pour les répondants. Enfin, il aurait été pertinent, dans une approche orientée vers les utilisateurs, d'obtenir le point de vue des familles, celles qui reçoivent les services.

Appréciation de l'évaluabilité

En somme, il est possible d'affirmer que le Rond-point ne répond pas aux quatre conditions pour évaluer un programme. Cela signifie que le programme n'est pas assez stable et mature pour planifier une évaluation. Les activités et services doivent être déployés avec une plus grande intensité. Selon Paquette et Chagnon (2000) :

Pour être évaluable, un programme doit être clairement articulé et explicite, c'est-à-dire qu'il doit comporter une description de sa clientèle-cible, de la problématique associée, de la théorie sur le problème à laquelle il réfère et de la théorie d'actions préconisée, des objectifs du programme, des ressources humaines, matérielles et financières utilisées, de la nature des services offerts et des activités réalisées, et des résultats escomptés (p.107).

Ainsi, le modèle logique doit être retravaillé et les liens doivent être clarifiés et plausibles avant d'envisager une autre évaluation.

Conclusion

La présente recherche a permis de rendre plus explicite la logique d'action du Rond-point. Ultiment, cela permet d'apporter aux promotrices et aux partenaires impliquées des

suggestions pour améliorer le Rond-point (Fitzpatrick et al., 2011). Aussi, suite aux résultats et leur discussion, des améliorations pourront être apportées afin que le Rond-point tienne compte des connaissances dans le domaine de la consommation abusive parentale, mais également au regard de l'évaluation de programme.

Néanmoins, cette recherche comporte certaines limites. D'abord, le fait que l'ensemble des activités prévues n'ait pas été déployé et que le Centre ne soit accessible qu'une journée et demie par semaine limite l'appréciation qu'on peut porter à son égard. Cet article offre donc une première réflexion quant au modèle logique. De plus, une des limites de cette étude est de ne pas avoir intégré davantage d'espace pour les promotrices, intervenants et gestionnaires dans l'élaboration du modèle logique. De plus, considérant la place accordée à l'implication citoyenne des familles, le fait de ne pas avoir inclus leur voix dans la présente étude constitue une limite importante à l'étude. Enfin, il serait pertinent de pousser plus loin la plausibilité des liens entre les services et les effets attendus. En effet, le fait d'appuyer l'action du Rond-point sur des fondements théoriques peut faciliter les démarches pour la pérennité du projet. Pour ce faire, il est judicieux d'utiliser les connaissances et l'expertise de certains partenaires, dont l'ASPC. Nous recommandons qu'avant d'amorcer des évaluations, certains ajustements soient réalisés. Parmi ceux-ci, la question de la clientèle cible devrait être élargie pour inclure tout parent quel que soit l'âge de l'enfant ainsi que lorsqu'un parent s'autodéclare comme consommateur de SPA. Aussi, il serait pertinent de s'assurer que l'ensemble des partenaires impliqués connaisse la philosophie d'intervention du Rond-point.

Références

- Benoit, C., Stengel, C., Marcellus, L., Hallgrimsdottir, H., Anderson, J., MacKinnon, K., . . . Charbonneau, S. (2014). Providers' constructions of pregnant and early parenting women who use substances. *Sociology of Health & Illness*, *36*(2), 252-263. doi: 10.1111/1467-9566.12106
- Bertrand, K., Allard, P., Ménard, J.-M. et Nadeau, L. (2007). Parents toxicomanes en traitement : Une réadaptation qui protège les enfants? Dans C. Chamberland, S. Léveillé & N. Trocmé (dir.), *Enfants à protéger, parents à aider : Des univers à rapprocher* (p. 69-87). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Brisson, P. (1997). *L'approche de réduction des méfaits : Sources, situation, pratiques*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Broekaert, E., Kooyman, M., & Ottenberg, D. J. (1998). The «new» drug-free therapeutic community: Challenging encounter of classis and open therapeutic communities. *Journal of substance abuse treatment*, *15*(6), 595-597.
- Brunelle, N., Bertrand, K., Tremblay, J., Arseneault, C., Landry, M., Bergeron, J., & Plourde, C. (2010). Impacts des traitements et processus de rétablissement chez les jeunes toxicomanes québécois. *Drogues, santé et société*, *9*(1), 211-247.
- Burlew, A. K., Johnson, C., Smith, S., Sanders, A., Hall, R., Lampkin, B. et Schwaderer, M. (2013). Parenting and problem behaviors in children of substance abusing parents. *Child and Adolescent Mental Health*, *18*(4), 231-239. doi: 10.1111/camh.12001
- Canadian Mothercraft Society. (2016). Breaking the cycle. Repéré le 2 mai 2016 à <http://www.mothercraft.ca/index.php?q=ei-btc>
- Comité de coordination du Programme Jessie (2008). *Programme JESSIE, ensemble pour protéger les tout-petits : Guide de soutien à la pratique*. Québec: Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire et Centre Dollard-Cormier-Institut universitaire sur les dépendances.
- Cook, C. C. H. (1988). The Minnesota Model in the management of drug and alcohol dependency: Miracle, method or myth? Part I. The philosophy and the programme. *British journal of addiction*, *83*, 625-634.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches. Second edition*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- D'Ostie-Racine, L., Dagenais, C. et Ridde, V. (2013). An evaluability assessment of a West Africa based Non-Governmental Organization's (NGO) progressive evaluation strategy. *Evaluation and Program Planning*, *36*(1), 71-79. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2012.07.002>
- Davie-Gray, A., Moor, S., Spencer, C. et Woodward, L. J. (2013). Psychosocial characteristics and poly-drug use of pregnant women enrolled in methadone maintenance treatment. *Neurotoxicology and Teratology*, *38*, 46-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ntt.2013.04.006>
- Fallu, J.-S. et Brisson, P. (2013). La réduction des méfaits liés à l'usage des drogues : Historique, état des lieux, enjeux. Dans R. Massé & I. Mondou (dir.), *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique : Enjeux éthiques et politiques*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Ferland, F., Blanchette-Martin, N., Pelletier, G., Jasques, I. et Gagnon, V. (2013). Programme Jeunes-Parents : intervention en dépendance dans un contexte d'intervention de

- protection de la jeunesse. Dans C. Plourde, M. Laventure, M. Landry & C. Arseneault (dir.), *Sortir des sentiers battus : Pratiques prometteuses auprès d'adultes dépendants* (p. 247-260). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Fewell, C. H. (2011). An attachment and mentalizing perspective on children of substance-abusing parents. Dans S. L. A. Straussner & C. H. Fewell (dir.), *Children of substance-abusing parents: Dynamics and treatment* (p. 29-47). New York: Springer Publishing company.
- Fitzpatrick, J., Sanders, J. R. et Worthen, B. R. (2011). *Program evaluation : alternative approaches and practical guidelines*. Upper Saddle River, N.J: Pearson Education.
- Gervais, C., de Montigny, F., Lacharité, C., & Dubeau, D. (2015). Fathers Friendly Initiative within the families: Using a logic model to develop program theory for a father support program. *Evaluation and program planning*, 52, 133-141. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2015.04.006>.
- Grinnell, R. M. J., Gabor, P. A. et Unrau, Y. A. (2010). *Program evaluation for social workers: Foundations of evidence-based programs*. (Fifth edition^e éd.). New York, United States of America: Oxford University Press.
- Hamel, F. (2013). *L'abandon du traitement de jeunes toxicomanes ayant séjourné en communauté thérapeutique et leur condition post-traitement* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Montréal.
- Haug, N. A., Duffy, M. et McCaul, M. E. (2014). Substance abuse treatment services for pregnant women: psychosocial and behavioral approaches. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 41(2), 267-296. doi: 10.1016/j.ogc.2014.03.001
- Kelley, M. L., Lawrence, H. R., Milletich, R. J., Hollis, B. F. et Henson, J. M. (2015). Modeling risk for child abuse and harsh parenting in families with depressed and substance-abusing parents. *Child Abuse & Neglect*, 43, 42-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.01.017>
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu : méthode GPS et concept de soi*. Sillery, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- L'Espérance, N., Bertrand, K. et Ménard, J.-M. (2013). Jeunes femmes enceintes et jeunes mères : Améliorer l'intégration des services. Dans C. Plourde, M. Laventure, M. Landry & C. Arseneault (dir.), *Sortir des sentiers battus : Pratiques prometteuses auprès d'adultes dépendants* (p. 9-27). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- L'Espérance, N. et Ménard, J.-M. (2013). Jeunes femmes enceintes et jeunes mères : Améliorer l'intégration des services pour mieux prévenir la consommation de psychotropes et ses effets délétères sur le développement de l'enfant. Mauricie, Québec: Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie-Centre-du-Québec
- Lavandier, K.-A., Perrault, H., Venne, M. et Lecompte, J. (2003). *La consommation maternelle et son impact sur les enfants*. (Université de Montréal, Montréal, Québec).
- Laventure, M., Charbonneau, R., Sarrazin, G. et Bertrand, K. (2013). Les programmes d'entraînement aux habiletés parentales : quand la dépendance et la parentalité se côtoient. Dans C. Plourde, M. Laventure, M. Landry & C. Arseneault (dir.), *Sortir des sentiers battus : Pratiques prometteuses auprès d'adultes dépendants* (p. 29-50). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Lavergne, C. et Morissette, P. (2012). Nouvelle maternité en contexte de consommation abusive d'alcool ou de drogue : ampleur, enjeux pour l'aide aux femmes enceintes et

- aux mères et pratiques d'intervention. Dans M. Landry, S. Brochu & C. Patenaude (dir.), *L'intégration des services en toxicomanie* (p. 159-197). Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université Laval.
- Lavergne, C., Morissette, P., Dionne, M. et Dessureault, S. (2009). Facteurs- clés d'une collaboration réussie entre les parents, le CHUM et la DPJ en contexte de toxicomanie parentale. Dans P. Morissette & M. Venne (dir.), *Parentalité, alcool et drogues : Un défi multidisciplinaire* (p. 143-177). Montréal, Québec: Éditions du CHU Ste-Justine.
- Lecompte, J., Perreault, É., Venne, M. et Lavandier, K.-A. (2002). *Impact de la toxicomanie maternelle sur le développement de l'enfant et portrait des services existants au Québec*. Montréal, Québec: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Marshall, S. K., Charles, G., Hare, J., Ponzetti, J. J. et Stockl, M. (2005). Sheway's services for substance using pregnant and parenting women: Evaluating the outcomes for infants. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 24(1), 19-34.
- McKeganey, N., Bloor, M., Robertson, M., Neale, J., & MacDougall, J. (2006) Abstinence and drug abuse treatment: Results from the Drug Outcome Research in Scotland study. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 13(6), 537-550. doi: 10.1080/09687630600871987
- Mertens, D. M. et Wilson, A. T. (2012). *Program evaluation theory and practice: A comprehensive guide*. New York, United States of America: The Guilford Press.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). *L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement*. Paris, France : InterÉditions.
- Mondou, I. (2013). De la définition de la réduction des méfaits : consensus et divergences. Dans R. Massé & I. Mondou (dir.), *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique : Enjeux éthiques et politiques* (p. 19-40). Québec: Les Presses de l'Université.
- Morissette, P., Venne, M., Lavergne, C., Desmeules, S., Létourneau, H., Lavandier, K.-A. et Chouinard-Thompson, A. (2007). Main dans la main : Une collaboration audacieuse et novatrice entre les parents, le CHUM et la DPJ en contexte de consommation. Dans C. Chamberland, S. Léveillé & N. Trocmé (dir.), *Enfants à protéger, parents à aider : Des univers à rapprocher* (p. 243-261). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Neger, E. N. et Prinz, R. J. (2015). Interventions to address parenting and parental substance abuse: Conceptual and methodological considerations. *Clinical Psychology Review*, 39, 71-82. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.004>
- Paquette, F. et Chagnon, F. (2000). *Cadre de référence pour le développement et l'évaluation des programmes aux Centres jeunesse de Montréal*. Montréal, Québec: Centre jeunesse de Montréal-Insitut universitaire.
- Patton, M. Q. (2001). *Qualitative research and evaluation methods, 3rd edition*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Porteous, N. L. (2012). La construction du modèle logique d'un programme. Dans C. Dagenais & V. Ridde (dir.), *Approches et pratiques en évaluation de programmes. Nouvelle édition revue et augmentée* (p. 89-107). Montréal, Québec: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Potvin, P. (2009). Éléments et critères d'évaluabilité d'un programme d'intervention psychosociale. Dans M. Alain & D. Dessureault (dir.), *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale* (p. 101-114). Québec, Québec: Les Presses de l'Université du Québec.

- Racine, P. (2012). *L'entretien motivationnel sous l'angle de la formation et de la supervision clinique : Pour une qualité et efficacité de l'intervention*. (Rapport de stage, Université du Québec en Outaouais).
- Ridde, V. et Dagenais, C. (2012). Introduction générale à l'évaluation de programmes. Dans V. Ridde & C. Dagenais (dir.), *Approches et pratiques en évaluation de programmes. Nouvelle édition revue et augmentée*. (p. 13-32). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W. et Freeman, H. E. (2004). *Evaluation: A systematic approach*. (7^e éd.). Thousand Oaks, California: Sage Publications Inc.
- Royse, D., Thyer, B. A. et Padgett, D. (2016). *Program evaluation: An introduction to an evidence-based approach*. (sixth^e éd.). Boston, United States of America: Cengage Learning.
- Schaeffer, C. M., Swenson, C. C., Tuerk, E. H. et Henggeler, S. W. (2013). Comprehensive treatment for co-occurring child maltreatment and parental substance abuse: Outcomes from a 24-month pilot study of the MST-Building Stronger Families program. *Child Abuse & Neglect*, 37(8), 596-607. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.04.004>
- Soura, B. D., Dagenais, C., Bastien, R., Fallu, J.-S. et Janosz, M. (2016). L'étude d'évaluabilité : Utilité et pertinence pour l'évaluation de programme. *La Revue canadienne d'évaluation de programme*. doi: 10.3138/cjpe.207
- Spaulding, D. T. (2014). *Program evaluation in practice: Core concepts and examples for discussion and analysis*. San Francisco, United States of America: Jossey-Bass.
- Straussner, S. L. A. (2011). Children of substance-abusing parents : An overview. Dans S. L. A. Straussner & C. H. Fewell (dir.), *Children of substance-abusing parents: Dynamics and treatment* (p. 1-27). New York: Springer Publishing company.
- Tourigny, M. et Dagenais, C. (2005). Introduction à la recherche évaluative : La recherche au service des intervenants et gestionnaires. Dans S. Bouchard & C. Cyr (dir.), *Recherche psychosociale : Pour harmoniser recherche et pratique. 2e édition*. (p. 435-481). Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Vancouver Island Health Authority. (2013). HerWay Home; Child Centred · Women Focused · Family Oriented. Repéré le 2 mai 2016 à <http://www.viha.ca/children/pregnancy/herwayhome.htm>

Annexe 1 : Figure 1. Modèle logique du Rond-point

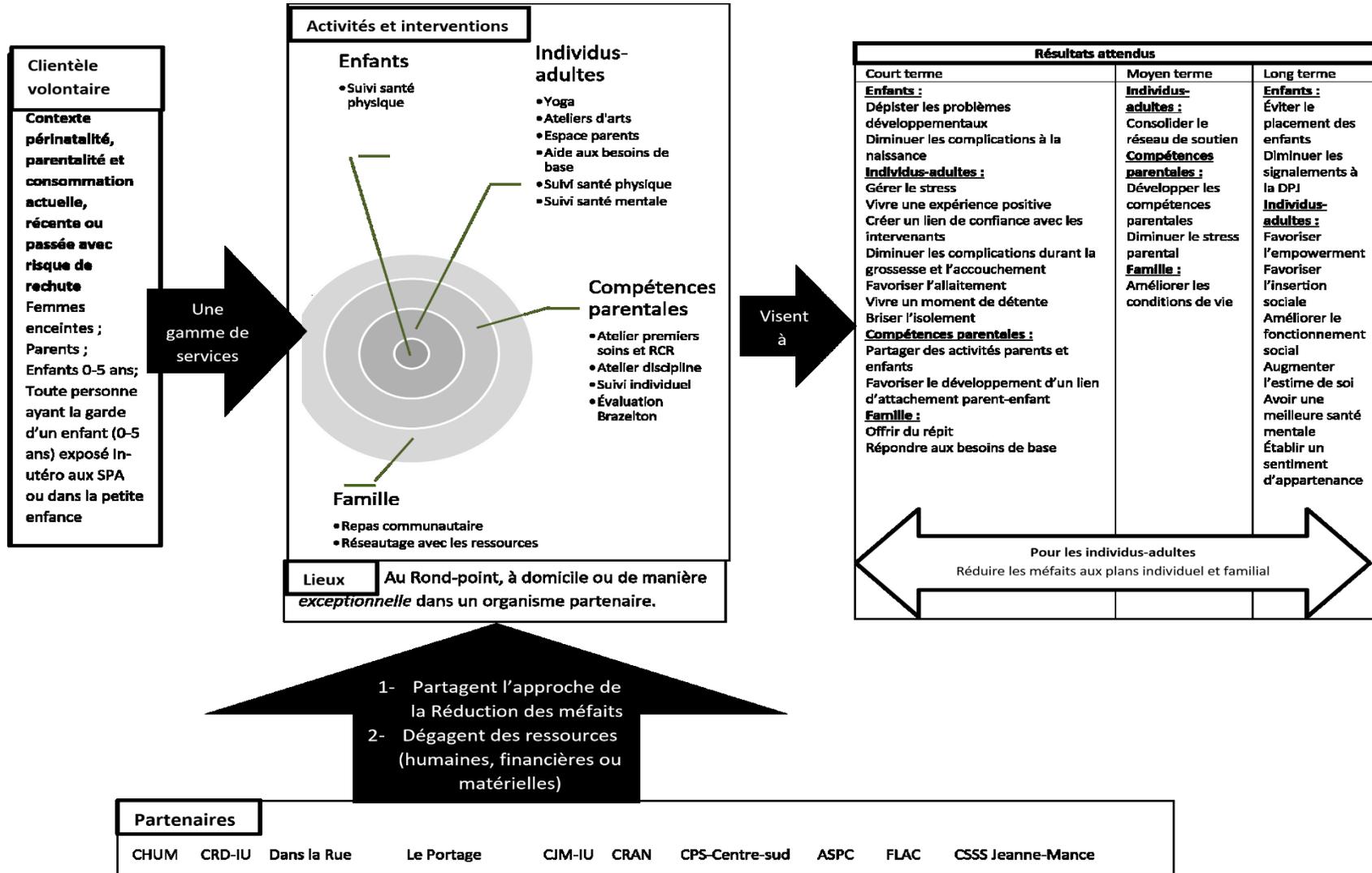


Figure 1. Modèle logique du Rond-point, par Catherine Béland et Sarah Dufour, automne 2016, selon les informations disponibles en janvier 2016.

