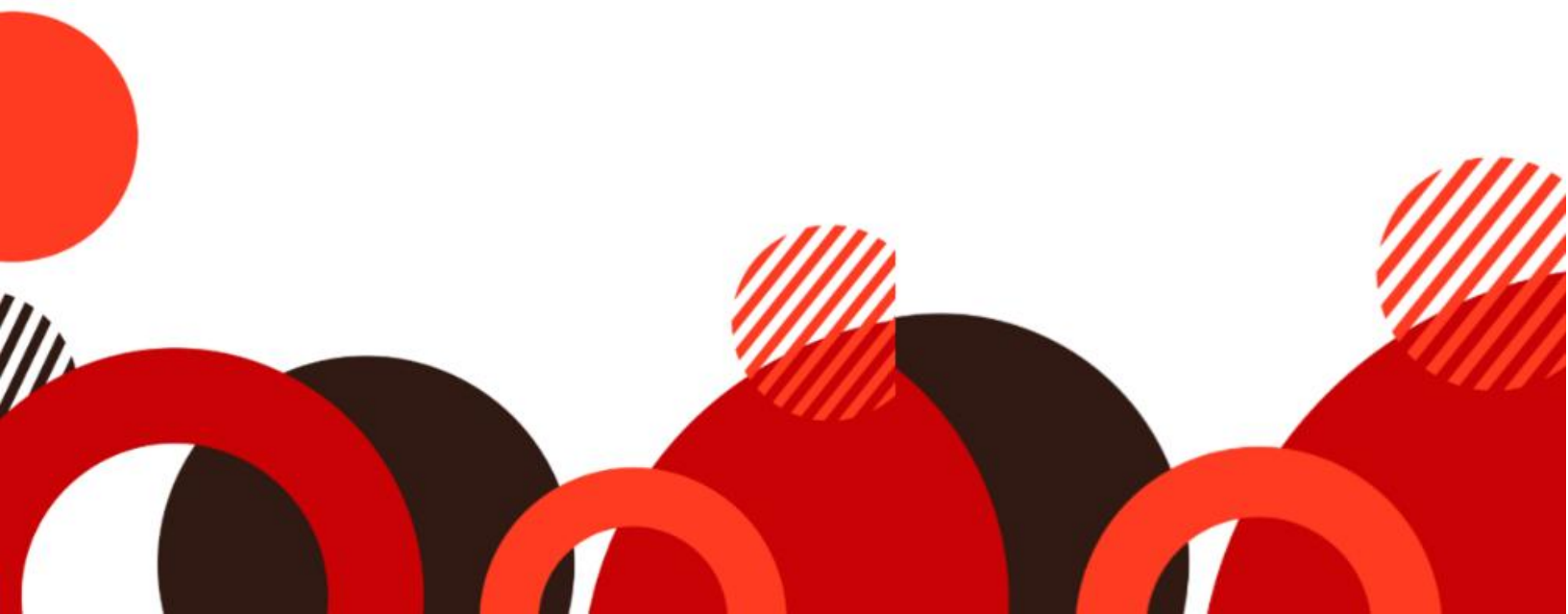


Rapport de recherche

Mesure de la performance et du partenariat dans le cadre du programme Agir tôt

Projet de recherche *Impact*



Rédaction principale

Léanne Miazga

Étudiante à la maîtrise en physiothérapie et auxiliaire de recherche

Université Laval

Centre interdisciplinaire en réadaptation et intégration sociale (Cirris)

Auteurs

Léanne Miazga

Étudiante à la maîtrise en physiothérapie et auxiliaire de recherche

Université Laval

Centre interdisciplinaire en réadaptation et intégration sociale (Cirris)

Gabrielle Pratte, PhD

Chercheuse postdoctorale

Université Laval et au ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS)

Centre interdisciplinaire en réadaptation et intégration sociale (Cirris)

Marie Grandisson, PhD

Professeure titulaire à l'Université Laval

Chercheuse au Centre interdisciplinaire en réadaptation et intégration sociale (Cirris)

Financé par

Institut de recherche en santé du Canada (IRSC)

Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS)

Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS)

Septembre 2025

Table des matières

<i>Introduction</i>	4
Le programme <i>Agir tôt</i>	4
<i>1. Les indicateurs utilisés dans le programme Agir tôt et les autres programmes du MSSS</i>	5
Limites des indicateurs utilisés présentement.....	6
<i>2. Modèles pour l'évaluation de la performance</i>	8
2.1. Cadre de référence ministériel	8
2.2. Modèle d'Évaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé (EGIPSS)....	10
2.3. Modèle d'Analyse de la Performance (MAP)	10
2.4. RE-AIM Framework.....	12
<i>3. Stratégies, indicateurs et outils de mesure</i>	15
3.1. Stratégies de mesures générales.....	15
a) Sondages, questionnaires et enquêtes.....	15
b) Analyses de réseaux et sondages de réseaux	17
c) Scores d'intensité	18
d) Outil de reddition de comptes de Doré et al. (2023).....	18
3.2. Éléments à considérer pour le choix des indicateurs	19
3.3. Outils de mesure existants	21
a) Victorian Health Promotion Foundation Partnership Analysis Tool (VPAT).....	21
b) Partnership Self-Assessment Tool (PSAT).....	21
c) Measurement Approaches to Partnership Success (MAPS).....	22
d) L'Outil diagnostique de l'action en partenariat	22
e) Community Capacity-Building Tool (CCBT).....	23
<i>Conclusion</i>	25
<i>Références</i>	26

Introduction

La problématique ciblée par le projet de recherche *Impact* est le grand volume de demandes pour des services professionnels en petite enfance, engendrant des listes d'attentes de plus en plus longues pour les enfants à risque ou présentant des difficultés de développement dans un contexte de ressources limitées. L'objectif du projet est *Impact* est d'alimenter le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans ses travaux entourant le virage vers une organisation des services du programme *Agir tôt* davantage axée vers la collaboration avec les partenaires intersectoriels pour mieux soutenir le développement des enfants, et ce, en complémentarité avec la Santé publique. Le projet de recherche se traduit donc en deux volets distincts : 1) faire un portrait des initiatives de soutien aux partenaires pour soutenir le développement des enfants et 2) identifier les éléments clés d'une stratégie pour mesurer la performance et la qualité des services de soutien aux partenaires.

