

Cœur des vallées en action

Document d'analyse des pratiques

Rédigé par Vann-Vateil Phlek, assistante de recherche



AVENIR D'ENFANTS
DES COMMUNAUTÉS ENGAGÉES



Description des programmes

Réseau maintenant l'enfant (RME)

Le projet Réseau Maintenant l'Enfant (RME) est une initiative du Chef des programmes enfance-jeunesse-famille et prévention/promotion du Centre de santé et des services sociaux (CSSS) de Papineau. Ce dernier a mis de l'avant certaines préoccupations en ce qui concerne l'organisation et l'offre des services en petite enfance avec la collaboration d'un regroupement local de partenaires impliquant des intervenants du Centre local de services communautaires (CLSC), du bureau coordonnateur de la garde en milieu familial, de Centres de la Petite Enfance (CPE) et d'organismes communautaires du territoire ainsi que de la Commission scolaire Au-Cœur-des-Vallées. À la lumière de ces constats, ils souhaitaient que des services de prévention, de dépistage et de réadaptation soient offerts aux enfants d'âge préscolaire dans le but de prévenir l'aggravation des difficultés adaptatives et développementales des tout-petits résidant sur le territoire.

Les objectifs visés par le RME sont donc d'améliorer les connaissances des premiers acteurs de la petite enfance en matière d'évaluation développementale et d'intervention précoce des difficultés adaptatives, d'améliorer les capacités des milieux à dépister les enfants présentant des indices de difficultés développementales et/ou comportementales et d'améliorer l'accessibilité aux services de première ligne aux enfants qui requièrent des services d'intervention précoce.

Pour répondre à ces objectifs, une série d'activités a été réalisée au courant des deux dernières années. Une formation d'une journée a été offerte à 39 agents dépisteurs, impliquant des acteurs (éducateurs, intervenants, agents de soutien au développement, directeurs d'organisation) œuvrant dans les différents milieux de vie des enfants en bas âge (milieux de garde, organismes communautaires, milieu scolaire, CLSC), sur l'utilisation de la trousse Grille d'évaluation du développement (GED). Le projet prévoit que les enfants et leur famille soient dirigés vers les services de réadaptation de 1^{re} ligne enfance jeunesse famille dispensés par une équipe multidisciplinaire du CISSSO.



Sac à jouer (SAJ)

Sac à jouer est une activité d'animation parent-enfant offerte à domicile auprès des familles en contexte de vulnérabilité ayant des enfants de 0 à 5 ans. L'activité est basée sur une approche de modelage visant à favoriser le jeu entre le parent et l'enfant. Les familles participantes sont habituellement référencées par l'équipe de Services intégrés en périnatalité et en petite enfance (SIPPE) du CISSSO et sont caractérisées par un faible revenu et une sous-scolarisation. L'animatrice du Centre Alpha Papineau visite les familles à domicile pour jouer avec l'enfant et son parent. Une trousse de jouets est alors prêtée à la famille pour une durée approximative de trois semaines, c'est-à-dire jusqu'à la prochaine visite. Il existe donc 40 trousse présentant 20 thématiques différentes pouvant être prêtées aux familles, selon les besoins. Parallèlement, un petit coffret est offert à la famille comprenant du matériel de bricolage (crayons de feutre, crayons de bois, ciseaux, aiguiseoir, pâte à modeler et bâton de colle), ainsi qu'une pochette avec des cartons de construction et des feuilles à dessin.

Cette activité vise à outiller le parent concernant la stimulation du développement global de son enfant. L'animatrice joue le rôle d'un modèle que le parent peut imiter après observation du jeu auprès de l'enfant. Elle aide aussi le parent à adapter les différentes activités selon l'âge de son enfant. Tout en jouant, le parent et son enfant peuvent mieux développer un lien d'attachement sécurisant. Plus précisément, les activités proposées par l'animatrice ciblent tout d'abord le développement du langage, et ensuite, l'éveil à l'écriture, à la lecture et à la numératie.

Le développement de la motricité globale et fine ainsi que la conscience phonologique sont abordés plus tard.

L'activité Sac à jouer est une action qui s'inscrit dans le système «famille» ayant pour but d'augmenter chez le parent ses compétences parentales. Puis, dans le sous-système «enfant», l'activité est inclue dans la transformation ciblée suivant : «L'enfant participe à diverses expériences positives avec sa famille». Tout au long de la démarche d'évaluation, un souci particulier sera porté à l'évaluation de la transformation souhaitée.