Chapitre 3 : Expériences des familles recevant des services au *Rond-point*, un Centre d'expertise périnatal et familial de toxicomanie.

Titre : Expériences des familles recevant des services au *Rond-point*, un Centre d'expertise périnatal et familial de toxicomanie.

Noms et affiliations des auteurs : Béland, Catherine, M. Sc. Ps.éd, doctorante en psychoéducation, École de psychoéducation, Université de Montréal

Dufour, Sarah, Ph. D., professeure agrégée, École de psychoéducation, Université de Montréal

Résumé

Contexte : Le *Rond-point*, un Centre d'expertise périnatal et familial de toxicomanie à Montréal, offre des services intégrés pour les parents consommateurs et leurs enfants âgés de moins de cinq ans depuis l'automne 2013.

Objectif : L'objectif de la recherche est de documenter, de manière systématique et détaillée, l'expérience des premières familles ayant bénéficié des services du *Rond-point*.

Méthode : L'étude de cas est l'approche qualitative privilégiée dans cette recherche. Neuf cas familiaux constituent l'échantillon. Les parents et leurs intervenants ont exprimé leurs perceptions sur les services reçus et la nature de leur expérience, à deux moments de la collecte des données. Une analyse thématique de contenu et une triangulation des données sont réalisées.

Résultats : Trois profils d'expériences familiales au Centre émergent selon les effets perçus de la participation au Centre. Globalement, l'ensemble des familles apprécie le *Rond-point*, bien qu'elles souhaiteraient davantage de services, offerts sur une base plus régulière et qu'ils soient mieux structurés.

Conclusion : En somme, cette étude souligne la diversité des expériences des familles recevant les services et propose des recommandations pour améliorer le Centre et pour intégrer l'intervention psychoéducatrice dans ce type d'initiative.

Mots-clés : Parents consommateurs, évaluation d'implantation, services intégrés en toxicomanie

Principales recommandations de l'étude pour les recherches futures :

- 1- Des études devraient être effectuées pour dresser un portrait plus complet des profils des familles recevant des services du *Rond-point* afin de mieux identifier leurs besoins et leurs caractéristiques spécifiques.
- 2- Lors de l'implantation d'une innovation psychosociale, une évaluation d'évaluabilité devrait être réalisée avant toute autre forme d'évaluation.
- 3- La triangulation des sources d'information augmente la validité interne des résultats et doit être valorisée dans des évaluations qualitatives de programmes. Par exemple, elle permet d'identifier la cohérence ou, au contraire, les contradictions entre les perceptions de divers acteurs sur une même situation familiale à l'étude.

Principales recommandations de l'étude pour l'intervention psychoéducative :

- 1- Les psychoéducateurs sont habilités à agir à titre de rôle-conseil pour le développement et la mise en œuvre d'une innovation psychosociale comme le *Rond-point*.
- 2- Les défis de la mise en œuvre du *Rond-point* soulignent l'importance de bien organiser et structurer l'intervention psychoéducative en tenant compte des composantes de la structure d'ensemble.
- 3- L'intervention directe auprès de la clientèle est une des forces du psychoéducateur, ainsi il peut adapter son intervention en fonction des forces, limites et besoins du sujet auprès de qui il intervient.

Questions pédagogiques :

- 1- L'intervention en contexte multidisciplinaire est de plus en plus encouragée dans les milieux de pratique. Identifiez et décrivez trois défis et trois avantages de la multidisciplinarité et du travail interétablissements.
- 2- « L'évaluation devrait faire partie intégrante du développement de tout nouveau programme psychosocial. » Illustrez cette affirmation par trois exemples tirés de l'étude décrite dans ce chapitre.

Introduction

La consommation maternelle de substances psychoactives (SPA) ainsi que ses conséquences pendant la grossesse sont d'ores et déjà bien connues. C'est ainsi qu'un projet novateur a enfin pris son essor, en septembre 2013, après plusieurs années de réflexion : le Centre d'expertise périnatal et familial de toxicomanie le *Rond-point*. Cette initiative vise à offrir des services intégrés pour les femmes enceintes et les parents qui ont une consommation problématique de SPA, ainsi qu'à leurs enfants jusqu'à l'âge de cinq ans.

Lors de l'implantation de nouveaux programmes ou de l'introduction de pratiques d'intervention novatrices, l'évaluation est utile dès le début de la mise en œuvre afin d'ajuster, améliorer et réorienter au besoin les services et les interventions. Une telle évaluation d'implantation, réalisée pendant les premières années de déploiement du *Rond-point*, permet de documenter différents aspects, dont la clientèle rejointe, les interventions offertes, les changements perçus et leurs appréciations (Patton, 2001; Ridde & Dagenais, 2012). La psychoéducation, comme d'autres disciplines psychosociales, valorise de plus en plus les pratiques basées sur des données probantes. Cela permet de mieux soutenir les individus auprès de qui on intervient. Les psychoéducateurs sont habilités pour planifier et réaliser l'évaluation des programmes psychosociaux. Ceci contribue au développement d'une pratique rigoureuse et réflexive, en permettant une amélioration continue des interventions et en vérifiant leur efficacité (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, 2014).

État des connaissances

Dans le présent chapitre, le terme consommation sera utilisé afin de désigner toute consommation inadéquate d'une substance qu'il s'agisse d'alcool ou de drogues. La consommation répétée d'une substance altérant le fonctionnement des tâches quotidiennes, dans

des moments inappropriés, dans des situations dangereuses ou ayant des répercussions dans les sphères interpersonnelles et sociales est aussi considérée comme une consommation inadéquate (Straussner, 2011).

Ampleur de la consommation parentale. La problématique de consommation parentale est majeure en santé publique, considérant son ampleur et les différentes conséquences sur les plans de la santé et du bien-être pour l'ensemble des membres de l'unité familiale. En 2009, selon l'Agence de la santé publique du Canada, 11 % des femmes ont affirmé avoir consommé de l'alcool pendant leur grossesse, et ce, à des degrés variant entre peu fréquemment et fréquemment. De plus, 1 % des femmes ont mentionné avoir consommé des drogues alors qu'elles se savaient enceintes. Les données disponibles au Québec concernent les situations signalées à la protection de la jeunesse et celles où le parent reçoit de l'aide pour une problématique de dépendance (Lavergne, Morissette, Dionne, & Dessureault, 2009). Parmi les signalements fondés en maltraitance au Québec, 12 % des parents ont un problème de consommation d'alcool, alors qu'au Canada, il est de 21 %. La consommation de drogues, tant au Québec qu'au Canada, concerne 17 % des figures parentales (Agence de la santé publique du Canada, 2010; Hélie, Turcotte, Trocmé, & Tourigny, 2012). Selon Bertrand, Allard, Ménard, et Nadeau (2007), 38 % de la clientèle adulte dans les services d'aide pour consommateurs sont parents d'enfants mineurs. Ces statistiques témoignent d'un phénomène auquel il faut porter une attention particulière.

La grossesse constitue un moment clé pour la création d'un lien de confiance entre les futures mères et l'équipe soignante. Ces femmes sont souvent méfiantes et réticentes à aller chercher de l'aide, par peur d'une référence systématique à la protection de la jeunesse ou que

leur nouveau-né soit placé, ou à cause des attitudes et des préjugés défavorables de la part du personnel soignant (Lavandier, Perrault, Venne, & Lecompte, 2003; Lavergne & Morissette, 2012; Morissette et al., 2007). La grossesse peut être une source motivationnelle de changement en regard de la consommation pour certaines futures mères. Cependant, cette période peut aussi être propice aux rechutes ou à l'augmentation de la consommation, causées notamment par le stress lié à la parentalité imminente (Bertrand et al., 2007; Brady, Visscher, Feder, & Burns, 2003; Guyon, De Konink, Morissette, Ostoj, & Marsh, 2002). La continuité de la consommation pendant la gestation peut s'expliquer par un nombre élevé de grossesses antérieures, le manque d'accessibilité aux soins prénataux et un entourage de personnes consommatrices (Derauf et al., 2007).

Conséquences de la consommation parentale. La consommation parentale engendre différentes conséquences. D'abord, au regard des difficultés liées aux compétences parentales, des liens entre la consommation et la maltraitance sont nettement établis (Clément & Tourigny, 1999b; Magura & Laudet, 1996). Ensuite, différentes conséquences sont observées chez les enfants, car la consommation de SPA menace un développement intra-utérin sain. Notons, entre autres, des symptômes liés aux troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF), aux retards de croissance intra-utérins, des bébés de faible poids, des naissances prématurées, de l'irritabilité ainsi que des problèmes de développement et de comportements. Ceci est sans compter les effets à plus long terme sur le développement de l'enfant, comme les troubles de l'attention et du sommeil et les retards sur le plan moteur, cognitif ou langagier. Ces divers problèmes peuvent persister et se complexifier plus l'enfant vieillit. Son développement peut être affecté à long terme, parfois même jusqu'à l'âge adulte (Agence de la santé publique du Canada, 2009;

Bertrand et al., 2007; Clément & Tourigny, 1999b; Lecompte, Perreault, Venne, & Lavandier, 2002).

Interventions destinées aux parents consommateurs. La clientèle des femmes enceintes et des nouvelles mères consommatrices de SPA devient un des groupes prioritaires auprès de qui il faut agir (Lavergne & Morissette, 2012). Parmi les dernières recommandations du Gouvernement du Québec (2006, 2008), l'accent est mis sur la prestation des services adaptés pour les femmes enceintes ayant un problème de consommation, aux besoins de leurs enfants exposés in utero aux SPA, ainsi qu'à leur famille. Ces services facilitent leur engagement et la persévérance dans le traitement.

Différents programmes visant la consommation parentale sont implantés tant au Québec qu'ailleurs au Canada. Maintes fois, leur efficacité a été démontrée (Lecompte et al., 2002). Ces programmes visent spécifiquement les parents d'enfants d'âge préscolaire. Particulièrement, au Québec, depuis les années 1990, le programme *JESSIE* est instauré pour les parents toxicomanes ayant un enfant âgé de moins de cinq ans dont la sécurité ou le développement est compromis. Il offre des services d'intervention multidisciplinaire provenant des établissements du Centre jeunesse de Montréal- Institut universitaire (CJM-IU) et le Centre Dollard-Cormier (Clément & Tourigny, 1999a). Un programme similaire, *Jeunes-Parents*, a été implanté en 2008 dans la région de Québec (Ferland, Blanchette-Martin, Pelletier, Jasques, & Gagnon, 2013). Le programme *Main dans la main* constitue quant à lui un projet novateur auprès des mères consommatrices, leurs partenaires et l'enfant à naître. Il vise une collaboration prénatale entre les professionnels d'un centre hospitalier, de la protection de la jeunesse et des parents consommateurs pour améliorer leurs capacités parentales, assurer la protection des enfants à

naître et soutenir les parents dès la grossesse afin d'éviter un placement (Lavergne & Morissette, 2012; Lavergne, Turcotte, & Morissette, 2015; Morissette et al., 2007). Le *Rond-point*, tout comme le programme *HerWay Home* à Victoria, s'inspire, entre autres, de deux programmes canadiens, soit *Breaking the cycle*, à Toronto et *Sheway*, à Vancouver. Ces programmes offrent, en plus de ceux liés aux problèmes de toxicomanie, des services d'obstétrique, de gynécologie, de pédiatrie, de soins infirmiers et nutritionnels et d'aide psychologique dans un lieu unique (Benoit et al., 2014; Dell & Roberts, 2005).

Les recherches indiquent que ces types d'initiatives sont pertinents et efficaces suite à leur évaluation pour la clientèle de parents consommateurs. Selon Lavergne et ses collègues (2015), le fait d'adapter l'intervention en fonction des besoins de la mère et de travailler en contexte interprofessionnel favorise l'engagement des futures et nouvelles mères dans leur processus de changement. Lorsqu'elles intègrent les services tôt en grossesse, on observe différents bénéfices tant pour la mère que sur le développement du bébé. D'abord, on note une diminution de la consommation et un maintien de l'enfant dans son milieu de vie. Aussi, on constate un poids plus élevé à la naissance du bébé, une réduction des troubles postnataux et de la durée de séjour à l'hôpital après la naissance (Lavergne et al., 2015; Motz, Leslie, Pepler, Moore, & Freeman, 2006).

***Rond-point*, un Centre d'expertise périnatal et familial de toxicomanie**

Le *Rond-point*, un Centre d'expertise périnatal et familial de toxicomanie, accueille la clientèle une journée et demie par semaine. Dix organisations des réseaux public et communautaire dans le secteur de la santé et des services sociaux collaborent dans ce projet. Ces différents partenaires soutiennent l'initiative par des prêts de ressources humaines,

financières ou matérielles. L'approche d'intervention partagée par l'ensemble des professionnels qui interviennent au *Rond-point* est la réduction des méfaits (RdM). Ils visent quatre cibles d'action : les enfants, les individus comme adultes, les compétences parentales et la famille. Toutefois, à ce jour, peu de services sont offerts aux enfants ou permettent de développer les compétences parentales. Les principaux services visent la sphère individu-adulte, comme les activités de yoga et d'arts et les suivis de santé. De plus, pour la cible famille, un diner communautaire par semaine est organisé. Le modèle logique du Centre, présenté dans Béland et Dufour (soumis), est illustré à la figure 1.