Le présent rapport s'inscrit dans le volet 2. Il propose une recension des écrits sur la mesure de la performance et de la qualité des services de soutien aux partenaires. Après une présentation des indicateurs actuellement utilisés dans ce programme et dans d'autres initiatives du MSSS, différents modèles conceptuels d'évaluation de la performance sont décrits, dont le cadre de référence ministériel, l'EGIPSS, le MAP et le RE-AIM. Les faits saillants identifiés dans la littérature scientifique concernant les stratégies de mesure, les critères à considérer dans le choix d'indicateurs ainsi que divers outils d'évaluation transférables au contexte de la petite enfance sont présentés. L'ensemble de ces éléments permet de proposer des pistes de réflexion pour mesurer la performance et la qualité des services de soutien aux partenaires offerts dans le programme *Agir tôt*.

Le programme *Agir tôt*

Le programme *Agir tôt* est une initiative provinciale québécoise visant à repérer rapidement les vulnérabilités dans le développement des enfants de 0 à 5 ans et à offrir des interventions précoces adaptées aux besoins des familles. Il s'appuie sur trois grandes orientations : le dépistage précoce et systématique à l'aide d'outils standardisés, l'accès rapide à des services de première ligne pour soutenir le développement et la participation sociale, et le renforcement de la collaboration avec les partenaires communautaires. Le programme fonctionne selon un modèle de soutien à paliers multiples, où les services sont modulés selon les besoins : un premier palier d'actions universelles et de sensibilisation, un deuxième palier d'interventions ciblées pour les enfants présentant des facteurs de risque, et un troisième palier de services spécialisés pour les enfants nécessitant une prise en charge plus intensive. Ce modèle vise à assurer une réponse rapide, graduée et coordonnée pour favoriser le développement optimal de tous les enfants de la province du Québec.

1. Les indicateurs utilisés dans le programme *Agir tôt* et les autres programmes du MSSS

Le programme *Agir tôt* s'appuie sur un ensemble d'indicateurs visant à évaluer les processus de dépistage et d'intervention précoce en petite enfance. Deux grands types d'indicateurs sont actuellement utilisés dans le cadre du programme. Les indicateurs des cycles de dépistage permettent de documenter la rapidité et la fluidité du processus de détection des vulnérabilités développementales. Les indicateurs des interventions offrent un aperçu du volume et du moment d'entrée des enfants dans le continuum de services.

Tableau 1. Indicateurs utilisés dans le programme *Agir tôt*

Type 1 : Indicateurs des cycles de dépistage	Type 2 : Indicateurs des interventions
Délai de prise en charge des références Délai de complétion des questionnaires Délai d'analyse du cycle de dépistage Délai total de dépistage	Nombre d'enfants rejoints - Nombre de nouveaux enfants ayant reçu un premier service - Âge moyen des enfants au moment du premier service

Dans le développement des indicateurs pour *Agir tôt*, il est important de prendre en compte les autres indicateurs déjà mesurés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en petite enfance, notamment en DP-DI-TSA, JED et santé publique. Voici un tableau résumé des indicateurs mesurés selon le programme ou service du ministère.

Tableau 2. Indicateurs utilisés dans les autres programmes du MSSS

Indicateur mesuré	Programme/service			
	<u>DP</u>	<u>DI-TSA</u>	<u>JED</u>	<u>Santé publique</u>
Nombre d'utilisateurs ayant accès aux services en CLSC selon les délais de priorisation	X	X		X
Le taux de traitement des demandes selon les standards du Plan d'accès <i>aux services pour les personnes ayant une déficience</i>	X	X		
Délai moyen d'accès aux services spécialisés pour les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA		X		
Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par le programme <i>Agir tôt</i>	X	X	X	
Nombre d'utilisateurs desservis en CLSC	X	X	X	
Nombre moyen d'interventions effectuées par usager reçues en CLSC	X	X		
Nombre d'interventions effectuées dans le cadre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)				X
Nombre de familles suivies activement dans le cadre des SIPPE				X

Limites des indicateurs utilisés présentement

Ces indicateurs ne reflètent pas l'ensemble des activités mises de l'avant par le Cadre de référence *Agir tôt* publié par le MSSS à l'automne 2024. Une réflexion a donc été entamée par certaines personnes conseillères du MSSS pour identifier les indicateurs supplémentaires qui pourraient être intégrés afin de mieux capter l'ensemble du programme. Pour le volet intervention, des indicateurs comme l'offre de services selon leur type, le délai d'attente entre l'orientation et le premier service, la proportion d'enfants ayant reçu le service dans les délais prescrits, ainsi que le nombre d'épisodes de services et les délais entre ces épisodes sont ressortis de ces réflexions. D'autres éléments liés à l'efficacité et à la coordination des services sont aussi ressortis, comme les délais interétablissements, le référencement vers les services spécialisés, ou encore le nombre de cas fermés pour objectifs atteints.

La réflexion a également soulevé que l'intégration du modèle de soutien à paliers multiples au sein du programme gagnerait également à être évaluée, par exemple par la proportion des services offerts à chacun des paliers, ou encore par la répartition des services offerts en milieux cliniques versus en proximité. Le processus d'évaluation dynamique, qui vise à offrir des interventions avant même la démarche diagnostique, pourrait être documenté par le nombre d'enfants ayant reçu une intervention précoce. En complément, des indicateurs qualitatifs comme la satisfaction des parents,

la présence d'un intervenant pivot au dossier, ou la co-intervention interprofessionnelle (ex. : DP-DI-TSA avec SIPPE, DPJ) pourraient contribuer à une meilleure compréhension des impacts du programme.

Le volet soutien aux partenaires est un élément nouveau du programme qui n'est actuellement pas du tout couvert par les indicateurs mesurés. Pour arriver à capter la portée communautaire du programme, il est essentiel que cet aspect soit suivi par le MSSS. Les réflexions en cours ont identifié différents éléments qui pourraient permettre de mettre en lumière cet aspect du programme, notamment, le nombre de réponses aux demandes du milieu, la quantité et le type de partenariats, ainsi que le nombre d'activités réalisées, leur répartition territoriale, et le nombre d'enfants rejoints, avec une attention particulière aux clientèles vulnérables.

En résumé, bien que le programme *Agir tôt* dispose déjà d'une base d'indicateurs, inspirés à la fois de son propre cadre et des pratiques du MSSS, la mesure de la performance et de la satisfaction du programme dans son ensemble est incomplète et doit être bonifiée afin de pouvoir apprécier pleinement son impact auprès de son public cible.

2. Modèles pour l'évaluation de la performance

Cette section décrit différents modèles pouvant être utilisés pour l'évaluation de la performance. Afin d'évaluer le réseau québécois de la santé et des services sociaux, le MSSS propose un cadre de référence d'évaluation de la performance. Trois autres modèles potentiellement pertinents pour mesurer la performance d'Agir tôt ont été identifiés dans la littérature.