Identification et description de l'enjeu ciblé

Ces deux programmes font face à un enjeu en ce qui concerne leur pérennisation. En effet, la continuité de ces programmes est une préoccupation pour plusieurs raisons. Notamment, il est difficile de trouver des moments communs où toutes les institutions partenaires sont disponibles. Plusieurs rencontres ont dû être annulées, ce qui freine la bonne communication entre les partenaires ainsi que l'entretien de ce partenariat. Cela rend également les prises de décisions difficiles puisque les idées provenant des rencontres doivent être approuvées par chacune des institutions partenaires.

Pourtant, ces programmes ont eu des retombées positives sur les organisations ainsi que les parents et enfants y ayant participés. Principalement, les organisations et les parents se sont vus davantage outillées face au développement des enfants. Ceci à contribuer à plus grande échelle à ce que les retards développementaux et les difficultés adaptatives soient dépistés de manière précoce et à ce que que les enfants et leur famille qui nécessitent des services de réadaptation soient dirigés vers les services adaptés. D'où l'importance du maintien de ces programmes.

Cela amène donc à se demander comment peut-on faire en sorte que ces deux programmes perdurent dans le temps et demeurent efficaces en réponses aux besoins qu'ils ciblent? Pour assurer leur pérennité, l'implication continue de chacune des organisations est essentielle, malgré le roulement de personnel et les coupures dans les instances. Seule une forte volonté

accompagnée d'un leadership affirmé permettra au projet de perdurer au-delà de l'implication des individus qui ont agi à titre de "pères et de mères fondateurs". De cette façon, le réseau verrait une plus grande continuité de services et une meilleure concertation entre les partenaires donnant lieu à une augmentation du nombre de familles rejoindes. En effet, les résultats de plusieurs études sur la pérennité de programmes vont dans ce sens, en plus de donner d'autres suggestions.



Meilleures pratiques selon les appuis scientifiques

- Les projets impliquant la participation de la communauté sont plus propices à la pérennité (Mansuri et Rao, 2004).

Il y a une forte corrélation entre la participation de tous les partis impliqués et la pérennité d'un programme (Isham et Kähkönen, 1999).

- Une bonne présence et une grande visibilité dans la communauté via de l'information circulant sur le programme, ses activités, et ses résultats sont essentiels à la continuation du programme (Bracht et Kingsbury, 1990).

Ajuster les règles de fonctionnement du programme à l'environnement local, c'est-à-dire à la population cible et sa réalité, favorise la pérennité du dit programme en le rendant plus facilement accessible (Streetland, 1989).

- Un programme bénéficiant d'un support institutionnel de la part d'agences externes sera plus porter à durer dans le temps (Kleemeier, 2000; Newman, Menno, Laura, Geert, Ramiro, & Jose, 2002).

La pérennité d'un programme est davantage assurée lorsqu'elle bénéficie de ressources économiques et matérielles (Bossert, 1990), particulièrement les programmes visant une population vulnérable (Shea, Basch, Wechsler, & Lantigua, 1996).

- La pérennité d'un programme est plus facilement maintenue lorsque les organismes communautaires impliqués trouvent un financement continu (Mansuri et Rao, 2004).

Trouver des fonds de financements alternatifs et s'assurer d'avoir des fonds en cas de coupures dans les financements favorisent la pérennité d'un programme.

- Cela permet d'assurer l'accès aux ressources matérielles nécessaires à la continuité des activités de ce dernier (Haws, Bakamjian, Williams, & Lassner, 1992).

Malheureusement dans le cas des programmes actuels, les programmes curatifs plutôt que préventifs ont tendance à se voir accorder davantage de ressources (Bossert, 1990).

- Un large réseau de professionnels de la santé, institutions de santé, groupes communautaires et de citoyens pour discuter des problèmes et ce qui les maintiennent favorise la pérennité du programme (Kinne, Thompson, Chrisman, & Hanley, 1989). Donc les organismes communautaires ayant un meilleur réseau auront plus de faciliter à assurer la continuité d'un programme (Mansuri et Rao, 2004).

Une cohésion au sein des organismes communautaires impliqués favorise la pérennité du programme (Mansuri et Rao, 2004).