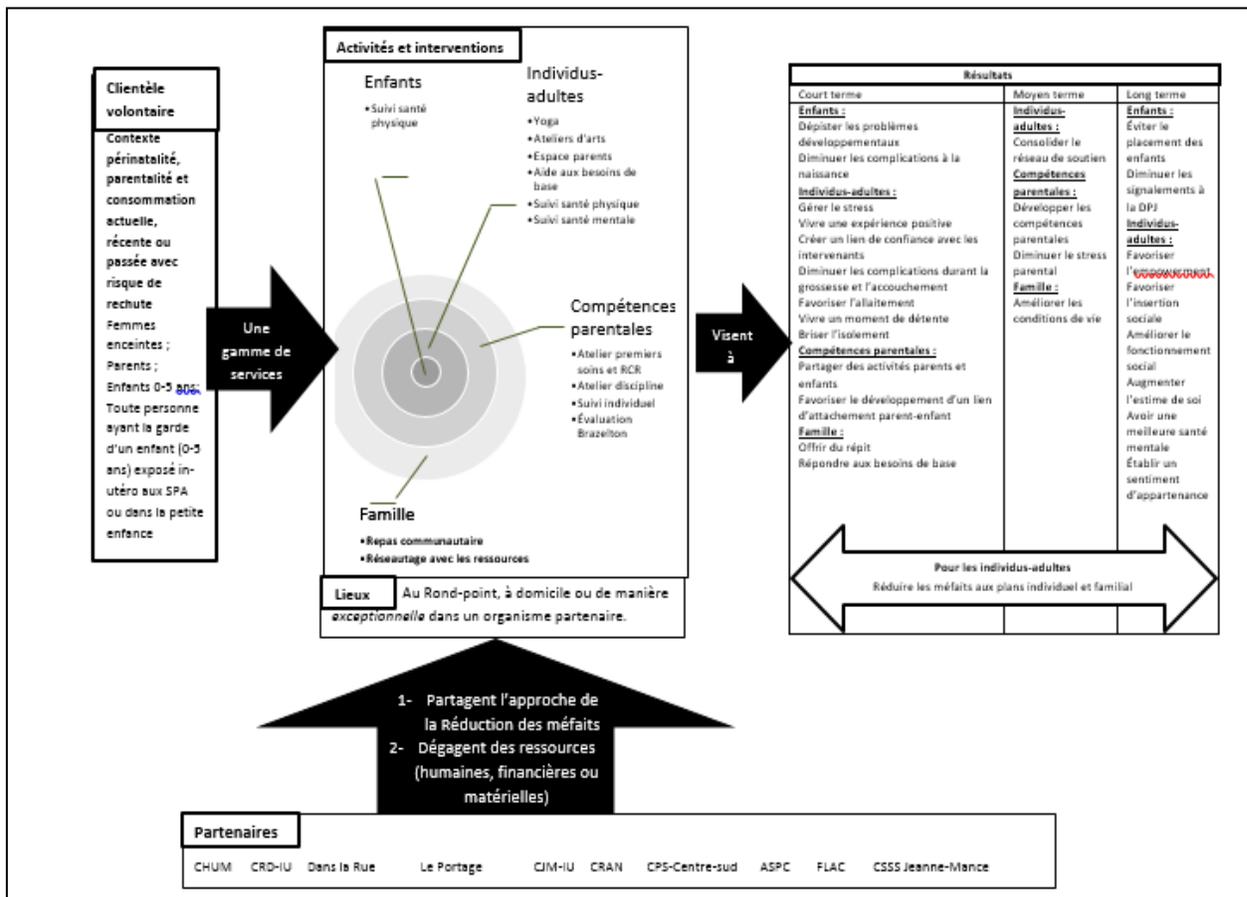


Figure 1. Modèle logique du *Rond-point*

Objectif de recherche

L'objectif de la recherche est de documenter, de manière systématique et détaillée, l'expérience des premières familles à bénéficier des services du *Rond-point*. Plus précisément, elle vise à décrire la prestation des services du *Rond-point* selon le point de vue des familles et de leurs intervenants et de documenter leur appréciation de l'implantation du Centre.

La recherche repose sur une approche qualitative de type étude de cas, où chaque famille qui fréquente le *Rond-point* constitue un cas. Cette approche méthodologique est pertinente dans les études évaluatives; elle permet de documenter et analyser l'implantation du programme mis en place selon plusieurs sources (Patton, 2001; Yin & Ridde, 2012). Dans la présente recherche, l'approche permet de bien saisir l'expérience vécue par les principaux acteurs en lien avec la prestation de services (Boeije, 2010), puisque chaque cas contribue à décrire et expliquer l'implantation du Centre. Selon Yin et Ridde (2012, p. 182), « une étude de cas effectuée durant la première année de la mise en œuvre peut fournir des informations qui seront utiles pour une éventuelle rétroaction ».

Méthode

Échantillon

Caractéristiques de l'échantillon. L'échantillon se compose de neuf cas familiaux. Pour ces situations à l'étude, neuf usagères, un conjoint et six intervenants constituent les répondants. Au moment de la première collecte de données, l'âge moyen des usagères est de 31 ans (entre 30 et 34 ans). Elles sont toutes nées au Canada. Deux d'entre elles ont l'anglais comme langue maternelle, bien qu'elles comprennent bien le français. Toutes ces usagères adhèrent à un programme de substitution aux opiacés (PSO) (par exemple, méthadone,

suboxone). Six usagères ont déjà un ou deux enfants, tandis que trois d'entre elles sont enceintes. Trois mères vivent avec le père de l'enfant, les six autres sont monoparentales. Elles sont toutes des mères au foyer. Quatre familles résident dans un appartement supervisé pour des personnes qui suivent un PSO. Quant aux intervenants, ils proviennent des organisations communautaires ou publiques en santé et services sociaux impliqués au Centre. Le profil de ces répondants n'est pas présenté de façon plus détaillée afin d'éviter qu'ils soient identifiables. Aussi, afin de contribuer à leur anonymat, le terme « intervenant » est utilisé pour désigner toutes les personnes qui, dans le cadre de leur fonction, interviennent auprès des familles.

Échantillonnage et recrutement des participants. En recherche qualitative, l'échantillon se constitue en fonction de certains critères (Deslauriers & Kérisit, 1997; Ouellet & Saint-Jacques, 2000). Pour cette recherche, il est composé de familles qui reçoivent des services du Centre et un de leurs intervenants. Les critères d'inclusion sont que l'usagère doit : (a) recevoir des services du *Rond-point*; (b) être un parent (en devenir ou actuel) biologique, adoptif ou tuteur ou être le conjoint ou la conjointe de celui-ci et; (c) avoir le français comme langue d'usage. Le seul critère d'exclusion concerne l'usagère qui prend soin d'un enfant placé en vertu de la Loi de la protection de la jeunesse ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, tels que les parents d'accueil et les personnes significatives à qui l'enfant est confié.

Les étapes du recrutement sont les suivantes. Une rencontre avec les intervenants du *Rond-point* a initialement eu lieu en novembre 2014 pour leur présenter la recherche et la procédure de recrutement. Par la suite, ces intervenants devaient faire une première approche avec les usagères en leur expliquant la recherche et en quoi leur opinion servira à l'amélioration des services du Centre. L'usagère intéressée remplissait, avec l'intervenant, un formulaire

d'enregistrement à la recherche avec ses coordonnées pour la rejoindre. Celui-ci était transmis par courriel à l'équipe de recherche. La chercheuse contactait ensuite l'usagère par téléphone pour lui expliquer la recherche et planifier une rencontre si elle acceptait de participer. Quand l'usagère n'avait pas de téléphone, l'intervenant planifiait une rencontre entre la chercheuse et celle-ci. Le recrutement des conjoints et des intervenants se réalisait après la première rencontre avec l'usagère. L'usagère devait donner son autorisation, transmettre les coordonnées du conjoint et indiquer les intervenants impliqués auprès d'eux. Pour constituer l'échantillon des intervenants, le recours à la stratégie dite « boule de neige » a été combinée à celle par quota (Ouellet & Saint-Jacques, 2000). Afin d'assurer une diversité d'expériences, ils étaient sélectionnés en fonction de leur milieu de pratique parmi ceux identifiés par les usagères. Le recrutement des usagères s'est déroulé sur une période de six mois, soit de janvier à juin 2015, tandis que celui des conjoints et des intervenants s'est déroulé sur cinq mois, soit d'août 2015 à janvier 2016. Un dédommagement était offert aux usagères de 20 \$ à la première rencontre et de 25 \$ à la deuxième rencontre, tandis que leurs conjoints recevaient 20 \$.

Considérations éthiques. Deux Comités d'éthique à la recherche (CÉR) ont autorisé la réalisation du présent projet de recherche, soit le CÉR : 1) du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU), dans le cadre d'un mécanisme multicentrique, et 2) de la Faculté des Arts et des Sciences de l'Université de Montréal. Bien qu'un dédommagement soit offert aux familles participantes à la recherche, le seul avantage à leur participation consiste à contribuer à l'amélioration de l'aide offerte à la clientèle de parents consommateurs. Les risques liés à la participation à la recherche sont minimes. En effet, tous les participants sont libres; ils peuvent refuser de répondre à des questions ou mettre fin à leur participation sans préjudice. Un formulaire d'information et de consentement est lu, expliqué et signé dès le premier contact.

Une copie signée leur est remise. L'objectif de la recherche, le déroulement de l'entrevue et la confidentialité sont rappelés avant de commencer l'entretien.

Afin de respecter la confidentialité des propos des répondants et de préserver leur anonymat en considérant que le Centre est un petit milieu, les citations sont entièrement anonymisées. Cependant, un effort de diversification est fait, en variant les sources au moment de citer des extraits d'entrevue.

Collecte des données

En conformité avec l'approche méthodologique d'étude de cas, différents répondants (usagère, conjoint, intervenant), modes de collecte de données (entrevues, fiche de renseignements sociodémographiques) et de temps de mesure pour les entrevues (temps 1 et 2) ont été utilisés. Il est à noter que pour deux familles, le deuxième temps d'entrevue individuelle n'a pas eu lieu malgré les efforts pour les rejoindre.

Fiche de renseignements sociodémographiques. Cette fiche est complétée par les usagères et le conjoint, lors de leur première rencontre. Parmi les informations demandées, on retrouve : l'âge, le genre, le nombre d'enfants et leur âge, le niveau de scolarité, l'occupation, le revenu familial et le portrait de consommation.

Entrevues individuelles. Au total, 25 entrevues individuelles semi-dirigées ont été réalisées auprès des différents répondants. Plus spécifiquement au temps 1, neuf mères ont été rencontrées, tandis qu'au temps 2, ce sont sept mères, six intervenants et un conjoint qui l'ont été. Les entrevues ont eu lieu au *Rond-point*, au domicile des usagères ou sur le lieu de travail des intervenants. Une grille d'entrevue a été élaborée pour chaque type de répondants afin de s'assurer que les mêmes thèmes étaient abordés, ce qui assure une fiabilité dans la collecte des données (Boeije, 2010). Les entrevues ont été enregistrées puis retranscrites.

Usagères et conjoint. Une première rencontre avec chacune des mères, d'une durée d'environ quarante-cinq minutes, a eu lieu entre mars et juin 2015. Les thèmes abordés étaient liés à : 1) perception du risque de la consommation pendant la grossesse; 2) historique des services d'aide antérieurs; 3) expérience comme usagère du *Rond-point*; 4) attentes par rapport au *Rond-point* et changements souhaités et; 5) appréciation des services. Parmi les questions, on retrouve : Parlez-moi de ce qui vous a amené à recevoir des services du *Rond-point* ? Quelle est votre appréciation de ces services et des activités ? Quels sont les changements souhaités ? Parlez-moi de ce que vous aimez le plus et ce que vous aimez le moins du *Rond-point* ?

Sept mères ont réalisé une deuxième entrevue de la même durée entre août et septembre 2015. L'écart entre les deux entrevues variait entre deux et six mois. Les thèmes abordés portaient sur : 1) perception des liens entre leur consommation et la parentalité; 2) l'évolution de leur expérience du *Rond-point*; 3) les changements perçus depuis la première rencontre ainsi que; 4) appréciation du Centre. Ces questions étaient, par exemple : Parlez-moi du lien entre votre consommation et votre rôle de parent, Vous m'aviez dit vouloir changer certains aspects de votre vie (rappeler les changements souhaités), parlez-moi d'où vous en êtes par rapport à ces changements souhaités, Si vous aviez une baguette magique, que feriez-vous pour améliorer le *Rond-point* ? Que feriez-vous disparaître/apparaître ?

Un seul conjoint a accepté de participer à la recherche. Une rencontre de quarante-cinq minutes a eu lieu en août 2015. Considérant que ce père était à la fois conjoint et usager du *Rond-point*, la grille d'entrevue a été conçue afin de recueillir de l'information tant sur sa propre expérience dans la prestation des services du Centre que celle de sa conjointe. Ainsi, les thèmes couverts pendant l'entrevue sont les mêmes que ceux des usagères ainsi que sa perception de

l'expérience vécue par sa conjointe. Par exemple, une des questions était : Quels sont les changements que vous percevez chez votre conjointe depuis qu'elle fréquente le *Rond-point* ?

Intervenants. Les entrevues avec les intervenants ont duré entre 45 minutes et une heure trente. Les thèmes portaient sur l'expérience précise d'une famille, dont la description de la famille, leur perception de l'expérience de la famille au Centre et les changements perçus. En outre, des questions comme celles-ci étaient posées : Parlez-moi de cette famille, Qu'est-ce qui a amené la famille à recevoir des services du *Rond-point* ? Parlez-moi de vos impressions cliniques pour cette famille, Quel est son potentiel de changement ?

Traitement et analyse des données

Le corpus de données a été classé par cas familiaux à l'aide du logiciel NVivo 11. Ce logiciel facilite l'organisation des contenus, et ce, de manière structurée. Une analyse thématique de contenu a été réalisée. Pour chaque situation familiale, une synthèse des données provenant des diverses sources et temps de mesure a été constituée en fonction des catégories émergentes ainsi que des objectifs de la recherche. Les convergences et divergences entre les sources au sujet de l'expérience de la famille étaient notées. Cela a constitué l'analyse verticale ou intracas. Quant à l'analyse horizontale ou intercas, les neuf situations familiales ont été comparées entre elles, afin d'identifier les divergences et convergences entre les expériences vécues par ces familles ayant fréquenté le projet *Rond-point*. Une procédure de validation entre pairs a été effectuée afin d'augmenter la validité et diminuer les biais d'interprétation (Boeije, 2010). Ainsi, à des moments clés, une deuxième analyste a réagi aux catégories émergentes afin de s'assurer que le traitement du matériel respecte les règles d'exclusivité et d'exhaustivité. Les désaccords entre les analystes ont été réglés par consensus.

Résultats

En explorant les neuf situations familiales, on constate quelques similarités entre elles telles que la consommation en contexte de parentalité, les activités vécues par les participantes et leurs appréciations à l'égard du *Rond-point*. Néanmoins, les situations familiales se distinguent quant à la nature de leur expérience au Centre et aux effets perçus, ce qui nous a amenés à identifier une typologie composée des diverses expériences. Dans un premier temps, des constats généraux partagés de toutes les familles, sans considérer leurs différences, seront présentés. Dans un deuxième temps, l'expérience des familles et les effets qu'elles perçoivent du *Rond-point* sont détaillés en trois profils.

Constats généraux

Toutes les familles adhèrent à un programme de soutien aux opiacés et ont un historique de services antérieurs de services psychosociaux liés à la problématique de dépendance aux SPA. Elles connaissent bien les risques d'une consommation sur le développement du bébé, comme l'illustre le prochain extrait :

Je le sais pour l'alcool, tu sais il peut être né plus petit, avant le temps, puis être [prématuré]. Même peut-être aussi pour les drogues aussi j'imagine que c'est la même chose, le sevrage, tu sais comme peut-être le fœtus peut mourir. (F7)³.

Ces connaissances n'ont cependant pas nécessairement amené une diminution ou un arrêt de consommation pendant la grossesse. Selon son portrait autorapporté, une mère rapporte avoir

³ Les propos rapportés par les familles (usagères et conjoint) sont indiqués par un F tandis que ceux rapportés par les intervenants sont indiqués par un I.

une consommation excessive d'alcool et de drogues, et ce, même enceinte. Depuis qu'elle est enceinte, elle consomme plusieurs boissons alcoolisées par jour et une demi-dose d'une substance illicite, un stimulant du système nerveux central. Néanmoins, elle sait qu'elle devrait modifier sa consommation : « c'est juste que c'est tranquillement qu'il faut que je change moi-même mes habitudes de vie » (F8). D'autres ont cependant modifié leurs habitudes de consommation dès qu'elles ont su qu'elles étaient enceintes ou au fil des semaines de grossesse, tel qu'illustre cet exemple :

Quand j'ai vraiment su que j'étais enceinte, là j'ai tout arrêté, j'ai lâché [...] c'est sûr que ça l'a été dur, mais je l'ai fait pareil. Puis peu importe les *cravings* que j'avais, j'aurais pas été consommer. (F1)

Au regard de l'exercice de leur parentalité, toutes ces familles nomment les besoins d'un enfant, dont la stabilité, la routine, l'amour et l'affection, la sécurité, la nourriture et le logement. Certaines familles mentionnent qu'au fil du temps, elles apprennent à reconnaître les besoins spécifiques de leur enfant :

Tu connais comme un peu plus ses pleurs quand il est fatigué, quand ses dents font mal, quand il a mal quelque part, c'est comme des pleurs différents, tu sais. Fait que c'est comme différent maintenant qu'avant. (F7)

Les défis de ces familles en lien avec la parentalité en contexte de consommation concernent principalement les compétences parentales, comme la patience et l'encadrement des enfants ainsi que la gestion de leur consommation, dont témoignent ces extraits :

C'est beaucoup de pression, *first* [...] C'est pas une mince décision. Maintenant que je le suis, je le sais. Être parent c'est le *fun*. Être parent c'est dans le fond, c'est de donner les meilleures valeurs qu'on peut à notre enfant pour qu'il devienne une bonne personne [...] Mes défis comme parent? [...] être constante dans mes routines, de dire non c'est non, puis oui c'est oui (F3).

C'est quand même un défi de rester abstinente tout le temps. Mais c'est plus comme une motivation je trouve... (F9).