2.1. Cadre de référence ministériel

Le cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du réseau québécois de la santé et des services sociaux définit la performance comme la capacité d'atteindre les objectifs de santé et de bien-être de la population, tout en utilisant les ressources de façon optimale et en respectant les valeurs et principes du système. Les caractéristiques de la performance peuvent être regroupées dans trois catégories : l'accessibilité des services, la qualité des services et l'optimisation des ressources (MSSS, 2012).

Tableau 3. Volets de performance du système public de santé et services sociaux

Caractéristiques de performance	Volets	Description
Accessibilité des services	Accessibilité	Capacité de fournir les soins et les services requis, à l'endroit et au moment opportun.
	Équité d'accès	Capacité de fournir les soins et les services en fonction des besoins et sans égard aux caractéristiques personnelles non reliées aux besoins, comme le revenu, l'éducation, le lieu de résidence, etc.
Qualité des services	Efficacité	Capacité d'améliorer la santé et le bien-être.
	Sécurité	Capacité de minimiser les risques associés aux interventions et aux milieux de soins et de services eux-mêmes pour les usagers, le personnel et la population.
	Réactivité	Capacité de s'adapter aux attentes, aux valeurs et aux droits des usagers.
	Continuité	Capacité de fournir les soins et les services requis, de façon intégrée et coordonnée. Dans le contexte d'une organisation des services par niveau (services de première ligne, deuxième ligne, troisième ligne), la continuité doit s'opérer à l'intérieur d'un niveau et entre les niveaux.
Optimisation des ressources	Efficiences	Capacité d'utiliser les ressources disponibles (humaines, matérielles, financières, technologiques et informationnelles) de façon optimale.
	Viabilité	Capacité, considérée sous l'angle des ressources humaines, matérielles, financières, technologiques et informationnelles, de répondre aux besoins présents et futurs de la population.

L'évaluation de la performance du ministère se veut divisée par les trois paliers de gestion (national, régional, local), par programme-services et continuum de services. Pour ce faire, des outils formés d'indicateurs regroupés en tableau de bord peuvent se montrer utiles (Figure 1). Les indicateurs représentent la base des tableaux de bord, et chacun d'entre eux devra être associé à une dimension de la performance. Puis, l'analyse de la performance se base sur l'atteinte des cibles de performance préalablement déterminées ou, à défaut d'avoir des cibles, sur l'observation de l'évolution des indicateurs. La mise au point et le déploiement dans le réseau de santé des outils d'évaluation de la performance permettra de mieux comprendre le fonctionnement du système puis de mobiliser les acteurs du système afin de contribuer à son amélioration (MSSS, 2012).

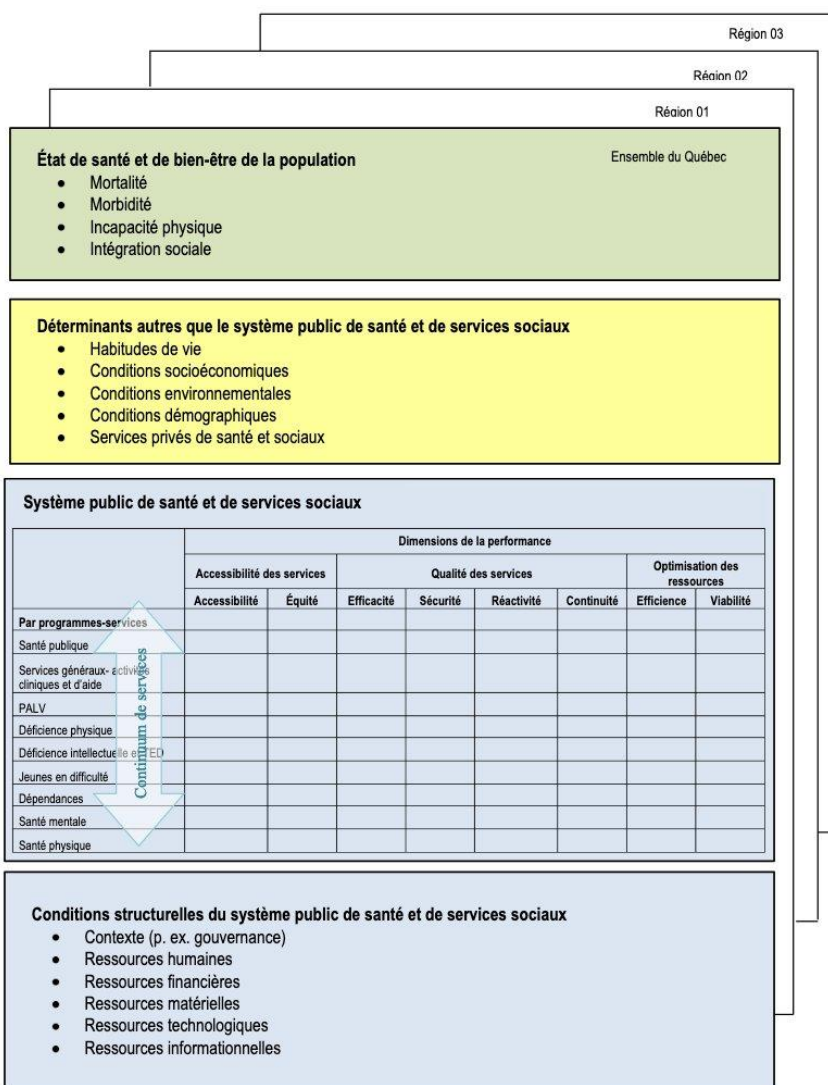


Figure 1. Prototype de tableau de bord du Cadre de référence ministériel

2.2. Modèle d'Évaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé (EGIPSS)

Le modèle d'Évaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé (EGIPSS) est un cadre conceptuel développé pour mesurer et analyser la performance des organisations de santé en tenant compte à la fois de leurs résultats, de leurs processus et de leur contexte (Champagne et al., 2005). Il repose sur 4 dimensions interreliées : l'adaptation, l'atteinte des buts, le maintien des valeurs, et la production (figure 2). Développé initialement dans le contexte québécois pour répondre aux besoins des établissements de santé et services sociaux, il s'adapte aux réalités du système provincial, notamment la planification régionale et l'intégration des soins. Employé comme outil d'autoévaluation et de reddition de comptes par les établissements de santé et le MSSS, il sert à guider les décisions stratégiques, évaluer l'atteinte des objectifs et favoriser l'amélioration continue. De plus, il permet d'intégrer les enjeux de santé publique et les priorités provinciales (accessibilité, pertinence, efficacité) dans l'évaluation des performances (Champagne et al., 2005).