- Les projets imposés par un organisme de financement dureront moins longtemps que les projets choisis dans un contexte de négociation et respect mutuel (Bossert, 1990).

L'approbation et l'appui du programme par les instances les plus hauts placées de l'organisme favorise sa pérennité (Glaser, 1981)

- La capacité d'établir un budget réaliste favorise la pérennité d'un programme (Haws et al., 1992).

Les programmes offrant plusieurs services sont plus propices à la pérennité que ceux qui n'en offrent qu'un seul (Haws et al., 1992).

Les programmes impliquant des formations sont plus propices à la pérennité en raison de la transmission des connaissances (Bossert, 1990; Mansuri et Rao, 2004).

- Les organismes communautaires avec un fort leadership ainsi qu'un niveau élevé de compétences sont plus outillés pour assurer la pérennité d'un programme (Bossert, 1990; Mansuri et Rao, 2004).

Les programmes adéquatement intégrés dans les systèmes existants ou avec les objectifs et missions de l'organisme sont davantage portés à durer dans le temps.

- Les organismes communautaires doivent donc être bien intégrés dans leur milieu et avoir des buts consistants avec le programme en question (Bossert, 1990; Glaser, 1981).

Se concentrer sur les forces et les ressources présentes du programme est plus efficace à sa pérennité plutôt que de n'y voir que les déficits (McKnight, 1987).



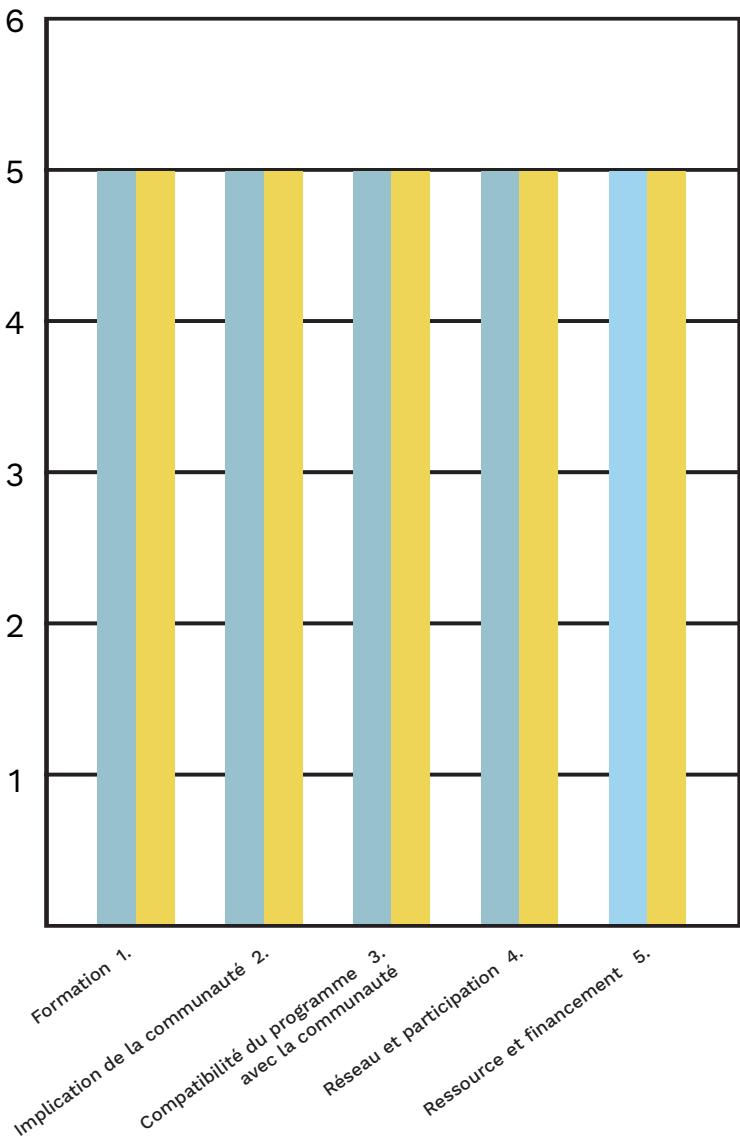
Démarche réflexive

Objectif :

Mise en place de moyens pour assurer la pérennité du programme.