En ce qui concerne les conseils aux intervenants qui pratiquent en contexte de consommation parentale, les familles évoquent sensiblement les mêmes aspects soient la

patience, l'écoute et le non-jugement. L'extrait suivant résume bien les propos des familles à cet égard :

D'être patients, d'être compréhensifs. On n'est pas toutes pareilles. Tu sais, on a toutes nos bagages, on a toutes nos passés, on a toutes nos vécus [...] Il faut *dealer* avec tous les individus différemment je crois, [...] de garder comme contact régulièrement (F7).

Par rapport aux services reçus du *Rond-point*, toutes les familles participent aux mêmes services comme le dîner, les ateliers ponctuels, les activités d'art et de yoga, l'Espace-parents et le suivi de grossesse. Cette famille nous explique une journée typique où elle vient au Centre :

Le mercredi je viens au dîner. Puis l'après-midi je viens à l'activité quand c'est une activité d'informations. Quand c'est de l'art ou quelque chose, je ne viens pas. Mais quand c'est vraiment à titre d'information, comme quand l'infirmière donne un cours de premiers soins ou... ça je viens. (F9)

Les familles apprécient le *Rond-point* puisqu'elles se sentent acceptées telles qu'elles sont, elles se sentent écoutées et elles brisent leur isolement dans un lieu non jugeant : « tu as le droit de parler de n'importe quoi. Si tu veux parler de consommation, parler de n'importe quoi. Tu sais les autres places... Je ne sais pas, c'est plus surveillé, j'imagine. » (F4)

Pour certaines, une telle approche évite la stigmatisation liée à la consommation en contexte de parentalité, puisque les autres familles qui fréquentent le Centre sont aux prises avec la même problématique qu'eux. Une famille partage son expérience :

Avant ça, j'ai déjà essayé de faire des ateliers normaux avec mon fils, genre de massage puis des trucs de même, puis à chaque fois je ne me sentais pas à ma place. Avec les gens, j'avais un gros inconfort. Tandis que là, je me sens à ma place. (F3)

Néanmoins, plusieurs familles évoquent le manque d'intensité des services et l'aspect peu structuré des activités offertes comme des dimensions moins appréciées du *Rond-point*, comme l'illustre cet extrait : « Qu'est-ce que je ferais ? Je mettrais plus peut-être des activités comme plus organisées [...] avec un but genre [...] C'est pas juste comme *free for all* tu sais. » (F5)

Enfin, des familles s'interrogent sur les critères d'admission du Centre. Une première réflexion est liée à la non-admissibilité des parents d'enfants âgés de plus de cinq ans, l'extrait suivant l'illustre :

Le 0-5 ans, je trouve que c'est trop restreint. [J'irais] jusqu'à au moins 12 ans [...] Je sais que l'enfant, rendu à partir d'un tel âge, il est à l'école. Il ne viendra pas ici au *Rond-point*, parce qu'il va être à l'école. À part pendant l'été. Mais le parent lui, il aurait accès à venir ici. [...] C'est pas parce qu'il a un enfant de dix, de huit, de douze ans que sa consommation ce n'est pas une difficulté dans sa vie. Puis même au contraire, je pense que des fois ça peut être encore pire, parce que ton enfant il a conscience de ça. (F2)

Une toute autre réflexion est amenée afin d'inclure une clientèle plus large de parents en besoins.

L'exemple suivant l'explique :

Je sais que les critères c'est comme qu'il faut que tu sois, comme tu as la consommation dans ta vie, je pense pour être éligible à aller au *Rond-point*. Mais je trouve comme c'est trop... En même temps, c'est bien, mais [dans un] autre sens, c'est comme tu vas là puis tu rencontres juste comme des consommateurs ou des anciens consommateurs [...] fait que je changerais comme les critères, comme pour avoir pas tous les parents, mais les parents avec de la difficulté. (F7)

Effets perçus et la nature de l'expérience des familles

À part ces impressions partagées au sujet du *Rond-point*, les familles se distinguent selon la nature de leur participation au Centre et les effets perçus. Les neuf situations familiales ont été regroupées en trois profils en fonction de leur expérience : les familles pour qui le *Rond-point* amène des transformations, d'autres pour qui le Centre est porteur, mais qui pourraient bénéficier des services offerts par d'autres organisations et, enfin, des familles qui n'adhèrent pas à la prestation de services, donc un Centre qui ne convient pas à ce type de familles.

Un Centre qui amène des transformations. D'abord, pour trois familles, l'expérience semble significative, c'est-à-dire que les interventions du Centre apportent une mobilisation, un changement bénéfique, bien qu'une d'entre elles se montre plus méfiante. Ces familles expriment de la reconnaissance envers les services reçus. D'ailleurs, un intervenant a confié qu'une des mères se sentait « très confortable, elle était bien là, c'était chez elle » (I4).

Ces familles apprécient le Centre, puisque c'est un lieu où sont réunis les différents services. Elles s'y sentent en sécurité pour amener leur enfant et se confier, notamment au sujet de leur consommation. L'extrait suivant témoigne de ces faits :

Tous les services en un seul lieu, elle n'a pas besoin de s'éparpiller. Pas besoin de raconter son histoire à chaque fois [...] avoir un lieu où elle ne se sentait pas jugée. [...] Un endroit où elle pouvait être elle-même comme maman, mais avec tout son passé, où elle pouvait le dire librement [son désir de consommation], ouvertement et tout ça. Donc je pense que pour ça, ça a été une belle occasion *Rond-point*. (I5)

Quant à leur portrait autorapporté de la consommation, ces trois familles vivent des périodes de rechute :

Avant ça allait très bien avec ça. J'avais été 18 mois sans consommer [...] Je n'avais pas d'énergie, puis j'ai consommé [...] Je n'avais pas d'aide de personne [...] Ce n'est pas une excuse là, mais il y a eu un épisode de trois semaines que j'ai consommé... (F9)

Ces rechutes sont parfois connues des intervenants comme dans l'extrait suivant :

Elle a eu quelques rechutes d'opiacées pendant sa grossesse, mais elle disait que c'était toujours en lien avec se réveiller en sevrage, qu'elle métabolisait rapidement sa méthadone, [...] des fois fallait qu'elle consomme pour être confortable. (I9)

Dans ce profil, les intervenants croient au potentiel de changement de leurs clients, tant en ce qui concerne une consommation plus responsable que l'insertion sociale de ces familles, comme témoigne l'extrait suivant :

C'est quelqu'un côté mettons réinsertion sociale, elle a un très grand potentiel. [...] Elle veut retourner aux études, puis je la crois, je sais qu'elle va réussir. C'est plus le *timing*, j'aimerais qu'elle travaille plus sur elle avant de faire cette démarche-là. Mais elle a un bon potentiel de changement. (I9)

Aussi, dans une des situations familiales, les narrations de la mère et de l'intervenant convergent. La mère explique qu'elle se sent davantage prête à remplir son rôle parental : « vu que j'ai attendu assez longtemps avant d'en avoir un autre, je pense que je suis plus prête... » (F5). L'intervenant témoigne de la même transformation, dont le fait que la mère prend confiance dans son rôle de parent :

C'est la [deuxième] grossesse qui a été porteuse d'une plus grande ouverture. [...] C'est une maman avec énormément de potentiel. Avec une estime de soi très, très, très fragile, mais je

pense que par le bébé, par le positif qu'elle pouvait recueillir et les compliments qu'on pouvait lui faire parce qu'elle s'[en] occupait bien [...] qu'on allait construire une certaine identité, puis une meilleure estime d'elle-même... (I5)

Toutes ces familles ont amorcé des changements entre les deux rencontres de recherche.

Par exemple, des démarches ont été faites pour planifier un déménagement, un retour aux études et pour améliorer les relations avec leur propre famille. Pour la famille qui planifiait son déménagement, ce fut une priorité perçue comme un soutien en vue de cesser la consommation : « Je vais me rapprocher de [ma famille], fait que je pense arrêter complètement là [de consommer], ça va être plus facile. » (F4)

D'autres changements sont à prévoir. Ces familles envisagent notamment l'abstinence, un retour aux études et une intégration sur le marché du travail. Elles souhaitent toutes un bel avenir avec leur enfant.

Quant à la famille qui démontre plus de méfiance, l'intervenant décrit le comportement de la mère : « elle était très fermée. Tu sais ça allait toujours bien, c'était très superficiel je dirais pour la majorité de la grossesse, notre relation. » (I9)

Il rajoute des éléments pour appuyer les réticences de la mère envers le *Rond-point* :

Elle avait vraiment une résistance à aller vers les services [...] qui étaient autour de la dépendance. Elle savait que c'était pour les personnes tu sais qui avaient soit une consommation active ou passée, puis ça, ça ne l'intéressait pas. Mais elle allait vraiment elle, elle allait à son CLSC de quartier. (I9)

Toutefois, on comprend qu'à force de fréquenter le Centre, cette famille diminue ses résistances à l'égard des services.

En bref, ces familles se caractérisent par le fait qu'elles apprécient le *Rond-point*, qu'elles sont reconnaissantes des services, qu'elles présentent un potentiel de changement et que leur consommation, bien qu'elle ne soit pas active, est teintée de périodes de rechutes.

Un Centre porteur, mais pas irremplaçable. Pour d'autres, bien que l'expérience soit significative, le *Rond-point* apparaît comme un simple plus pour ces familles, même si celles-ci pourraient amplement tirer parti des services psychosociaux courants. Voici un aperçu de l'expérience de ces trois familles. D'abord, ces familles sont décrites par les intervenants comme des familles plus stables que les autres familles au *Rond-point* : elles vivent dans une situation moins précaire quant à leurs conditions de vie, elles sont mobilisées dans leur recherche d'aide, elles présentent un fort potentiel de changement et elles peuvent tabler sur des forces comme la scolarisation. L'extrait suivant illustre le continuum de vulnérabilité où se situe une des familles :

La venue de l'enfant ça a été comme un vecteur, une motivation à diminuer la consommation. [...] Il n'y a plus vraiment de consommation active actuellement. Je pense qu'ils sont relativement stables dans le fond. [...] Déjà au niveau de la précarité qui était beaucoup moins, tu sais que d'autres familles qu'on peut voir là. (I1)

Les citations suivantes illustrent le potentiel de changement perçu par les intervenants :

On est devant un couple qui avait quand même beaucoup de potentiel. [...] Il n'y a jamais eu de bris de fonctionnement au niveau des relations familiales, contrairement à beaucoup d'autres familles. Tu sais c'est des gens qui n'ont jamais vécu dans la rue, qui ont toujours eu un appartement. Qui ne s'est jamais drogué dans des *piqueries* ou dans des *cracks houses*. [...] Un mode de vie qui était un peu plus stable, un peu plus sain, qui amène une meilleure capacité au changement. (I2)

Selon le portrait autorapporté de ces familles, leur consommation a nettement diminué pendant la grossesse et dans les premières années de vie de l'enfant, comme témoigne cet extrait :

Ça a juste fait que ma consommation a diminué drastiquement. [...] Je consommais avant d'avoir un enfant, puis quand qu'on a su qu'on allait avoir un enfant, veux, veux pas, ce n'est pas le milieu que je souhaite pour mon enfant. (F2)

Bien que la consommation reste présente, elle devient modérée, voire planifiée, comme ces exemples l'illustrent :

Je ne consomme plus. [...] Je vais peut-être boire là, mais je bois quasiment plus. Je trouvais que ça me fatiguait plus, puis j'ai besoin de toute mon énergie. Ça [ne] me tente pas de recommencer. (F1)

J'ai plus vu comme qu'est-ce que je veux que ma consommation soit maintenant [...] J'ai comme fait un budget une à deux fois par mois maximum, là. Puis à date comme j'essaie de respecter ça. Fait que d'après moi ça l'a descendu. (F7)

Ces familles considèrent que leur consommation, qu'elles disent « responsable », n'affecte pas leur rôle parental comme dans cet extrait : « Je suis capable d'être une mère même si je consomme » (F7).

Toutefois, certaines familles ne sont pas prêtes à viser l'abstinence dans leur consommation de drogues illicites : « je n'ai pas encore passé le stade de ne pas être capable [de m'en procurer]. J'ai encore besoin de savoir que si je dois m'en trouver, j'ai un numéro pour le faire » (F2).

Les familles de ce profil n'avaient pas de motif de demande d'aide précis les amenant à fréquenter le Centre, comme l'explique ce parent :

Je n'avais pas vraiment de demande d'aide. C'est plus que je *fitais* dans les critères d'admission. Puis c'est ça, ils m'ont dit tu peux signer les papiers, mais tu es libre de refuser à tout moment, de venir voir, puis de dire ça ne fait pas ton affaire (F1).

Toutes les sources indiquent que, pour ces trois familles, le fait de devenir parent les a mobilisés pour apporter des changements dans différentes sphères de leur vie. Voici un extrait qui appuie ce propos :

Depuis que je suis devenue mère, j'ai beaucoup [...] changé pour le bien, mais c'est quand même beaucoup de changements [...] La personne que je suis maintenant, je me regarde, c'est comme jour et nuit [...] C'est devenu comme ça, comme vraiment direct, instantanément comme quand j'ai su que j'étais enceinte (F7).

Sinon, peu de changements sont observés entre les deux rencontres, outre le fait qu'une des familles a déménagé comme elle le souhaitait. En outre, le retour aux études pour les mères de ces familles est différé jusqu'à l'entrée de l'enfant en garderie. Toutes ces familles aspirent à une maison, à une vocation professionnelle ainsi qu'à des loisirs comme témoigne la citation suivante :

J'aimerais ça être dans une maison, une place comme que je peux appeler *maison* [...] J'aimerais ça avoir une belle carrière, comme pas stressée par rapport à l'argent. Être

contente dans la vie. J'aimerais ça que mon [enfant] il ait qu'est-ce qu'il a besoin. [...] J'aimerais ça être capable de faire des voyages... (F7).

Les familles de ce profil sont impliquées dans les soins auprès de leur enfant. Elles sont aussi engagées activement dans les activités du *Rond-point*. Toutefois, une des mères explique qu'elle s'engage moins au *Rond-point*, car l'intensité de la relation thérapeutique la met parfois mal à l'aise. Elle dit : « je me sens mal quand je dis non [pour participer à une activité] » (F7). Tandis que l'intervenant, de son côté, a parfois l'impression que cette usagère ne lui « dit pas tout, puis c'est correct » (I7). Un des intervenants explique comment le Centre offre un coup de pouce à ces familles :

Je me demande si justement le fait d'avoir comme le cadre du *Rond-point*, si ce n'est pas un facteur qui aide dans *l'empowerment*. [...] Peut-être qu'il y a quand même des choses qui facilitent l'accès aux soins. [...] Je pense qu'elle s'en serait bien tirée dans un réseau plus traditionnel, [mais] je me demande si ce n'est peut-être pas un facilitateur [...] en donnant accès peut-être plus facilement aux intervenants (I1).

En résumé, ces trois familles sont moins en situation de vulnérabilité que les autres, leur consommation est plus organisée et réfléchie, elles n'avaient pas de motif précis de consultation bien qu'elles respectent les critères d'admission et elles sont impliquées activement au Centre et auprès de leur enfant.

Un Centre qui ne convient pas. Enfin, certaines familles ne vivent pas une expérience significative au *Rond-point*. Trois d'entre elles n'adhèrent pas à l'offre de services du Centre. Ces familles vivent dans un environnement de précarité sociale et elles ont un faible réseau social et familial. La prostitution et l'itinérance sont des problématiques communes à ces familles, soit dans leur vie passée ou actuelle. D'ailleurs, elles ont exprimé qu'elles auraient aimé plus de soutien pour la recherche de logement de la part du *Rond-point*. Une d'entre elles va même jusqu'à dire : « Ça prendrait des spécialistes encore plus. Plus spécialisés [...] surtout pour loger les femmes. Le logement. On a énormément de problèmes de logement » (F6).

Les différentes sources indiquent que ces familles présentent un historique de services antérieurs en psychiatrie, ou des symptômes associés à un trouble de santé mentale. Un exemple de ces propos : « Elle a le trouble de personnalité limite, puis ça il n’y a aucun doute là. Avec des traits narcissiques. [...] Je ne pense pas qu’elle a un vrai diagnostic » (I6).

La consommation est très présente pour ces familles, même durant la grossesse. Certaines ont notamment indiqué dans l’autoportrait avoir consommé de manière excessive durant cette période. Une d’entre elles précise qu’elle « était dans la grosse consommation » (F6).

D’ailleurs, un des intervenants mentionne au sujet d’une de ces mères qu’elle devra, selon lui, suivre un PSO le reste de sa vie : « Il y a trop de fragilités qui augmentent à partir du moment où elle veut faire un sevrage pour diminuer » (I3).