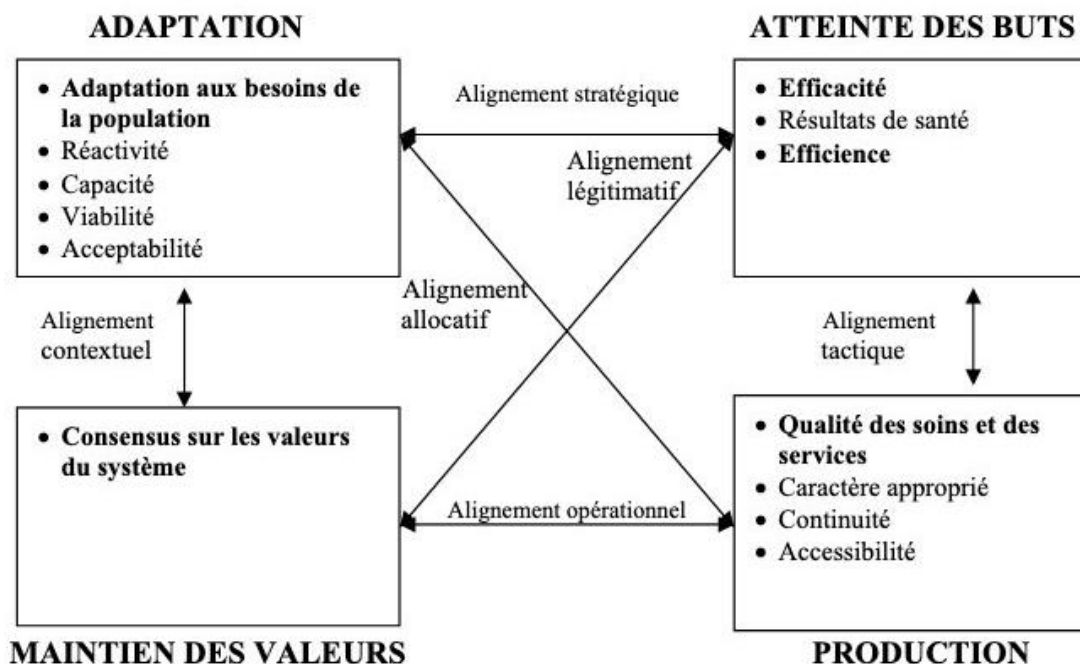


Figure 2. Le cadre d'évaluation canadien dans le modèle intégrateur (Champagne et al., 2005, p. 55)

2.3. Modèle d'Analyse de la Performance (MAP)

Le Modèle d'Analyse de la Performance (MAP) est un cadre conceptuel complet permettant d'évaluer et de bonifier, de façon intégrée et multidimensionnelle, les trajectoires de soins et de services, particulièrement dans le contexte du réseau québécois de la santé et des services sociaux

(Thiebaut et al., 2020). Cet outil développé au Québec a pour objectif de soutenir la prise de décision des travailleurs dans le réseau de la santé afin d'améliorer la performance.

Tableau 4. Dimensions et indicateurs du MAP

Dimensions	Indicateurs
Performance	Viabilité
	Accessibilité
	Ajustement aux besoins de la population cible de la trajectoire
	Continuité et coordination
	Pertinence
	Sécurité
	Humanisme
	Productivité
	Efficacité de soins et des services
	Efficienne
	Expérience usager
Contextuel	Caractéristiques du territoire, des individus et des partenaires
	Équité

Il est soutenu par un ensemble d'outils d'analyse et de mesure, répartis en trois volets. D'abord, deux tableaux illustrant les relations entre les dimensions, l'un décrivant leurs déterminants et l'autre leurs effets mutuels. Ensuite, 11 fiches de dimensions présentant leurs définitions, des exemples d'indicateurs et des illustrations tirées de la littérature scientifique. Puis 2 fiches contextuelles décrivant et proposant des indicateurs pour les dimensions liées au contexte. Un guide d'utilisation propose trois types d'analyses pour l'outillage. Dans un premier temps, l'analyse globale d'une trajectoire pour brosser un portrait de performance selon les 11 dimensions et identifier les zones critiques. Dans un deuxième temps, l'analyse ciblée des zones critiques pour en identifier les causes profondes et déterminer des actions d'amélioration. Dans un troisième temps, le suivi de la performance afin d'évaluer l'impact des actions mises en œuvre et vérifier qu'elles entraînent une amélioration. L'outillage vise une analyse complète et collaborative des trajectoires, impliquant intervenants, gestionnaires, partenaires et usagers pour construire un jugement partagé fondé sur la discussion. Les données quantitatives, bien qu'utiles, sont insuffisantes à elles seules. En effet, l'intégration du contexte et du savoir expérientiel est essentielle pour développer des actions raisonnées et justifiées en soutien à l'amélioration continue (Thiebaut et al., 2020).