En quoi notre programme peut-il être bonifié ?

Je marque d'un trait, à l'échelon approprié, les pratiques actuellement en place (**bande bleue**) et le niveau visé compte tenu des ressources disponibles (**bande jaune**).



L'échelle de l'histogramme se lit de :

0 = pas du tout à 5 = beaucoup.

Si je le souhaite, je peux aussi indiquer le résultat du vote collectif sur cet histogramme.

Identification des meilleures pratiques

1. Formation

Mise en place de programmes de formations destinés aux intervenants

2. Implication de la communauté

Être visible dans la communauté, encourager sa participation au fonctionnement du programme et/ou en tant que participants et ajuster les règlements en fonction de l'environnement local

3. Compatibilité du programme avec l'organisme

Mise en place d'un programme dont les valeurs et objectifs sont en harmonie avec ceux de l'organisme et s'intègre adéquatement avec le système et fonctionnement déjà en place

4. Réseau et participation

Présence d'un réseau large et varié (organismes communautaires, intervenants, professionnels de la santé, institutions de santé, citoyens, etc.) et leur participation au programme dans une atmosphère de cohésion et respect mutuel

5. Ressources et financement

Accès à des ressources matérielles et des fonds de financements continus

Quels moyens pouvons-nous mettre en place pour atteindre les objectifs fixés :

Références

- Bossert, T. J. (1990). Can they get along without us? Sustainability of donor-supported health projects in Central America and Africa. *Social Science and Medicine*, 30(9), 1015-1023. doi: 10.1016/0277-9536(90)90148-L
- Bracht, N., & Kingsbury, L. (1990). Community organization principles in health promotion: A five-stage model. In N. Bracht (Eds.), *Health Promotion at the Community Level*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.
- Glaser, E. M. (1981). Durability of innovations in human service organizations: A case study analysis. *Knowledge*, 3(2), 167-185. doi: 10.1177/107554708100300204?journalCode=scxa
- Haws, J., Bakamjian, L., Williams, T., & Lassner, K. J. (1992). Impact of sustainability policies on sterilization services in Latin America. *Studies in Family Planning*, 23(2), 85-96. doi: 10.2307/1966538
- Isham, J., & Kähkönen, S. (1999). What determines the effectiveness of community-based water projects? Evidence from Central Java, Indonesia on demand responsiveness, service rules, and social capital. *Social Capital Initiative Working Paper Series*, 14, 1-37. Rétrévé à {<http://siteresources.worldbank.org/INTSOCIALCAPITAL/Resources/Social-Capital-Initiative-Working-Paper-Series/SCI-WPS-14.pdf>}
- Kinne, S., Thompson, B., Chrisman, N. J. & Hanley, J. R. (1989). Community organization to enhance the delivery of preventive health services. *American Journal of Preventive Medicine*, 5(4), 225-229. Rétrévé à {<http://psycnet.apa.org/record/1991-08120-001>}
- Kleemeier, E. (2000). The impact of participation on sustainability : An analysis of the Malawi rural piped scheme program. *World Development*, 28(5), 929-944. doi: 10.1016/S0305-750X(99)00155-2
- Mansuri, G., & Rao, V. (2004). Community-based and driven development : A critical review. *The World Bank Research Observer*, 19(1), 1-39. doi: 10.1093/wbro/lkh012
- McKnight, J. (1987). Regenerating community. *Social Policy*, 17(3), 54-58. Rétrévé à {<http://mn.govmnddc/parallels2/pdf/80s/87/87-RC-JLM.pdf>}
- Newman, J., Menno, P., Laura, R., Geert, R., Ramiro, C., & Jose, L.E. (2002). An impact evaluation of education, health and water supply investments by the Bolivian Social Investment Fund. *World Bank Economic Review*, 16(2), 241-247. doi: 10.1093/wber/16.2.241
- Shea, S., Basch, C. E., Wechsler, H. & Lantigua, R. (1996). The Washington heights-inwood healthy heart program: A 6-year report from a disadvantaged urban setting. *American Journal of Public Health*, 86, 166-171. doi: 10.2105/AJPH.86.2.166
- Streefland, P. H. (1989) The continuity of vaccination programmes: Reflections and a case from Gujarat, India. *Social Science and Medicine*, 29(9), 1091-1098. doi: 10.1016/0277-9536(89)90021-X