Ces familles n’ont pas de motif d’aide précis, outre le fait que leur principal intervenant réalise leur rencontre de suivi sur les lieux du Centre. À ce sujet, un intervenant confie ceci :

Bien platement là, je te dirais que je pense que c’est parce que je suis au *Rond-point*. Si je serais [à mon bureau], elle serait [là et] je ne pense pas qu’elle viendrait au *Rond-point* » (I3).

Malgré tout, il arrive à ces familles de participer aux autres activités, comme le yoga, le diner et parfois au « bricolage » (F6).

Ces familles ne fréquentent pas le Centre de manière assidue, certaines n’y viennent même plus. Différentes raisons pourraient expliquer cette baisse de fréquentation. D’abord, l’étiquette du « parent consommateur » pourrait déplaire à certains parents, comme illustre l’extrait suivant :

En ce moment [elle] est en réaction. J’ai l’impression qu’elle évite le *Rond-point*. Parce qu’elle essaie beaucoup de se définir en tant que mère normale [...], non consommatrice, qui n’a pas besoin de services précis pour ça, qui n’a pas besoin qu’il y ait 15 intervenants

autour d'elle. Elle a besoin d'un pédiatre comme toutes les mamans qui ont des bébés, puis c'est tout. (I6)

Le Centre peut aussi être confrontant par rapport à la réalité vécue par les familles. Une mère raconte ce choc de réalité :

J'avais laissé tomber pendant un bout de temps à cause que ça me faisait mal [...] à cause je voyais le monde qui était heureux. [...] À cause que je consommais beaucoup [...] j'habite dehors, puis eux autres ont leur appartement, puis ils ont leur petit bébé. (F8)

De plus, une des mères remet en question la localisation du *Rond-point*, puisqu'il est dans le même secteur que la consommation, l'itinérance et la prostitution. Elle partage ainsi son opinion :

Ce que je trouve déplorable, c'est que tous les services d'aide au Centre-Ville sont tous dans [...] dans le secteur où est-ce que le monde ont vraiment besoin d'aide oui là, mais tu sais l'idée d'élever mon enfant au coin Fullum et Ontario, ce n'est pas l'endroit vraiment rêvé. [...] J'ai passé ma vie à me prostituer là. (F6)

Enfin, une autre raison pourrait être reliée aux relations interpersonnelles conflictuelles entre certaines familles, comme dans cet exemple : « J'ai eu un accrochage avec des gens, puis ça m'a comme écoeurée. Je n'avais pas le goût d'être avec ces gens-là. Ça fait que j'ai arrêté de venir au *Rond-point* » (F3).

Selon les répondants, les familles de ce profil ont vécu peu de changements attribuables au *Rond-point*. Ces éventuels changements, non observables à court terme, devront être réévalués à plus long terme, comme le mentionne un intervenant : « Son potentiel par rapport à ça, j'ai peur qu'il soit limité ou en tout cas c'est plus sur un long terme, parce qu'elle ne le reconnaît pas » (I6).

D'ailleurs, le potentiel de changement de ces trois familles serait limité, comme en témoigne cet extrait :

C'est sûr qu'on est devant une femme extrêmement carencée, qui a un trouble de personnalité sévère et qui va rester toute sa vie dépendante aux substances. Qui a quand même un potentiel d'apprentissages qui est là. Qui a besoin d'être épaulée. [...] Je pense

que c'est une fille qui est capable d'aller un petit peu plus loin dans le prendre soin d'elle-même. Au niveau de la prise de responsabilités là, plus société civile là, il y a du chemin à faire là aussi. Il n'y a comme pas d'autonomie. (I3)

En somme, pour l'expérience de ces trois familles qui n'adhèrent pas au Centre, on peut penser que l'offre de services du *Rond-point* ne leur convient pas pour diverses raisons, dont la présence d'une consommation plus importante et moins contrôlée que chez les autres familles, des symptômes de maladie mentale, de la précarité sociale et un potentiel de changement limité.

Discussion

Les résultats de la présente recherche ont permis de documenter l'expérience de neuf familles qui fréquentent le *Rond-point*. Trois profils ont émergé, soit les familles pour qui le Centre amène des transformations, d'autres pour qui le Centre est porteur, mais pas irremplaçable et enfin d'autres à qui le Centre ne convient pas. L'appréciation de ces usagers à l'égard de la prestation de services a été décrite. De manière générale, les familles aiment le Centre, car elles s'y sentent à l'aise et non jugées. Elles souhaitent par contre que la prestation de services soit intensifiée et que les interventions soient organisées et structurées. Ces familles ont principalement des besoins de soutien en lien avec leurs compétences parentales ainsi qu'avec la gestion de leur consommation.

La documentation indique que les mères sous PSO constituent une clientèle vulnérable, ayant des besoins complexes et diversifiés. Comme certaines des situations familiales de la présente recherche, une comorbidité avec des troubles de santé mentale n'est pas rare ni le fait que cette clientèle est davantage susceptible d'être dans des conditions socio-économiques plus faibles. Par ailleurs, une étude, effectuée auprès des femmes enceintes sous méthadone, a révélé qu'un taux plus élevé dans la dose quotidienne diminue le recours parallèle à des opiacés illicites (Davie-Gray, Moor, Spencer, & Woodward, 2013). Ceci souligne l'importance d'un suivi

médical auprès des futures mères, surtout lorsqu'elles n'ont pas modifié leur consommation en début de grossesse. Aussi, les résultats de l'étude de Davie-Gray et ses collègues (2013) réitèrent l'importance pour les professionnels de soutenir les changements chez les futures et nouvelles mères sous PSO.

Conséquemment, la majorité des auteurs dans le domaine s'entendent sur le fait qu'une prestation de services diversifiée, multidimensionnelle, multidisciplinaire et en partenariat avec les organismes de la communauté, non seulement pendant la grossesse, mais également pendant la transition vers la parentalité, est nécessaire, voire efficace pour cette clientèle (Davie-Gray et al., 2013; Lavergne et al., 2015; Niccols et al., 2012). Ces types de services intégrés ont démontré des effets non seulement chez les mères consommatrices et leurs partenaires, mais aussi sur le développement des enfants, tant à court qu'à long terme (Niccols et al., 2012; Ordean & Kahan, 2011). Une approche compréhensive de la réalité de ces familles, comme la réduction des méfaits, permet d'augmenter le niveau d'engagement des familles. Aussi, de manière cohérente aux propos des familles rencontrées, cette approche encourage la communication et l'échange, de manière plus transparente et ouverte, en ce qui concerne la consommation de SPA (Wright, Schuetter, Fombonne, Stephenson, & Haning, 2012).

La problématique de l'itinérance est multidimensionnelle et complexe, d'autant plus qu'elle s'ajoute pour ces mères à celle de la consommation. La réalité des mères consommatrices et itinérantes fait d'elles une clientèle encore plus méfiante et réticente à l'égard des services psychosociaux. Cela pourrait expliquer que certaines familles rencontrées dans cette étude fassent partie de celles pour qui le Centre ne leur convient pas. Toujours en cohérence avec les propos rapportés quant aux besoins du soutien à l'égard du logement, Slesnick et Erdem (2013)

croient que ce type de services offerts à ces mères serait un bon moyen pour amorcer du travail sur l'aspect problématique de la consommation.

Tel que mentionné en introduction, la grossesse en contexte de consommation parentale est un moment clé pour favoriser les changements au regard des diverses habitudes de vie. Toutefois, comme Brady et ses collègues (2003) nous confirment, chaque famille n'arrive pas dans les services au même stade de changement. Cela pourrait expliquer les divers profils recensés. Or, il serait pertinent de mieux comprendre les besoins d'intervention pour certains types de familles afin d'adapter l'offre de service auprès de cette clientèle. En effet, l'approche différentielle d'intervention, déjà prônée dans d'autres problématiques comme la délinquance, permet d'accroître l'efficacité des interventions (Le Blanc, Dionne, Proulx, Grégoire, & Trudeau-Le Blanc, 2003).

Au regard du développement d'innovation psychosociale et de l'évaluation des programmes, les résultats de la présente étude sont cohérents avec les écrits. D'abord, considérant que l'implantation d'une innovation dans le domaine psychosocial est complexe, il est important dès sa planification de suivre certaines étapes (Aarons, Hurlburt, & Horwitz, 2011; Rogers, 2003). Rogers (2003) en identifie cinq : (a) les connaissances reliées à l'innovation, (b) les croyances à l'égard de l'innovation, (c) la prise de décision, (d) l'implantation, soit la mise en œuvre de l'innovation en fonction des étapes antérieures, et (e) la confirmation de l'innovation. Dans certains cas, la cinquième étape n'est pas toujours appliquée, considérant que parfois à la suite de l'implantation, les promoteurs y mettent fin, tandis que d'autres vont apporter les ajustements nécessaires. En effet, avec l'évaluation d'implantation, il est possible d'ajuster le programme mis en place afin de tenir compte du contexte dans lequel il se déroule, mais aussi de considérer les besoins de la clientèle.

L'évaluation d'implantation est une des étapes primordiales dans l'évaluation des programmes. En effet, lorsqu'elle est efficace, elle entraîne des résultats positifs sur les effets attendus par l'innovation mise en place. Si, en plus, l'intensité des interventions et les interventions elles-mêmes sont bien documentées, cela augmente la fidélité de l'implantation (Durlak & DuPre, 2008). L'évaluation d'évaluabilité est quant à elle utile pour améliorer le programme en cours d'implantation et s'assurer de la maturité du programme afin d'effectuer d'autres types d'évaluation. Elle précède, au besoin, l'évaluation d'implantation. Elle est particulièrement aidante quand la théorie sous-jacente au programme est peu développée (Royse, Thyer, & Padgett, 2016; Soura, Dagenais, Bastien, Fallu, & Janosz, 2016). Avant de considérer le *Rond-point* comme une innovation sociale dont l'implantation est réussie, il est primordial que certains aspects du Centre soient améliorés. La faible intensité ou le non-déploiement de certaines interventions prévues au modèle logique ne permettent pas d'affirmer que le Centre soit réellement implanté à plein rendement, ce que Dane et Schneider (1998) appellent la fidélité de l'implantation. En effet, pour s'assurer de la fidélité de l'implantation, il importe que le programme soit mis en place comme il est prévu. Aussi, afin qu'il soit efficace, les services doivent être déployés et s'assurer d'avoir un taux de participation aux activités. De plus, cela indique qu'avant de prévoir d'autres formes d'évaluation, il sera important que le *Rond-point* fonctionne pleinement, qu'il offre une panoplie de services pour lesquels des liens plausibles seront établis avec les résultats escomptés et enfin qu'il acquiert une stabilité. Il importe aussi que le *Rond-point* poursuive sa réflexion en lien avec la clientèle admissible, ce qui est étroitement lié à la théorie du programme. Tant dans l'étude liée à la description explicite du modèle logique du *Rond-point* (Béland & Dufour, soumis) que dans la présente étude, les

différents répondants (intervenants, gestionnaires et familles) ne s'entendent pas sur les critères d'admission au Centre.

Enfin, lors de la mise en place d'une innovation psychosociale, on retrouve des obstacles et des facilitateurs à la mise en œuvre. Par exemple, Bégin et Bluteau (2014) identifient le manque de ressource et de financement comme des freins à l'innovation, ce qui est observé au Centre. Nonobstant ces limites, le *Rond-point* peut miser sur des conditions gagnantes, identifiées en introduction, comme celles relevées par Bégin et Bluteau (2014) : une approche multidisciplinaire et partenariale ainsi que le partage d'une vision commune. Bien que pour ce dernier aspect, cela n'est pas parfaitement acquis par l'ensemble des partenaires, on peut quand même penser que la majorité des professionnels impliqués partage l'approche de RdM (Béland & Dufour, soumis). Ces éléments sont donc essentiels pour la réussite d'une innovation.

Conclusion

La présente recherche a permis d'identifier trois profils d'expériences familiales au *Rond-point*. Toutefois, la faible intensité de la prestation de services ne permet pas de documenter de manière détaillée leur vécu au Centre. Ce constat est cohérent avec les résultats de l'étude de Béland et Dufour (soumis) sur le modèle logique. Ainsi, parmi les recommandations pour le Centre, il est proposé d'augmenter la prestation de services par l'ajout d'activités et d'interventions structurées et organisées visant les différentes sphères liées aux compétences parentales, les enfants, l'adulte et la famille. Les critères d'inclusion pour fréquenter le Centre doivent aussi faire l'objet d'une réflexion critique. Considérant que des familles ont émis des préoccupations à cet égard et que le profil des expériences familiales indique que le Centre ne convient pas pour certains cas, il importe que les partenaires impliqués

se questionnent sur : à qui on offre le service, pour quelles familles on met en place cette structure de services intégrés et enfin, qu'est-ce qu'on leur offre ?

Les résultats de la présente étude soulèvent des recommandations plus précises pour l'intervention psychoéducative, notamment en ce qui concerne l'identité professionnelle en milieu multidisciplinaire. En effet, le rôle du psychoéducateur est parfois encore méconnu au sein même des institutions et des équipes. Cela n'est pas nouveau ni propre à la profession (Renou, 2014).

Pour reprendre les propos de Bégin et Bluteau (2014, p. 19) :

Tout indique que le psychoéducateur, en raison de ses compétences professionnelles, est un élément clé dans une organisation pour favoriser le développement ou l'implantation d'un projet d'innovation sociale. [...] Il est un acteur important pour favoriser des changements dans les pratiques et les mœurs à l'intérieur des milieux d'intervention.

Ainsi, dans ce type d'initiative, il y aurait fort intérêt à intégrer un psychoéducateur parmi les professionnels de l'équipe multidisciplinaire du Centre. En effet, les psychoéducateurs se distinguent des autres professionnels par l'utilisation de la structure d'ensemble de l'intervention psychoéducative, familièrement appelé la *toupie*, et par l'intervention directe auprès des sujets, communément nommée le vécu partagé. La toupie se compose de diverses composantes structurant l'intervention psychoéducative. Elle est étroitement liée à la planification, l'organisation et l'animation d'une intervention (Renou, 2005). Ainsi, dans une fonction de rôle-conseil, un psychoéducateur peut soutenir les professionnels du Centre pour améliorer la prestation de services et offrir des interventions liées aux compétences parentales, au développement des enfants, etc. De plus, les psychoéducateurs, formés non seulement pour être des professionnels engagés dans l'intervention, mais surtout dans le milieu même, peuvent agir à titre de consultants (Caouette & Collaborateurs, 2016; Renou, 2014).

Parmi les forces de cette étude, on retrouve le fait que la parole a été donnée aux principaux acteurs concernés par l'initiative *Rond-point*, soit les familles elles-mêmes, mais aussi à leurs intervenants. Ainsi, le point de vue des répondants a permis d'entendre ce qu'ils vivent au Centre et comprendre les diverses réalités familiales. À défaut de généraliser l'expérience vécue par les familles, une description détaillée de leur expérience a été obtenue (Deslauriers & Kérisit, 1997). Par ailleurs, la recherche prévoyait une période d'observation prolongée, avec les deux temps de mesure. La triangulation des différentes sources et répondants augmente la rigueur scientifique de l'étude, puisque cela permet de considérer le regard de l'expérience sous différents angles (Boeije, 2010). De plus, un processus de validation entre les chercheuses est fait pendant l'analyse des résultats. Cela diminue les biais d'interprétation. Néanmoins, l'étude présente certaines limites. D'abord, la saturation n'a pas été atteinte. Le nombre de familles rencontrées n'est pas suffisant pour assurer que les profils décrivent l'ensemble des expériences vécues au *Rond-point*. Des biais de recrutement peuvent aussi être relevés. En effet, le nombre de familles qui fréquentaient le Centre au moment du recrutement n'était pas connu. Ainsi, le taux de réponse des usagères qui ont accepté de participer à la présente recherche est inconnu. Par ailleurs, cela soulève des questions en lien avec la représentativité des répondants. Par exemple, on peut se demander à qui les professionnels du Centre ont donné la parole, mais aussi, qui sont les familles qui ont accepté de participer à la recherche.

En bref, les prochaines études devraient dresser un portrait plus complet des profils des familles qui reçoivent des services du *Rond-point* afin de mieux identifier leurs besoins et caractéristiques. Aussi, lors d'implantation d'une innovation psychosociale, une évaluation d'évaluabilité au préalable devrait avoir été menée. Enfin, la triangulation de sources

d'information devrait toujours être considérée lors d'évaluation qualitative de programmes considérant la rigueur scientifique.

Remerciements

Nous remercions les familles et leurs intervenants qui ont généreusement accepté de participer à la recherche.

Financement et soutien

Cette recherche a été financée par le Centre hospitalier de l'Université de Montréal et la Fondation Lucie et André Chagnon dans le cadre de leur financement du *Rond-point*. Aussi, nous remercions le Centre Jeunesse de Montréal-Institut universitaire pour leur soutien financier à la réalisation du projet doctoral. Les opinions émises dans ce chapitre n'engagent que les auteures.