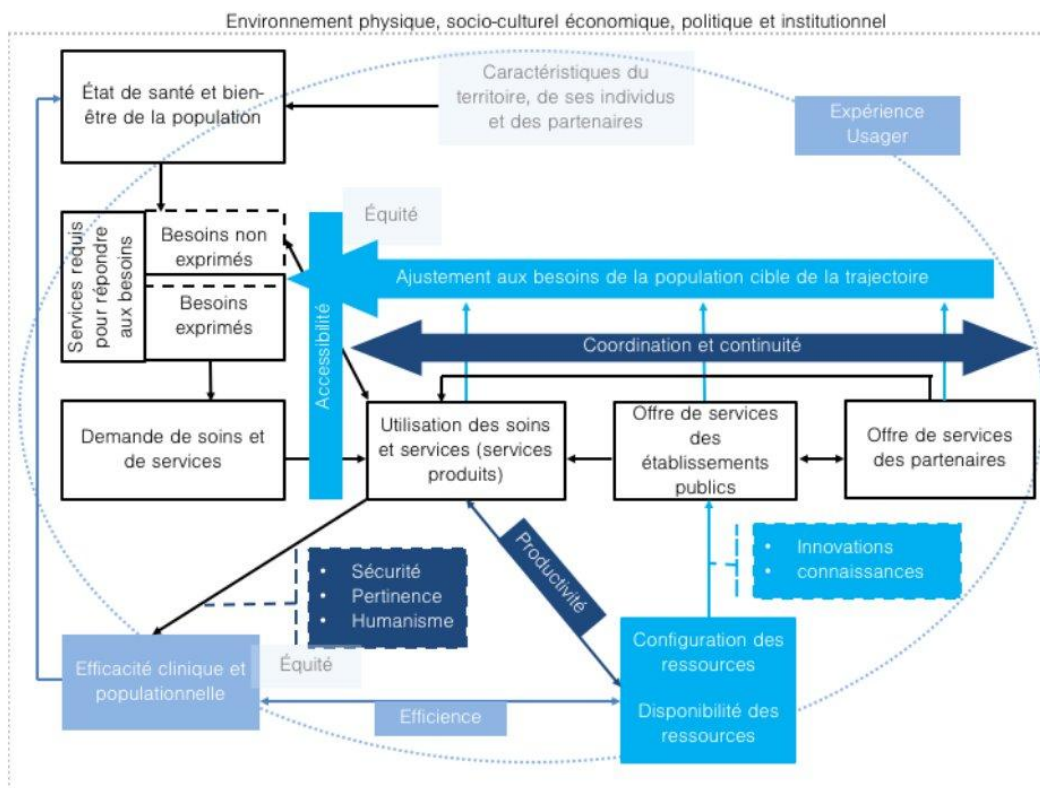


Figure 3. MAP appliqué au processus d'utilisation des soins et des services (Thiebaut et al., 2020)

2.4. RE-AIM Framework

Le RE-AIM Framework est un cadre d'évaluation conçu pour mesurer l'impact d'interventions en santé publique et en promotion de la santé selon cinq dimensions : *Reach* (portée), *Effectiveness* (efficacité), *Adoption* (adoption), *Implementation* (mise en place) et *Maintenance* (pérennité) (Sweet et al., 2014).

Tableau 5. Dimensions évaluées dans le RE-AIM Framework (Sweet et al., 2014)

Dimensions	Indicateurs
<i>Reach</i> (portée)	Pourcentage de destinataires/bénéficiaires/participants visés rejoints par le programme
	Pourcentage de personnes provenant de populations à faibles revenus rejoints par le programme
<i>Effectiveness</i> (efficacité)	Niveau d'efficacité globale du programme
	Niveau d'efficacité du programme pour les populations à faibles revenus
<i>Adoption</i> (adoption)	Pourcentage de milieux visés qui adoptent le programme
	Pourcentage de membres du personnel qui adoptent le programme dans les milieux visés
	Pourcentage de milieux à faibles revenus qui adoptent le programme
	Niveau de similarité entre le personnel participant et le personnel non participant
<i>Implementation</i> (mise en place)	Pourcentage de composantes centrales du programme implantées avec une qualité élevée
	Niveau d'adaptabilité du programme aux milieux locaux
	Degré de faisabilité des coûts et ressources nécessaires à la mise en œuvre
	Pourcentage de milieux participants où le programme est maintenu dans le temps
<i>Maintenance</i> (pérennité)	Niveau d'adaptation du programme aux besoins changeants des milieux locaux
	Durée d'efficacité soutenue du programme (minimum 1–2 an)
	Durée d'efficacité soutenue du programme pour les populations à faibles revenus (minimum 1–2 an)

Par exemple, dans l'article de Sweet et al. (2014), ce cadre a été opérationnalisé pour évaluer l'impact de partenariats multisectoriels visant à promouvoir l'activité physique à l'échelle communautaire. La dimension *Reach* portait sur la proportion et les caractéristiques des individus ou organisations touchés par les initiatives. *Effectiveness* examinait les effets perçus et mesurés sur les comportements ou la santé, ainsi que les bénéfices inattendus. *Adoption* évaluait le nombre et la diversité des organisations partenaires ayant intégré l'initiative. *Implementation* analysait la fidélité aux plans initiaux, les adaptations apportées et les ressources mobilisées. *Maintenance* se concentrait sur la durabilité des actions et des collaborations au-delà de la période de financement. Les auteurs de l'étude soulignent que ce cadre est flexible et transférable à divers contextes, mais que sa mise en œuvre exige une planification minutieuse pour définir clairement les indicateurs de chaque dimension et assurer la disponibilité des données nécessaires (Sweet et al., 2014).

En résumé, différents modèles permettent d'évaluer la performance en santé selon des angles complémentaires. Le cadre ministériel québécois propose une vision normative axée sur l'accessibilité, la qualité et l'optimisation des ressources, tandis que l'EGIPSS et le MAP offrent une analyse intégrée et contextuelle des trajectoires et organisations. De leur côté, des cadres

comme le RE-AIM soutiennent l'évaluation d'interventions et de partenariats. Ensemble, ces approches fournissent des pistes variées pour guider l'amélioration continue et répondre aux besoins de la population.

Tableau 6. Résumé des différents modèles et stratégies présentés

Modèle	Objectif	Dimensions/Volets	Points forts	Limites/Défis
Cadre de référence ministériel	Évaluer la performance du réseau québécois de santé et services sociaux	Accessibilité, qualité, optimisation des ressources	Vision normative, alignée sur les valeurs du système, applicable à plusieurs niveaux	Approche générale, peu adaptée aux partenariats communautaires spécifiques
EGIPSS	Évaluer la performance des organisations de santé en tenant compte des résultats, processus et contexte	Adaptation, atteinte des buts, maintien des valeurs, production	Intègre contexte et valeurs, outil d'autoévaluation et reddition de comptes, favorise amélioration continue	Complexité méthodologique, nécessite données variées et implication des acteurs
MAP	Évaluer et bonifier les trajectoires de soins et services de façon intégrée et multidimensionnelle	11 dimensions : viabilité, accessibilité, pertinence, continuité, sécurité, humanisme, productivité, efficacité, efficience, expérience usager, et 2 contextuelles	Approche collaborative, analyse globale et ciblée, guide structuré pour actions d'amélioration	Mise en œuvre exigeante, nécessite données qualitatives et quantitatives, temps et ressources importants
RE-AIM	Évaluer l'impact d'interventions en santé publique et partenariats multisectoriels	<i>Reach</i> (portée), <i>effectiveness</i> (efficacité), <i>adoption</i> , <i>implementation</i> (mise en place), <i>maintenance</i> (pérennité)	Flexible et transférable, adapté aux interventions communautaires, mesure pérennité	Définition claire des indicateurs nécessaire, collecte de données parfois complexe

3. Stratégies, indicateurs et outils de mesure

La recension rapide de la littérature, effectuée à la fois dans les bases de données traditionnelles et par le biais de plateformes utilisant l'intelligence artificielle (*Elicit* et *Consensus*), avait comme objectif d'identifier les stratégies, indicateurs, et outils de mesure utilisés pour mesurer les initiatives de soutien du système de santé aux partenaires communautaires en petite enfance. Deux critères d'inclusion étaient utilisés pour la sélection des stratégies retenues: l'indicateur ou l'outil doit mesurer l'offre de service plutôt que le service lui-même et doit être utilisé ou applicable à un contexte d'intervention en petite enfance.