Références

- Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Adm Policy Ment Health, 38*(1), 4-23. doi: 10.1007/s10488-010-0327-7
- Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Ce que disent les mères: L'enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Ottawa, Ontario: Agence de la santé publique du Canada.
- Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Étude canadienne d'incidence des signalements des cas de violence et de négligence envers les enfants- 2008: Données principales*. Ottawa, Ontario: Agence de la santé publique du Canada.
- Bégin, J.-Y., & Bluteau, J. (2014). L'innovation sociale dans la pratique psychoéducative. *La pratique en mouvement, 7*, 18-19.
- Béland, C., & Dufour, S. (soumis). Fondements de l'action de Rond-point, un Centre d'expertise périnatale et familiale de toxicomanie. *Drogues, santé et société*.
- Benoit, C., Stengel, C., Marcellus, L., Hallgrimsdottir, H., Anderson, J., MacKinnon, K., . . . Charbonneau, S. (2014). Providers' constructions of pregnant and early parenting women who use substances. *Sociology of Health & Illness, 36*(2), 252-263. doi: 10.1111/1467-9566.12106
- Bertrand, K., Allard, P., Ménard, J.-M., & Nadeau, L. (2007). Parents toxicomanes en traitement : Une réadaptation qui protège les enfants? Dans C. Chamberland, S. Léveillé & N. Trocmé (Éds.), *Enfants à protéger, parents à aider : Des univers à rapprocher* (pp. 69-87). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Boeije, H. (2010). *Analysis in qualitative research*. Londres, Angleterre: SAGE Publications Inc.
- Brady, T. M., Visscher, W., Feder, M., & Burns, A. M. (2003). Maternal drug use and the timing of prenatal care. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 14*(4), 588-607.
- Caouette, M., & Collaborateurs. (2016). *Le psychoéducateur et l'exercice du rôle-conseil: Conception et pratiques*. Boucherville, Québec: Béliveau éditeur.
- Clément, M.-É., & Tourigny, M. (1999a). Évaluation de l'implantation de JESSIE. Un projet d'intervention auprès de parents ayant des problèmes de toxicomanie et de négligence envers leurs enfants. *Les cahiers d'analyse du GRAVE, 6*(2).
- Clément, M.-É., & Tourigny, M. (1999b). *Négligence envers les enfants et toxicomanie des parents : portrait d'une double problématique*. Montréal, Québec: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

- Dane, A. V., & Schneider, B. H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: Are implementation effects out of control? *Clinical Psychology Review*, 18(1), 23-45.
- Davie-Gray, A., Moor, S., Spencer, C., & Woodward, L. J. (2013). Psychosocial characteristics and poly-drug use of pregnant women enrolled in methadone maintenance treatment. *Neurotoxicology and Teratology*, 38, 46-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ntt.2013.04.006>
- Dell, C. A., & Roberts, G. (2005). *Le point sur la recherche. Consommation d'alcool et grossesse : Une importante question sociale et de santé publique au Canada*. Ottawa, Ontario: Publications Santé Canada Repéré à http://www.phac-aspc.gc.ca/fasd-etcaf/index_f.html.
- Derauf, C., LaGasse, L. L., Smith, L. M., Grant, P., Shah, R., Arria, A., . . . Lester, B. M. (2007). Demographic and Psychosocial Characteristics of Mothers Using Methamphetamine During Pregnancy: Preliminary Results of the Infant Development, Environment, and Lifestyle Study (IDEAL). *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 33(2), 281-289.
- Deslauriers, J. P., & Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. Dans J. Poupart, J. P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Éds.), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 85-111). Montréal, Québec: Gaëtan Morin éditeur.
- Durlak, J., & DuPre, E. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 327-350. doi: 10.1007/s10464-008-9165-0
- Ferland, F., Blanchette-Martin, N., Pelletier, G., Jasques, I., & Gagnon, V. (2013). Programme Jeunes-Parents : intervention en dépendance dans un contexte d'intervention de protection de la jeunesse. Dans C. Plourde, M. Laventure, M. Landry & C. Arseneault (Éds.), *Sortir des sentiers battus : Pratiques prometteuses auprès d'adultes dépendants* (pp. 247-260). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Gouvernement du Québec. (2006). *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011: Unis dans l'action*. Québec, Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Gouvernement du Québec. (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018 : Un projet porteur de vie*. Québec, Québec: Publications du Québec.
- Guyon, L., De Konink, M., Morissette, P., Ostoj, M., & Marsh, A. (2002). Toxicomanie et maternité. Un parcours difficile, de la famille d'origine à la famille recréée. *Drogues, santé et société*, 1(1), 1-25.

- Hélie, S., Turcotte, D., Trocmé, N., & Tourigny, M. (2012). Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse en 2008 (ÉIQ-2008) : Rapport final (pp. 252). Montréal, Québec: Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.
- Lavandier, K.-A., Perrault, H., Venne, M., & Lecompte, J. (2003). *La consommation maternelle et son impact sur les enfants*. Université de Montréal, Montréal, Québec.
- Lavergne, C., & Morissette, P. (2012). Nouvelle maternité en contexte de consommation abusive d'alcool ou de drogue : ampleur, enjeux pour l'aide aux femmes enceintes et aux mères et pratiques d'intervention. Dans M. Landry, S. Brochu & C. Patenaude (Éds.), *L'intégration des services en toxicomanie* (pp. 159-197). Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université Laval.
- Lavergne, C., Morissette, P., Dionne, M., & Dessureault, S. (2009). Facteurs- clés d'une collaboration réussie entre les parents, le CHUM et la DPJ en contexte de toxicomanie parentale. Dans P. Morissette & M. Venne (Éds.), *Parentalité, alcool et drogues : Un défi multidisciplinaire* (pp. 143-177). Montréal, Québec: Éditions du CHU Ste-Justine.
- Lavergne, C., Turcotte, G., & Morissette, P. (2015). Retombées de l'initiative Main dans la main auprès des futures et nouvelles mères consommatrices de substances psychoactives en période périnatale. *Revue Canadienne de santé publique*, 106(7 (Supplément 2)), eS38-eS44. doi: 10.17269/CJPH.106.4831
- Le Blanc, M., Dionne, J., Proulx, J., Grégoire, J. C., & Trudeau-Le Blanc, P. (2003). *Intervenir autrement: Un modèle différentiel pour les adolescents en difficulté*. Boucherville, Québec: Gaëtan Morin éditeur.
- Lecompte, J., Perreault, É., Venne, M., & Lavandier, K.-A. (2002). *Impact de la toxicomanie maternelle sur le développement de l'enfant et portrait des services existants au Québec*. Montréal, Québec: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Magura, S., & Laudet, A. B. (1996). Parental substance abuse and child maltreatment: Review and implications for intervention. *Children and Youth Services Review*, 18(3), 193-220. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0190-7409\(96\)00001-1](http://dx.doi.org/10.1016/0190-7409(96)00001-1)
- Morissette, P., Venne, M., Lavergne, C., Desmeules, S., Létourneau, H., Lavandier, K.-A., & Chouinard-Thompson, A. (2007). Main dans la main : Une collaboration audacieuse et novatrice entre les parents, le CHUM et la DPJ en contexte de consommation. Dans C. Chamberland, S. Léveillé & N. Trocmé (Éds.), *Enfants à protéger, parents à aider : Des univers à rapprocher* (pp. 243-261). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Motz, M., Leslie, M., Pepler, D. J., Moore, T. E., & Freeman, P. A. (2006). Breaking the cycle: Measures of progress 1995-2005. *Journal of FAS International, special supplement*.
- Niccols, A., Milligan, K., Smith, A., Sword, W., Thabane, L., & Henderson, J. (2012). Integrated programs for mothers with substance abuse issues and their children: A systematic

- review of studies reporting on child outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 36(4), 308-322. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.10.007>
- Ordean, A., & Kahan, M. (2011). Comprehensive treatment program for pregnant substance users in a family medicine clinic. *Canadian Family Physician*, 57(11), e430-e435.
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2014). Une pratique réfléchie. *La pratique en mouvement*(7).
- Ouellet, F., & Saint-Jacques, M.-C. (2000). Les techniques d'échantillonnage. Dans R. Mayer, F. Ouellet, M.-C. Saint-Jacques, D. Turcotte & Collaborateurs (Éds.), *Méthodes de recherche en intervention sociale* (pp. 71-90). Montréal, Québec: Gaëtan Morin éditeur.
- Patton, M. Q. (2001). *Qualitative research and evaluation methods, 3rd edition*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation: Une conception, une méthode*. Montréal, Québec: Éditions Sciences et Culture.
- Renou, M. (2014). *L'identité professionnelle des psychoéducateurs: Une analyse, une conception, une histoire*. Longueuil, Québec: Béliveau éditeur.
- Ridde, V., & Dagenais, C. (2012). Introduction générale à l'évaluation de programmes. Dans V. Ridde & C. Dagenais (Éds.), *Approches et pratiques en évaluation de programmes. Nouvelle édition revue et augmentée*. (pp. 13-32). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (fifth éd.). New York, United States of America: Free Press.
- Royse, D., Thyer, B. A., & Padgett, D. (2016). *Program evaluation: An introduction to an evidence-based approach* (sixth éd.). Boston, United States of America: Cengage Learning.
- Slesnick, N., & Erdem, G. (2013). Efficacy of ecologically-based treatment with substance-abusing homeless mothers: Substance use and housing outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45(5), 416-425. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2013.05.008>
- Soura, B. D., Dagenais, C., Bastien, R., Fallu, J.-S., & Janosz, M. (2016). L'étude d'évaluabilité : Utilité et pertinence pour l'évaluation de programme. *La Revue canadienne d'évaluation de programme*. doi: 10.3138/cjpe.207
- Straussner, S. L. A. (2011). Children of substance-abusing parents : An overview. Dans S. L. A. Straussner & C. H. Fewell (Éds.), *Children of substance-abusing parents: Dynamics and treatment* (pp. 1-27). New York: Springer Publishing company.

Wright, T., Schuetter, R., Fombonne, E., Stephenson, J., & Haning, W. (2012). Implementation and evaluation of a harm-reduction model for clinical care of substance using pregnant women. *Harm Reduction Journal*, 9(5), 1-10.

Yin, R. K., & Ridde, V. (2012). Théories et pratiques des études de cas en évaluation de programmes. Dans V. Ridde & C. Dagenais (Éds.), *Approches et pratiques en évaluation de programmes. Nouvelle édition revue et augmentée* (pp. 179-198). Montréal, Québec: Les Presses de l'Université de Montréal.

Chapitre 4 : Discussion générale et conclusion

Le but de la thèse était d'évaluer l'implantation du Centre d'expertise périnatal et familial le *Rond-point*. Deux principaux objectifs étaient poursuivis. D'abord, la présente recherche a permis d'explicitier la démarche participative mise en place pour illustrer l'offre de services du Centre et d'apprécier le *Rond-point* au regard des conditions préalables pour évaluer un programme. Ensuite, elle a documenté, de manière systématique et détaillée, l'expérience des premières familles à bénéficier des services du *Rond-point*. Dans un premier temps, nous discuterons des principaux résultats de la thèse. Dans un second temps, les implications de cette thèse pour le *Rond-point*, la recherche et l'intervention psychoéducative seront abordées. Enfin, dans un troisième temps, les forces et limites de la thèse seront traitées.

Résumé des principaux résultats

Le premier article visait à décrire la démarche ayant mené à la conceptualisation du modèle logique du *Rond-point*. Cette étude nous a permis d'illustrer le modèle logique du *Rond-point* et de l'apprécier en considérant les conditions préalables pour évaluer un programme. Les principaux constats concernent les éléments du modèle logique qui suscitent discordance entre les sources. De plus, l'appréciation en lien avec les quatre conditions permet d'affirmer que l'initiative n'est pas assez stable et mature pour planifier d'autres types d'évaluation. Les activités et services doivent être déployés avec plus d'intensité et couvrir les différentes sphères. En effet, ceux-ci sont principalement offerts aux parents dans leur sphère adulte plutôt que sur la sphère des compétences parentales ou du développement de l'enfant. L'approche préconisée par les professionnels est la réduction des méfaits, bien que certains d'entre eux n'arrivent pas à l'identifier. Enfin, les critères d'inclusion de la clientèle visée par le Centre soulèvent des réflexions chez les professionnels.

Le deuxième article visait à documenter et détailler l'expérience de neuf familles qui reçoivent des services au *Rond-point*. La présente recherche a permis d'identifier trois profils d'expériences en considérant les effets perçus de la participation des familles au Centre. Un premier profil amène des transformations chez les familles. Dans le deuxième profil, le Rond-point est un Centre porteur pour ces familles, bien que celles-ci pourraient être desservies par d'autres organisations. Enfin, la prestation de services du Centre ne convient pas au troisième profil, parce que ces familles n'adhèrent pas à l'offre de service; ceci est possiblement expliqué par la présence d'une consommation plus problématique, des symptômes de maladie mentale et de précarité sociale. Néanmoins, de manière générale, toutes les familles ont une bonne appréciation du *Rond-point*. Elles aimeraient toutefois que l'offre de service soit améliorée, notamment en offrant davantage d'activités et qu'elles se déploient en cohérence avec les objectifs visés. Par ailleurs, ces familles ont identifié des besoins spécifiques quant au développement de leurs compétences parentales ainsi qu'en lien avec leur gestion de leur consommation. Spécialement, elles souhaitent avoir du soutien en lien avec comment offrir un encadrement disciplinaire à leur enfant ou avoir des repères sur le développement de leur enfant.

Certains des résultats ressortent tant dans le premier que le deuxième article. En effet, les deux études soulèvent des questionnements en lien avec la prestation des services et les critères d'admission au Centre. D'un côté, avec la schématisation du modèle logique, on constate que les principaux services offerts à la clientèle s'adressent particulièrement aux parents dans leur sphère adulte, comme les suivis de santé, les ateliers d'arts et de yoga ainsi que l'Espace parents. Peu, voire presque pas de services sont offerts aux enfants ou visent les compétences parentales. Par ailleurs, la plausibilité des liens entre les effets attendus et les services n'est pas démontrée. Quant aux critères d'inclusion, certains des professionnels et les

parents proposent d'élargir la période d'âge des enfants. Présentement limité aux parents d'enfants âgés de moins de cinq ans, des intervenants considèrent que tout parent d'enfant qui demande de l'aide au *Rond-point* devrait être admis. De plus, selon ces deux types de répondants, le fait de s'identifier soi-même comme un parent consommateur, même si la problématique de dépendances n'est pas actuelle, devrait permettre de recevoir des services. Enfin, en concordance avec les écrits scientifiques (Straussner, 2011), les deux études réitèrent la valeur ajoutée d'une approche inclusive comme la réduction des méfaits. .

Outre ces résultats communs, les deux études sont complémentaires. Ainsi, l'appréciation des activités et la perception des effets du *Rond-point* sur des familles présentées dans le deuxième article complètent les résultats obtenus dans le premier. Les familles confirment leurs besoins de soutien liés aux compétences parentales, dimension cependant peu présente dans l'offre de services. Aussi, certaines des familles questionnent l'intensité de l'offre de services et elles souhaitent que les activités offertes soient davantage structurées (article 2), ce qui est nettement lié à la plausibilité des liens entre les activités et les effets attendus (article 1).

Implications

La présente thèse témoigne de la démarche structurée et systématique utilisée afin d'apporter une appréciation sur l'ensemble du projet *Rond-point*. En effet, le fait d'avoir élaboré sous forme de schéma la logique du projet et d'avoir rendu compte du point de vue de différents répondants sur leurs appréciations et expériences au Centre a permis de dresser un portrait objectif, permettant ainsi d'émettre un jugement étayé et de répondre de manière crédible aux questions d'évaluation. La mise en commun du premier et du deuxième article a quant à elle permis d'obtenir un regard plus complet et ainsi de proposer des pistes d'amélioration

documentées afin de mettre à jour l'intervention destinée aux parents consommateurs. Concrètement, le jugement ou l'appréciation a mené à la formulation de recommandations qui tiennent compte des connaissances tant en lien avec l'évaluation de programme, l'innovation psychosociale mais surtout de la problématique de consommation parentale. Restera à savoir comment ces résultats et ces recommandations seront intégrés par les promoteurs, gestionnaires et professionnels impliqués au *Rond-point*, le rôle de l'évaluateur se limitant à transmettre ses conclusions. Ainsi, de cette thèse découle diverses implications. Certaines de ces implications seront abordées brièvement dans les prochaines sections. Ainsi, les recommandations formulées au *Rond-point* seront nommées. Puis, les recommandations pour les recherches futures seront évoquées. En toute fin, celles pour l'intervention psychoéducatrice seront abordées.