Lors de la recherche, les méthodes trouvées ont été divisées en trois catégories. D'abord, les stratégies de mesures générales comme des questionnaires, des entrevues et des enquêtes. Ensuite, les éléments à considérer pour le choix des indicateurs. Puis, les outils de mesure structurés déjà existants.

3.1. Stratégies de mesures générales

Lors de la recension des écrits, plusieurs stratégies de mesures générales proposant différents indicateurs et dimensions sont ressorties. Cette section propose un survol non exhaustif des différentes stratégies recensées les plus pertinentes à l'objectif de ce rapport et du projet *Impact*.

a) Sondages, questionnaires et enquêtes

Les **sondages et questionnaires** auprès des parents sont fréquemment utilisés pour évaluer la mise en œuvre et les effets d'initiatives destinées à la petite enfance. Ils permettent de recueillir directement la perception des familles sur différents aspects, tels que l'accessibilité et la qualité des services, la satisfaction des besoins, les changements observés dans le développement de l'enfant ou encore la participation des parents aux activités. Ces outils offrent l'avantage d'obtenir des données centrées sur l'expérience vécue par les bénéficiaires et de documenter des dimensions qui ne sont pas toujours captées par des mesures administratives ou observationnelles. Les dimensions peuvent être évaluées à l'aide d'une échelle Likert (ex. : à quatre niveaux : très insatisfait, insatisfait, satisfait, et très satisfait). Globalement, les sondages parentaux constituent un complément utile aux autres méthodes d'évaluation, particulièrement pour comprendre comment les initiatives sont perçues et vécues par les principaux acteurs de la petite enfance (Battistin et al., 2024).

Les sondages aux parents peuvent mesurer une variété de variables. Voici un tableau résumant les différents thèmes couverts par les questionnaires recensés.

Tableau 7. Thèmes couverts par les questionnaires recensés

Dimensions mesurées dans les sondages aux parents concernant les services reçus
Information rendue à la famille
Support offert
L'écoute des parents et de l'enfant
Disponibilité des intervenants
Précision de l'intervention
Explication de l'intervention
Planification des activités
Participation active des parents
Respect de la famille
Ponctualité des professionnels
Collaboration avec les soins de santé
Expertise des professionnels
Communication du diagnostic
Écoute des professionnels
Temps passé avec les professionnels
Réponse aux besoins quotidiens

L'institut de la statistique du Québec (ISQ) a réalisé à quelques reprises des **enquêtes** pour brosser un portrait du parcours en petite enfance des jeunes du Québec. Un questionnaire élaboré dans le cadre de l'Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle (**EQPPEM**) visait à recueillir des informations dans 7 domaines différents : la description de la famille, le parcours préscolaire en milieu de garde, les autres activités éducatives, la santé de l'enfant, le contexte familial, la résidence et quartier, et les caractéristiques socioéconomiques (Institut de la statistique du Québec, 2019). Un autre instrument de mesure du développement de la petite enfance a vu le jour sous l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (**EQDEM**). Cet instrument de mesure a été développé pour être rempli par l'enseignant de l'enfant, et récolte de l'information sur le bien-être physique, le langage et les aptitudes cognitives, et le développement socio-affectif de l'enfant, en plus préoccupations particulières que l'enseignant pourrait avoir pour l'enfant (Institut de la statistique du Québec, 2017). Puis, l'**Enquête québécoise sur les activités de halte-garderie offertes par les organismes communautaires** avait comme objectif de tracer un portrait des caractéristiques des haltes-garderies au Québec via un questionnaire divisé en 5 sections : les caractéristiques de l'organisme, les caractéristiques de l'offre d'activités de halte-garderie, les caractéristiques de la clientèle de la halte-garderie et de la demande, les caractéristiques du personnel de la halte-garderie et le budget de la halte-garderie (Institut de la statistique du Québec, 2018).

Voici un tableau résumé des différentes dimensions mesurées dans ces enquêtes. La majorité des dimensions mesurées par ces enquêtes n'ont pas de lien direct avec l'évaluation du programme

Agir tôt. Toutefois, une réflexion pourrait être menée pour voir si ces grandes enquêtes pourraient être utiles pour évaluer certains aspects du programme.

Tableau 8. Dimensions mesurées dans les enquêtes de l'institut de la statistique du Québec

Outil utilisé	Dimensions mesurées
EQPEM: rempli par le parent	Description de la famille
	Parcours préscolaire en milieu de garde
	Autres activités éducatives
	Santé de l'enfant
	Contexte familial
	Résidence et quartier
	Caractéristiques socioéconomiques
EQDEM: rempli par l'enseignant	Bien-être physique
	Langage et les aptitudes cognitives
	Développement socio-affectif de l'enfant
	Préoccupations particulières de l'enseignant
Enquête halte-garderie: rempli par l'organisme	Caractéristiques de l'organismes
	Caractéristiques de l'offre d'activités de halte-garderie
	Caractéristiques de la clientèle de la halte-garderie
	Caractéristiques du personnel de la halte-garderie
	Budget de la halte-garderie

b) Analyses de réseaux et sondages de réseaux

Les analyses de réseaux (Network Analysis) et les sondages de réseaux (Network Surveys) constituent des approches complémentaires pour évaluer les partenariats intersectoriels en santé (Asirvatham et al., 2024). Elles permettent de cartographier et de quantifier les relations entre les individus ou organisations impliqués, en mettant en lumière la circulation de l'information, des ressources et de l'influence à l'intérieur du réseau. Les sondages de réseaux recueillent directement les perceptions des acteurs sur leurs collaborations, tandis que l'analyse de réseaux transforme ces données en indicateurs et représentations visuelles qui rendent compte de la densité des liens, de la centralité de certains partenaires, de la réciprocité des échanges ou encore de la présence de sous-groupes. Ces méthodes offrent ainsi un portrait dynamique des interactions au sein des partenariats, révélant les forces et les faiblesses de la collaboration intersectorielle. En santé publique, leur utilisation permet non seulement d'évaluer la solidité et la cohésion des réseaux, mais aussi de mieux comprendre comment la structure même des partenariats influence leur capacité à générer des résultats collectifs (Asirvatham et al., 2024).