Recommandations au *Rond-point*

Parmi les implications, quatre principales recommandations ont été formulées au *Rond-point*. D'abord, il est proposé d'améliorer la prestation des services. Notamment, en augmentant l'intensité des services, en améliorant la qualité des activités et en appuyant l'action du Centre sur des fondements empiriques ou théoriques. Ensuite, il est suggéré de clarifier la clientèle desservie. En effet, il importe de développer une vision commune à tous les partenaires quant à la clientèle à desservir, d'avoir une définition commune et des critères qui en tiennent compte ainsi que de se doter d'outils pour évaluer objectivement les demandes d'admission. Aussi, il est recommandé de moduler les services en fonction des différentes clientèles. Par exemple, en tenant compte des profils variés des familles usagères, l'offre de services pourrait être adaptée en fonction de leur besoin. Enfin, il est conseillé de poursuivre les efforts d'évaluation particulièrement en mettant à jour le modèle logique, en mettant en place des outils d'évaluation afin de documenter : l'appréciation des activités, la liste des participants présents et des fiches

pour obtenir le profil des usagers. De plus, il est recommandé de faire une autre évaluation d'implantation avant d'en faire une sur les effets de l'initiative.

Recommandations pour les recherches futures

Le regard systématique proposé par l'évaluation d'implantation lors de la première mise en œuvre du Centre était planifié au bon moment et permettait d'ajuster le programme. Néanmoins, avec le recul qu'impose l'analyse des données, il semble que le type d'évaluation qui aurait dû être privilégié est celui de l'évaluabilité. L'appréciation de l'évaluabilité se déroule en amont des évaluations d'implantation et des processus; elle aurait permis de s'assurer que le programme *Rond-point* répond aux critères permettant de réaliser une évaluation. Par exemple, sachant maintenant que plusieurs activités prévues dans le modèle logique ne sont pas déployées, la faible intensité des services (Centre ouvert 1 ½ journée par semaine) et que les activités et les interventions ne sont pas toujours liées de manière plausible à des objectifs ou des effets attendus, on constate qu'il était donc trop tôt pour une évaluation d'implantation. Une appréciation de l'évaluabilité aurait permis de s'assurer de répondre aux quatre critères rendant un programme évaluable, soit de : (a) bien définir les objectifs du *Rond-point*, (b) s'assurer qu'ils sont plausibles et cohérents avec les interventions déployées, (c) s'assurer d'avoir accès à toutes les données et (d) s'entendre sur l'utilisation des données de l'évaluation (Rossi, Lipsey, & Freeman, 2004). Il aurait été possible de réaliser tout de même l'étude du premier article. Toutefois, au lieu de s'intéresser à détailler et documenter l'expérience des premières familles, comme dans le deuxième article, une démarche d'accompagnement des promoteurs, gestionnaires et intervenants du *Rond-point* aurait permis clarifier les liens entre les effets attendus et les interventions. Cela aurait permis un ajustement du projet en vue d'améliorer la mise en œuvre.

Concrètement, les recommandations tirées de la thèse pour les recherches futures sont : (a) lors de l'implantation d'une innovation psychosociale, une appréciation de l'évaluabilité devrait être réalisée avant toute forme d'évaluation; (b) des études, d'abord qualitatives, devraient être effectuées pour dresser un portrait plus complet des profils des familles recevant des services du *Rond-point* afin de mieux identifier leurs besoins et leurs caractéristiques spécifiques et; (c) la triangulation des sources d'information doit être valorisée dans des évaluations qualitatives de programmes, puisqu'elle augmente la crédibilité des résultats.

Recommandations pour l'intervention psychoéducatrice

L'intervention psychoéducatrice s'est beaucoup développée au cours des dernières décennies. Le rôle du psychoéducateur s'est défini et ses compétences déployées. En ce sens, la place de la psychoéducation dans le développement d'innovation psychosociale et l'évaluation de programme prend tout son sens.

Innovation psychosociale

L'innovation dans le domaine psychosocial a pris de l'ampleur dans les dernières années. Le développement de programmes comme le *Rond-point* en est un exemple. Précisément, l'innovation se définit comme :

Une nouvelle idée, approche ou intervention, un nouveau service, [...] un nouveau type d'organisation qui répond plus adéquatement et plus durablement que les solutions existantes à un besoin social bien défini, une solution qui a trouvé preneur au sein d'une institution, d'une organisation ou d'une communauté et qui produit un bénéfice mesurable pour la collectivité et non seulement pour certains individus. La portée d'une innovation sociale est transformatrice et systémique. Elle constitue, dans sa créativité inhérente, une rupture avec l'existant (Réseau québécois en innovation sociale, 2011, p. 3).

Innover implique de suivre les étapes importantes en développement de programme. En effet, le programme doit être basé sur les connaissances de la problématique, des données probantes et sur les besoins de la clientèle. De plus, les différents acteurs impliqués dans

l'initiative doivent croire au succès de l'innovation. Ensuite, vient la prise de décision en lien avec l'élaboration du programme. Une fois que le programme est élaboré, il peut par la suite être implanté ou des ajustements peuvent être apportés en cours de route. Aussi, cela peut mener à la fin de l'innovation. Au final, un transfert des connaissances et la diffusion de l'innovation peuvent permettre de faire connaître le programme (Bégin & Bluteau, 2014; Rogers, 2003; Rollin & Vincent, 2007).

Certaines conditions influencent l'implantation et la diffusion de l'innovation sociale. Le tableau 1, repris de Bégin et Bluteau (2014), résume ces principales conditions.

Tableau 1. Conditions à l'œuvre en innovation sociale

Conditions favorables	Conditions défavorables
Gestion participative	Choc de culture dans le travail en partenariat
Approche partenariale	Intérêts divergents dans le processus
Multidisciplinarité	Réticence de certains acteurs
Création d'alliances	Manque de connaissances et de compétences
Leadership, crédibilité et charisme des acteurs principaux	Difficulté à gérer les risques
Vision commune du projet	Manque de ressources et de financement
Esprit de solidarité	Manque de flexibilité des structures hiérarchiques
Créativité	Conservatisme de certains milieux
Complicité des valeurs partagées	Échéanciers variables
Souci pour la pérennité du projet	Méconnaissance de certains milieux d'intervention
Ouverture de la communauté et de l'organisation	
Prise de risque	
Contexte de recherche-action	

Source : Bégin et Bluteau (2014), p. 19

Les résultats de la présente recherche indiquent que l'initiative *Rond-point* rencontre autant des conditions favorables que défavorables. Par exemple, une approche partenariale, multidisciplinaire, un partage d'une vision commune et un souci pour la pérennité du projet favorisent l'initiative. Néanmoins, le manque de ressources constitue une des plus grandes

limites du Centre. Il influence l'appréciation du programme puisque les activités n'ont pas pu être déployées dans leur entièreté.

Les recommandations de la thèse pour la pratique psychoéducative soutiennent que les psychoéducateurs sont habiletés à agir à titre de rôle-conseil pour le développement et la mise en œuvre d'une innovation psychosociale comme le *Rond-point*. De plus, les défis de la mise en œuvre du Centre soulignent l'importance de bien organiser et structurer l'intervention psychoéducative en tenant compte des composantes de la structure d'ensemble. Cela permettrait de rendre plausible les liens entre les besoins, les objectifs et les services offerts. Enfin, la thèse réitère l'importance d'adapter l'intervention en fonction de la problématique, en considérant les forces, limites et besoins du sujet auprès de qui il intervient.

Forces et limites

Certaines forces et limites caractérisent cette présente thèse. Au regard des forces, elle rend compte du point de vue de divers répondants, comme les promotrices du projet, des intervenants et gestionnaires des différentes organisations impliquées dans le partenariat ainsi que des utilisateurs des services, principalement des mères et un conjoint. Ensuite, l'ensemble de la recherche doctorale se compose de deux études qui se complètent bien. Le premier volet (article 1) décrit la démarche participative ayant mené à la schématisation de l'ensemble du projet *Rond-point*, ce qui permet de mettre à jour la logique du programme et d'émettre des recommandations pour améliorer la prestation des services. En ajoutant l'expérience des familles et leur appréciation du Centre (article 2), un regard plus complet sur le projet est obtenu. Le fait que certains résultats émergent des deux études augmentent la confiance accordée à ces constats. Enfin, la triangulation des diverses sources et des répondants augmente la rigueur scientifique du projet de thèse. En effet, cela permet d'obtenir le point de vue diversifié de

différents acteurs impliqués dans l'initiative (Boeije, 2010). L'utilisation de la triangulation dans la thèse est d'ailleurs une des plus grandes forces.

Or, l'étude comporte aussi des limites, notamment le fait que l'échantillon n'est pas représentatif de l'ensemble des familles qui fréquentent le Centre ni de l'ensemble des familles qui sont en contexte de consommation parentale. La saturation n'a pas été atteinte, ce qui fait en sorte qu'on ne peut affirmer que les profils familiaux décrivent l'ensemble des expériences familiales vécues au Centre. Par ailleurs, comme le nombre de familles qui fréquentaient le *Rond-point* au moment de la collecte de données était inconnu des chercheurs, il est impossible d'avoir une idée du taux de participation à la recherche. Des questions en lien avec le recrutement des familles se posent. En effet, on peut se demander à qui les intervenants ont laissé la parole et qui sont les familles qui ont accepté de participer à la recherche par rapport aux autres, inconnues des chercheuses. Aussi, comme l'offre de services est peu déployée, il est difficile d'émettre un jugement juste sur le projet, ce qui remet en question l'utilité de l'évaluation d'implantation. On l'a vu, peut penser qu'il était trop tôt pour ce type d'évaluation. Enfin, dans la présente thèse, une approche hybride entre celle axée sur le processus et la théorie du programme et celle centrée vers les utilisateurs a été employée. Or, il aurait été davantage pertinent, avec plus de temps, de miser sur une approche permettant aux utilisateurs, c'est-à-dire les promoteurs, gestionnaires, professionnels et familles, de s'impliquer activement dans l'ensemble de la démarche d'évaluation, jusqu'à l'interprétation des résultats et la formulation des recommandations. Une telle approche aurait permis de s'assurer que les recommandations conviennent aux différentes parties et qu'elles soient mises en place.

Conclusion

En conclusion, les travaux présentés dans la thèse ont permis d'avoir une vue d'ensemble sur le projet de services intégrés pour les parents consommateurs, le *Rond-point*. Le modèle logique a été produit, permettant d'identifier les éléments à considérer pour améliorer le projet. Cela a même été appuyé par l'expérience des familles et leurs appréciations. Les présents travaux ont permis d'émettre des recommandations principalement liées à la prestation des services et la clientèle desservie. En bref, bien que la présente thèse doctorale fut utile pour schématiser le projet *Rond-point*, il est primordial d'apporter des ajustements avant d'envisager toute autre forme d'évaluation. Nous espérons que cette thèse contribuera à l'amélioration de l'offre de service aux parents consommateurs.

Bibliographie

- Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008*. Ottawa, Ontario: Agence de la santé publique du Canada.
- Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Ce que disent les mères: L'enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Ottawa, Ontario: Agence de la santé publique du Canada.
- Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Étude canadienne d'incidence des signalements des cas de violence et de négligence envers les enfants- 2008: Données principales*. Ottawa, Ontario: Agence de la santé publique du Canada.
- Alain, M. (2009). Des systèmes de classification des modèles d'évaluation de programmes d'intervention psychosociale à une proposition de modèle intégrateur. Les trois phases du cube: AVANT-PENDANT-APRÈS. Dans M. Alain & D. Dessureault (Éds.), *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale* (pp. 9-28). Québec, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- April, N., & Bourret, A. (2004). *État de situation sur le syndrome d'alcoolisation foetale au Québec*. Québec: Institut national de santé publique du Québec Repéré à <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/291-SyndromeAlcoolisationFoetale.pdf>.
- Azzi-Lessing, L., & Olsen, L. J. (1996). Substance abuse-affected families in the child welfare system: new challenges, new alliances. *Social Work, 41*(1), 15-23.
- Bégin, J.-Y., & Bluteau, J. (2014). L'innovation sociale dans la pratique psychoéducative. *La pratique en mouvement, 7*, 18-19.
- Bertrand, K., Allard, P., Ménard, J.-M., & Nadeau, L. (2007). Parents toxicomanes en traitement : Une réadaptation qui protège les enfants? Dans C. Chamberland, S. Léveillé & N. Trocmé (Éds.), *Enfants à protéger, parents à aider : Des univers à rapprocher* (pp. 69-87). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Boeije, H. (2010). *Analysis in qualitative research*. Londres, Angleterre: SAGE Publications Inc.

- Boukydis, Z. (2013). Pre- and perinatal intervention for substance using mothers. Dans N. E. Suchman, M. Pajulo & L. C. Mayes (Éds.), *Parenting and substance abuse: Developmental approaches to intervention*. New York, United States of America: Oxford University Press.
- Brady, T. M., Visscher, W., Feder, M., & Burns, A. M. (2003). Maternal drug use and the timing of prenatal care. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 14*(4), 588-607.
- Brigid, D., & Taylor, J. (2001). *Engaging with father: Practice issues for health and social care*. Londres: Jessica Kingsley.
- Chagnon, F. (2004). La recherche évaluative et la prévention du suicide au Québec : Historique et état de la situation. Dans F. Chagnon & B. L. Bishara (Éds.), *Évaluation de programmes en prévention du suicide* (pp. 7-22). Sainte-Foy, Québec: Les Presses de l'Université du Québec.
- Chen, H.-T. (2005). *Practical program evaluation: Assessing and improving planning, implementation, and effectiveness*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Chudley, A. E., Conry, J., Cook, J. L., Loock, C., Rosales, T., & LeBlanc, N. (2005). Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis. *Canadian Medical Association Journal, 172*(5 suppl), S1-S21. doi: 10.1503/cmaj.1040302
- Clément, M.-É., & Tourigny, M. (1999a). Évaluation de l'implantation de JESSIE. Un projet d'intervention auprès de parents ayant des problèmes de toxicomanie et de négligence envers leurs enfants. *Les cahiers d'analyse du GRAVE, 6*(2).
- Clément, M.-É., & Tourigny, M. (1999b). *Négligence envers les enfants et toxicomanie des parents : portrait d'une double problématique*. Montréal, Québec: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches. Second edition*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Crome, I. B., & Kumar, M. T. (2007). Epidemiology of drug and alcohol use in young women. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine, 12*(2), 98-105. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.siny.2006.12.002>

- Croteau, M.-O. (2016). *Évaluation de la qualité du partenariat interorganisations du Rond-Point, un centre périnatal et familial de toxicomanie.*, Université de Montréal, Montréal, Québec.
- Day, E., Porter, L., Clarke, A., Allen, D., Moselhy, H., & Copello, A. (2003). Drug misuse in pregnancy: the impact of a specialist treatment service. *Psychiatric Bulletin*, 27(3), 99-101. doi: 10.1192/pb.27.3.99
- De Konink, M., Guyon, L., & Morissette, P. (2003). L'expérience maternelle et la consommation de substances psychoactives. *Recherches féministes*, 16(2), 107-137.
- de Montigny, F., Devault, A., & Gervais, C. (2012). *La naissance de la famille : accompagner les parents et les enfants en période périnatale.* Montréal, Québec: Chenelière éducation.
- Dell, C. A., & Roberts, G. (2005). *Le point sur la recherche. Consommation d'alcool et grossesse : Une importante question sociale et de santé publique au Canada.* Ottawa, Ontario: Publications Santé Canada Repéré à http://www.phac-aspc.gc.ca/fasdetcaf/index_f.html.
- Derauf, C., LaGasse, L. L., Smith, L. M., Grant, P., Shah, R., Arria, A., . . . Lester, B. M. (2007). Demographic and psychosocial characteristics of mothers using methamphetamine during pregnancy: Preliminary results of the infant development, environment, and lifestyle study (IDEAL). *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 33(2), 281-289.
- Deshpande, S., Basil, M., Basford, L., Thorpe, K., Piquette-Tomei, N., Droessler, J., . . . Bureau, A. (2005). Promoting alcohol abstinence among pregnant women. *Health Marketing Quarterly*, 23(2), 45-67. doi: 10.1300/J026v23n02_04
- Direction de la santé publique de Montréal-Centre. (1998). *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes: applications en promotion de la santé et en toxicomanie.* Québec, Québec: Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux,.
- Doré, N., & Le Hénaff, D. (2016). *Mieux vivre avec votre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les mères et les pères.* Québec, Québec: Institut national de santé publique du Québec.