Par exemple, dans une étude réalisée aux États-Unis, ce type d'analyse a été utilisé pour évaluer un réseau d'agences locales qui font la promotion d'un mode de vie sain et actif. Ils ont évalué les liens entre les agences et la communauté sur les plans de la communication, le financement, la coopération et la collaboration. Cette évaluation a permis de conclure que certains liens entre les

agences et les communautés étaient plutôt faibles, ce qui limitait leur impact au niveau local. Ici, l'analyse de réseau s'est donc montée être une façon efficace d'évaluer la force d'un partenariat et pour trouver des pistes pour améliorer les liens avec la communauté (An et al., 2017).

c) Scores d'intensité

L'évaluation des interventions communautaires peut également reposer sur des scores d'intensité, qui combinent trois dimensions clés : la portée (*reach*), la durée (*duration*) et la stratégie (*strategy*). La portée réfère au degré d'exposition des participants ou de la communauté à l'intervention, c'est-à-dire combien de personnes ou quelle proportion de la population a été touchée. La durée correspond à la fréquence et au temps d'exposition aux activités ou aux programmes, permettant de mesurer la continuité et la constance de l'intervention. La stratégie prend en compte le type d'approche utilisée (ex. information, sensibilisation, changements structurels ou politiques), reflétant le niveau d'intensité et de profondeur des actions mises en place. Ces trois dimensions sont combinées pour générer un score d'intensité global, qui sert d'indicateur de la force et de l'ampleur de l'intervention communautaire. L'utilisation de ce type de mesure permet non seulement de documenter les activités menées, mais aussi d'évaluer dans quelle mesure elles sont susceptibles de produire des changements systémiques et durables au niveau communautaire. (Collie-Akers et al., 2013)

d) Outil de reddition de comptes de Doré et al. (2023)

L'outil de reddition de comptes de Doré se veut un outil accessible et facile d'utilisation qui permet une évaluation en continu des services de proximité en tenant compte de leur contexte d'intervention. Leur outil a été construit avec les parties prenantes et adapté à la complexité de ces interventions. Cette reddition repose sur plusieurs objets d'évaluation : la pertinence (adéquation avec les besoins du milieu), la qualité des processus (collaboration, engagement citoyen, souplesse), ainsi que les effets observables, à la fois immédiats (mobilisation, accès accru aux ressources) et à long terme (réduction des inégalités, *empowerment* communautaire). Pour ce faire, une combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives est recommandée, incluant indicateurs d'activités, témoignages, études de cas et observations de terrain. Au-delà de la simple justification auprès des bailleurs de fonds, l'objectif est de produire une reddition utile et utilisable, favorisant l'amélioration continue, l'apprentissage collectif et la co-construction d'actions adaptées aux réalités locales (Doré et al., 2023).

Tableau 9. Dimensions et éléments considérés dans la reddition des comptes de Doré (Doré et al., 2023)

Dimensions	Éléments*
1. Gouvernance multiniveau	1.1 Niveau de gouvernance 1.2 Leadership 1.3 Ressources financières 1.4 Ressources humaines 1.5 Cohérence inter-direction du CIUSSS 1.6 Rencontres intersectorielles des directions
2. Services et soutiens offerts	2.1 Interventions individuelles 2.2 Interventions de groupe 2.3 Interventions collectives/intersectorielles 2.4 Activités spontanées 2.5 Actions de prévention et promotion de la santé
3. Processus	3.1 Accessibilité 3.2 Proximité géographique des intervenantes 3.3 Proximité relationnelle (lien de confiance)
4. Résultats et effets	4.1 Besoins comblés, satisfaits, et non comblés 4.2 Accessibilité, coordination et continuité des services 4.3 Expérience vécue personnelle 4.4 Renforcement du pouvoir d'agir (<i>empowerment</i>) 4.5 Effets sur les intervenants
5. Contexte	5.1 Profil du territoire 5.2 Temporalité 5.2.1 Transformation du territoire 5.2.2 Orientations politiques 5.2.3 Engagement sur la durée de la collaboration 5.3 Prévention/promotion 5.3.1 Mandat initial et actuel de l'intervention de proximité 5.3.2 Mise en place de politiques publiques favorables 5.3.3 Intervention précoce

*Indicateurs spécifiques à chaque élément disponible dans l'article de Doré et al., 2023

3.2. Éléments à considérer pour le choix des indicateurs

Lors de la recension de la littérature, plusieurs éléments importants à considérer pour la sélection des indicateurs et outils de mesure sont ressortis. Ils sont résumés dans le tableau 10.

Tableau 10 : Principaux éléments à considérer pour le choix des indicateurs

Critères proposés	Explications
Pertinence	Alignement avec les objectifs de l'initiative évaluée et les priorités de la communauté
Mesurables de manière réaliste	Possibilité de fournir des données fiables, disponibles et pouvant être recueillies à un coût et à un effort raisonnable
Sensibilité au changement	La mesure peut détecter les changements à court, moyen et long terme découlant de l'intervention
Acceptabilité et légitimité	Acceptabilité par les acteurs concernés et issus d'un processus participatif et collaboratif
Équilibre entre données quantitatives et qualitatives	Possibilité de documenter les effets chiffrés et comprendre les expériences vécues et les retombées contextuelles
Capacité à soutenir la reddition des comptes	Pertinence des résultats des interventions auprès des décideurs du système de santé, en respectant la diversité des contextes locaux
Adaptabilité et flexibilité locale	Applicabilité dans divers milieux, permettant des ajustements pour refléter les spécificités locales, sans freiner la flexibilité nécessaire à l'intervention communautaire

Le choix d'indicateurs pour évaluer des initiatives communautaires doit prendre en compte plusieurs dimensions. Dans un premier temps, les indicateurs doivent être **pertinents** et **alignés avec les objectifs** de l'initiative ainsi qu'avec les **priorités de la communauté**. Ils doivent aussi être **mesurables et réalistes**, c'est-à-dire que les données nécessaires doivent être **disponibles, fiables et recueillies à un coût et avec un effort raisonnable**. Les indicateurs doivent en outre être **sensibles aux changements** produits par l'intervention, pour permettre de capter ses effets à court, moyen et long terme. Dans un deuxième temps, un autre aspect essentiel est l'**acceptabilité** et la **légitimité des indicateurs** auprès des différents acteurs concernés : partenaires communautaires, professionnelles de la santé, gestionnaires et membres de la communauté. Leur sélection doit donc être le fruit d'un processus participatif et collaboratif, afin d'assurer qu'ils reflètent la réalité locale et les valeurs de la communauté. Finalement, les indicateurs doivent offrir un **équilibre entre données quantitatives et qualitatives**, permettant non seulement de documenter les résultats chiffrés, mais aussi de comprendre les processus, les expériences vécues et les retombées contextuelles. (Williams et al., 2023)