- Dunn, M. G., Tarter, R. E., Mezzich, A. C., Vanyukov, M., Kirisci, L., & Kirillova, G. (2002). Origins and consequences of child neglect in substance abuse families. *Clinical Psychology Review*, 22(7), 1063-1090. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00132-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00132-0)
- Ebrahim, S. H., & Gfroerer, J. (2003). Pregnancy-related substance use in the United States during 1996–1998. *Obstetrics & Gynecology*, 101(2), 374-379.
- Eiden, R. D., Leonard, K. E., Hoyle, R. H., & Chavez, F. (2004). A transactional model of parent-infant interactions in alcoholic families. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(4), 350-361.
- Falardeau, M. (2014). *Dans les tripes de la drogue et de la violence : mieux comprendre ces jeunes*. Québec, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2012). Transition to parenthood and substance use disorders: Findings from a 30-year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 125(3), 295-300. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.03.003>
- Ferland, F., Blanchette-Martin, N., Pelletier, G., Jasques, I., & Gagnon, V. (2013). Programme Jeunes-Parents : intervention en dépendance dans un contexte d'intervention de protection de la jeunesse. Dans C. Plourde, M. Laventure, M. Landry & C. Arseneault (Éds.), *Sortir des sentiers battus : Pratiques prometteuses auprès d'adultes dépendants* (pp. 247-260). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Fitzgerald, H. E., Wong, M. M., & Zucker, R. A. (2013). Early origins of alcohol use and abuse: Mental representations, relationships, and the challenge of assessing the risk-resilience continuum very early in the life of the child. Dans N. E. Suchman, M. Pajulo & L. C. Mayes (Éds.), *Parenting and substance abuse: Developmental approaches to intervention*. New York, United States of America: Oxford University Press.
- Fitzpatrick, J. (2012). L'évaluation de programme : Quelques considérations de premier plan. Dans M. Hurteau, S. Houle & F. Guillemette (Éds.), *L'évaluation de programme axée sur le jugement crédible* (pp. 15-38). Québec, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Forrester, D., & Harwin, J. (2011). *Parents who misuse drugs and alcohol: Effective interventions in social work and child protection*. West Sussex, United Kingdom: John Wiley & Sons, Ltd.

- Fréchette, J., & Gagnon, Y. (2013). Liaison en réadaptation dépendance auprès d'équipes de première ligne en périnatalité. Dans C. Plourde, M. Laventure, M. Landry & C. Arseneault (Éds.), *Sortir des sentiers battus : Pratiques prometteuses auprès d'adultes dépendants*. Québec, Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Gagné, M.-H., Drapeau, S., & Saint-Jacques, M.-C. (2012). Qu'est-ce qui fonctionne pour prévenir la maltraitance envers les enfants? Dans M.-H. Gagné, S. Drapeau & M.-C. Saint-Jacques (Éds.), *Les enfants maltraités : de l'affliction à l'espoir. Piste de compréhension et d'action*. Québec, Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Gagnon, Y.-C. (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche, 2e édition*. Québec, Québec: Les Presses de l'Université du Québec.
- Gouvernement du Québec. (2006). *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011: Unis dans l'action*. Québec, Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Gouvernement du Québec. (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018 : Un projet porteur de vie*. Québec, Québec: Publications du Québec.
- Goyette, A.-M. E. (2013). *ETCAF: Ensemble des troubles causés pas l'alcoolisation foetale*. Communication présentée à la 1er Séminaire du Centre d'expertise sur la maltraitance : Vers la famille bienveillante, Centre de congrès Rosemont.
- Grant, T. M., & Huggins, J. E. (2013). Intervention with mothers who abuse alcohol and drugs: How relationship and motivation affect the process of change in an evidence-based model. Dans N. E. Suchman, M. Pajulo & L. C. Mayes (Éds.), *Parenting and substance abuse: Developmental approaches to intervention*. New York, United States of America: Oxford University Press.
- Guyon, L., De Konink, M., Morissette, P., Ostoj, M., & Marsh, A. (2002). Toxicomanie et maternité. Un parcours difficile, de la famille d'origine à la famille recréée. *Drogues, santé et société*, 1(1), 1-25.
- Healey, C. V., Fisher, P. A., Scoyoc, A. V., & Relling, A. M. (2013). Family-based interventions for children with prenatal substance exposure. Dans N. E. Suchman, M. Pajulo & L. C. Mayes (Éds.), *Parenting and substance abuse: Developmental approaches to intervention*. New York, United States of America: Oxford University Press.

- Hélie, S., Turcotte, D., Trocmé, N., & Tourigny, M. (2012). Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse en 2008 (ÉIQ-2008) : Rapport final. Montréal, Québec: Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.
- Hurteau, M., Houle, S., Marchand, M.-P., Ndinga, P., Guillemette, F., & Schleifer, M. (2012). Les processus de production et de crédibilisation du jugement en évaluation. Dans M. Hurteau, S. Houle & F. Guillemette (Éds.), *L'évaluation de programme axée sur le jugement crédible* (pp. 77-99). Québec, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Joly, J., Touchette, L., & Pauzé, R. (2009). Les dimensions formative et sommative de l'évaluation d'implantation d'un programme : une combinaison des perspectives objective et subjective en lien avec les modèles d'évaluation basés sur la théorie des programmes. Dans M. Alain & D. Dessureault (Éds.), *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale* (pp. 117-146). Québec, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Kaltenbach, K. (2013). Bio-psychosocial characteristics of parenting women with substance use disorders. Dans N. E. Suchman, M. Pajulo & L. C. Mayes (Éds.), *Parenting and substance abuse: Developmental approaches to intervention*. New York, United States of America: Oxford University Press.
- Kearney, M. H., Murphy, S., & Rosenbaum, M. (1994). Mothering on crack cocaine: A grounded theory analysis. *Social Science & Medicine*, 38(2), 351-361. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90405-7](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(94)90405-7)
- Koren, G., Chan, D., Klein, J., & Karaskov, T. (2002). Estimation of fetal exposure to drugs of abuse, environmental tobacco smoke, and ethanol. *The Drug Monitor*, 24(1), 23-25.
- L'Espérance, N., Bertrand, K., & Ménard, J.-M. (2013). Jeunes femmes enceintes et jeunes mères : Améliorer l'intégration des services. Dans C. Plourde, M. Laventure, M. Landry & C. Arseneault (Éds.), *Sortir des sentiers battus : Pratiques prometteuses auprès d'adultes dépendants* (pp. 9-27). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Lacharité, C. (2012). Les politiques sociales en périnatalité : pratiques institutionnelles et expériences personnelles. Dans F. de Montigny, A. Devault & C. Gervais (Éds.), *La naissance de la famille : Accompagner les parents et les enfants en période périnatale*. Montréal, Québec: Chenelière Éducation inc.

- Lamy, S., & Thibaut, F. (2010). État des lieux de la consommation de substances psychoactives par les femmes enceintes. *L'Encéphale*, 36(1), 33-38. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2008.12.009>
- Langeland, W., & Hartgers, C. (1998). Child sexual and physical abuse and alcoholism: A review. *Journal of Studies on Alcohol*, 59(3), 336-348.
- Laurin, I., René, J.-F., Dallaire, N., & Ouellet, F. (2007). Mères et pères en contexte de vulnérabilité : Une démarche de recherche participative visant à favoriser une prise de parole en tant que parents et citoyens. Dans H. Dorvil (Éd.), *Problèmes sociaux* (Vol. 3). Québec, Québec: Les Presses de l'Université du Québec.
- Lavandier, K.-A., Perrault, H., Venne, M., & Lecompte, J. (2003). *La consommation maternelle et son impact sur les enfants*. Université de Montréal, Montréal, Québec.
- Laventure, M., Charbonneau, R., Sarrazin, G., & Bertrand, K. (2013). Les programmes d'entraînement aux habiletés parentales : quand la dépendance et la parentalité se côtoient. Dans C. Plourde, M. Laventure, M. Landry & C. Arseneault (Éds.), *Sortir des sentiers battus : Pratiques prometteuses auprès d'adultes dépendants* (pp. 29-50). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Lavergne, C., & Morissette, P. (2012). Nouvelle maternité en contexte de consommation abusive d'alcool ou de drogue : ampleur, enjeux pour l'aide aux femmes enceintes et aux mères et pratiques d'intervention. Dans M. Landry, S. Brochu & C. Patenaude (Éds.), *L'intégration des services en toxicomanie* (pp. 159-197). Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université Laval.
- Lavergne, C., Morissette, P., Dionne, M., & Dessureault, S. (2009). Facteurs- clés d'une collaboration réussie entre les parents, le CHUM et la DPJ en contexte de toxicomanie parentale. Dans P. Morissette & M. Venne (Éds.), *Parentalité, alcool et drogues : Un défi multidisciplinaire* (pp. 143-177). Montréal, Québec: Éditions du CHU Ste-Justine.
- Lavergne, C., Turcotte, G., & Morissette, P. (2015). Retombées de l'initiative Main dans la main auprès des futures et nouvelles mères consommatrices de substances psychoactives en période périnatale. *Revue Canadienne de santé publique*, 106(7 (Supplément 2)), eS38-eS44. doi: 10.17269/CJPH.106.4831
- Lecompte, J., Perreault, É., Venne, M., & Lavandier, K.-A. (2002). *Impact de la toxicomanie maternelle sur le développement de l'enfant et portrait des services existants au Québec*. Montréal, Québec: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

- Létourneau, H. (2002). Toxicomanie d'un parent et appréciation des capacités parentales par les tribunaux québécois. *Drogues, santé et société, 1*(1). doi: 10.7202/000416ar
- Léveillé, S., Chamberland, C., & Tremblay-Renaud, A. (2007). Quand le développement personnel des parents compromet aussi celui de leurs enfants : État de la situation. Dans C. Chamberland, S. Léveillé & N. Trocmé (Éds.), *Enfants à protéger, parents à aider : Des univers à rapprocher*. Québec, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Levin-Rozalis, M. (2012). Recherche et évaluation de programmes. Dans V. Ridde & C. Dagenais (Éds.), *Approches et pratiques en évaluation de programmes. Nouvelle édition revue et augmentée*. (pp. 33-51). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Levitt, P. (1998). Prenatal effects of drugs of abuse on brain development. *Drug and Alcohol Dependence, 51*(1-2), 109-125. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0376-8716\(98\)00070-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0376-8716(98)00070-2)
- Lyons, P., & Rittner, B. (1998). The construction of the crack babies phenomenon as a social problem. *American Journal of Orthopsychiatry, 68*(2), 313-320. doi: 10.1037/h0080340
- Magura, S., & Laudet, A. B. (1996). Parental substance abuse and child maltreatment: Review and implications for intervention. *Children and Youth Services Review, 18*(3), 193-220. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0190-7409\(96\)00001-1](http://dx.doi.org/10.1016/0190-7409(96)00001-1)
- Marshall, S. K., Charles, G., Hare, J., Ponzetti, J. J., & Stockl, M. (2005). Sheway's services for substance using pregnant and parenting women: Evaluating the outcomes for infants. *Canadian Journal of Community Mental Health, 24*(1), 19-34.
- Minear, S., & Zuckerman, B. (2013). Interventions for children of substance-using parents. Dans N. E. Suchman, M. Pajulo & L. C. Mayes (Éds.), *Parenting and substance abuse: Developmental approaches to intervention*. New York, United States of America: Oxford University Press.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016). *Avis de santé publique sur la non consommation d'alcool durant la grossesse*. Québec, Québec: ministère de la Santé et des Services sociaux.

- Monette, M., Charette, M., & Jobin, I. (2001). *Planifier et évaluer son intervention : Module 5, l'évaluation formative et l'implantation du programme*. Cap-Rouge, Québec: Les Presses Inter Universitaires.
- Morissette, P., & Venne, M. (2009). *Parentalité, alcool et drogues : un défi multidisciplinaire*. Montréal, Québec: Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Morissette, P., Venne, M., Lavergne, C., Desmeules, S., Létourneau, H., Lavandier, K.-A., & Chouinard-Thompson, A. (2007). Main dans la main : Une collaboration audacieuse et novatrice entre les parents, le CHUM et la DPJ en contexte de consommation. Dans C. Chamberland, S. Léveillé & N. Trocmé (Éds.), *Enfants à protéger, parents à aider : Des univers à rapprocher* (pp. 243-261). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Motz, M., Leslie, M., Pepler, D. J., Moore, T. E., & Freeman, P. A. (2006). Breaking the cycle: Measures of progress 1995-2005. *Journal of FAS International, special supplement*.
- Nadeau, L., & Biron, C. (1998). *Pour une meilleure compréhension de la toxicomanie*. Saint-Nicolas, Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Parent, C., & Brousseau, M. (2008). La parentalité sous la loupe des chercheurs. Dans C. Parent, S. Drapeau, M. Brousseau & E. Pouliot (Éds.), *Visages multiples de la parentalité*. Québec, Québec: Les Presses de l'Université du Québec.
- Patton, M. Q. (1987). *How to use qualitative methods in evaluation*. Newbury Park, California: SAGE Publications, Inc.
- Patton, M. Q. (2001). *Qualitative research and evaluation methods, 3rd edition*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Patton, M. Q. (2008). *Utilization-focused evaluation, 4th edition*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc.
- Patton, M. Q., & LaBossière, F. (2012). L'évaluation axée sur l'utilisation. Dans V. Ridde & C. Dagenais (Éds.), *Approches et pratiques en évaluation de programmes. Nouvelle édition revue et augmentée*. (pp. 145-160). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

- Perret, B. (2012). La construction d'un jugement. Dans V. Ridde & C. Dagenais (Éds.), *Approches et pratiques en évaluation de programmes. Nouvelle édition revue et augmentée* (pp. 53-69). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Pomeroy, E. C., & Parrish, D. E. (2011). Prenatal impact of alcohol and drugs on young children: Implications for interventions with children and parents. Dans S. L. A. Straussner & C. H. Fewell (Éds.), *Children of substance-abusing parents: Dynamics and treatment*. New York, United States of America: Springer Publishing Company.
- Réseau québécois en innovation sociale. (2011). *Déclaration québécoise pour l'innovation sociale*. Université du Québec.
- Richardson, G. A., & Day, N. L. (1994). Detrimental effects of prenatal cocaine exposure: Illusion or reality? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(1), 28-34. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199401000-00005>
- Ridde, V., & Dagenais, C. (2012). Introduction générale à l'évaluation de programmes. Dans V. Ridde & C. Dagenais (Éds.), *Approches et pratiques en évaluation de programmes. Nouvelle édition revue et augmentée*. (pp. 13-32). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (fifth éd.). New York, United States of America: Free Press.
- Rollin, J., & Vincent, V. (2007). *Acteurs et processus d'innovation sociale au Québec*. Québec, Québec: Réseau québécois en innovation sociale.
- Rossi, P. H., Freeman, H. E., & Lipsey, M. W. (1998). *Evaluation: A systematic approach, 6th edition*. Thousand Oaks, California: SAGE publications.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation: A systematic approach* (7 éd.). Thousand Oaks, California: Sage Publications Inc.
- Salo, S., & Flykt, M. (2013). The impact of parental addiction on child development. Dans N. E. Suchman, M. Pajulo & L. C. Mayes (Éds.), *Parenting and substance abuse: Developmental approaches to intervention*. New York, United States of America: Oxford University Press.

- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, California: SAGE publications Inc.
- Straussner, S. L. A. (2011). Children of substance-abusing parents : An overview. Dans S. L. A. Straussner & C. H. Fewell (Éds.), *Children of substance-abusing parents: Dynamics and treatment* (pp. 1-27). New York: Springer Publishing company.
- Tourigny, M., & Dagenais, C. (2005). Introduction à la recherche évaluative : La recherche au service des intervenants et gestionnaires. Dans S. Bouchard & C. Cyr (Éds.), *Recherche psychosociale : Pour harmoniser recherche et pratique. 2e édition*. (pp. 435-481). Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2004). *Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned*. (E.04.XI.24). New York, NY: United Nations Publication.
- Venne, M., Lecompte, J., & Lauriault, C. (2009). *Des soins et des services intégrés pour les parents toxicomanes et leurs enfants*. Montréal, Québec: Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).
- Vitaro, F., Carbonneau, R., & Assaad, J.-M. (2006). *Les enfants de parents affectés d'une dépendance : Problèmes et résilience*. Québec, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Weisz, J. R., Sandler, I. N., Durlak, J. A., & Anton, B. S. (2005). Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *American Psychologist*, 60(6), 628-648. doi: 10.1037/0003-066X.60.6.628
- Williams, J. H. G., & Ross, L. (2007). Consequences of prenatal toxin exposure for mental health in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16(4), 243-253.
- Wormer, K. V., & Thyer, B. A. (2010). Evidence-based practice in the area of substance abuse. Dans K. V. Wormer & B. A. Thyer (Éds.), *Evidence-based practice in the field of substance abuse: A book of readings*. California, United States of America: SAGE Publications, Inc.
- Yin, R. K. (2003). *Applications of case study research: Second edition* (Vol. 34). Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.

Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods, Fourth edition*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc.

Yin, R. K., & Ridde, V. (2012). Théories et pratiques des études de cas en évaluation de programmes. Dans V. Ridde & C. Dagenais (Éds.), *Approches et pratiques en évaluation de programmes. Nouvelle édition revue et augmentée* (pp. 179-198). Montréal, Québec: Les Presses de l'Université de Montréal.