Puis, un autre critère à considérer pour le choix des indicateurs est la possibilité de **permettre une certaine reddition des comptes** au système de santé concerné pour démontrer la pertinence d'une initiative communautaire. Cependant, la reddition de comptes des interventions de proximité comporte un défi supplémentaire, elle doit aussi être comprise dans une logique de gouvernance multiniveaux, où s'articulent les échelles locale, régionale et nationale. Les dispositifs de reddition de compte doivent ainsi refléter la spécificité et la diversité des contextes locaux tout en respectant les cadres normatifs imposés par les instances supérieures. Cela implique de dépasser une vision

descendante de la reddition de comptes pour privilégier une approche réciproque et collaborative, où les acteurs locaux et institutionnels se responsabilisent mutuellement dans l'atteinte des objectifs. Enfin, il est essentiel de reconnaître la valeur ajoutée de ces interventions pour la cohésion sociale et la réduction des inégalités, tout en préservant un équilibre entre la flexibilité locale et les exigences de standardisation nationale. En somme, la mesure de ce type d'intervention à une échelle nationale est un défi, mais cette mesure ne doit pas être un frein à la flexibilité locale. (Goudet et al., 2024)

3.3. Outils de mesure existants

Lors de la recension de la littérature, différents types d'outils sont ressortis. Les outils de mesure présentés dans cette section sont utilisés afin de mesurer des partenariats communautaires avec un système de santé, et seraient tous transférables dans un contexte de petite enfance. Les outils mesurant directement le développement de l'enfant ou la qualité des milieux communautaires à la petite enfance ont été exclus. Les outils de mesure retenus et détaillés ci-bas et résumés dans le tableau 11 sont ceux qui permettaient une évaluation plus globale des services de soutien aux partenaires et portaient principalement sur le partenariat entre un milieu communautaire et un système de santé publique.

a) Victorian Health Promotion Foundation Partnership Analysis Tool (VPAT)

Le Victorian Health Promotion Foundation Partnership Analysis Tool (VPAT) est un outil d'évaluation basé sur le *Partnership Continuum*, conçu pour aider les groupes à réfléchir sur des partenariats établis et à en suivre l'efficacité dans le temps (Asirvatham et al., 2024). Il repose sur l'idée que les partenariats communautaires peuvent influencer positivement la santé et a déjà été utilisé dans divers projets communautaires et de sécurité sportive en Australie. Le VPAT évalue sept domaines clés : le besoin d'un partenariat, le choix des partenaires, le bon fonctionnement du partenariat, la planification d'actions collaboratives, la mise en œuvre de ces actions, la réduction des obstacles et la réflexion sur la poursuite du partenariat. Chaque item est coté de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement d'accord), pour un score total allant de 35 à 175, permettant de classer la solidité du partenariat (Asirvatham et al., 2024).

Le VPAT est un outil qui peut être utilisé de façon longitudinale, comme montré dans le projet NoGAPS. Les discussions autour des résultats du VPAT, administré annuellement pendant 5 ans, ont favorisé l'amélioration de la communication, la définition des rôles, le partage d'intérêts communs et la consolidation de la confiance entre partenaires. Toutefois, l'article souligne que la validité psychométrique de l'outil n'est pas établie et que les données reposent sur les perceptions auto-déclarées des représentants, ce qui peut introduire un biais (Finch et al., 2016).

b) Partnership Self-Assessment Tool (PSAT)

Le Partnership Self-Assessment Tool (PSAT) est un instrument développé pour mesurer la capacité d'un partenariat à fonctionner de manière collaborative et efficace. Le PSAT comprend 6 dimensions : la synergie, le leadership, l'efficacité, l'administration et le management, les ressources non-financières et les ressources financières. Chaque dimension est mesurée au moyen d'items cotés sur une échelle de type Likert, permettant d'identifier les forces et les domaines nécessitant des améliorations (Asirvatham et al., 2024).

Au Canada, cet outil a été utilisé auprès de membres de coopératives gériatriques afin de recueillir leurs perceptions sur l'efficacité du partenariat intersectoriel. Les résultats ont mis en évidence une synergie élevée et une bonne satisfaction globale, tout en soulignant la nécessité d'améliorer certaines dimensions comme la mobilisation des ressources et la communication. L'article précise que le PSAT est reconnu pour sa pertinence dans différents contextes communautaires et de santé publique, bien qu'il repose sur l'auto-évaluation et soit donc influencé par les perceptions subjectives des répondants (Gutmanis & Hillier, 2018).

c) Measurement Approaches to Partnership Success (MAPS)

Le Measurement Approaches to Partnership Success (MAPS) est un projet financé par le NIH qui a développé et validé un questionnaire de 109 items visant à mesurer le succès des partenariats de recherche communautaire basés sur l'approche participative (CBPR) établis depuis au moins six ans. En 2020, 55 partenariats CBPR à travers les États-Unis ont rempli le questionnaire, puis ont reçu en 2021 un mécanisme de rétroaction comprenant les résultats et un guide de facilitation pour soutenir leur interprétation et leur utilisation. Une étude de suivi menée en 2022 a révélé que le MAPS a stimulé la réflexion au sein des partenariats et a été jugé facile à compléter. Globalement, les résultats indiquent que le MAPS est un outil prometteur pour l'évaluation continue des partenariats, dont l'efficacité pourrait être renforcée par une mise en œuvre plus flexible et raccourcie. (Chandanabhumma et al., 2023; Israel et al., 2020)

d) L'Outil diagnostique de l'action en partenariat

L'Outil diagnostique de l'action en partenariat a été conçu pour évaluer la qualité des partenariats intersectoriels en santé publique, dans un contexte où peu d'outils validés existaient. Il propose six conditions de qualité regroupées en deux grandes dimensions. D'abord, la dynamique de la participation englobe la diversité des perspectives, l'implication précoce et stratégique, la capacité d'influence des partenaires et la mobilisation des acteurs clés. Ensuite, les arrangements de partenariat incluent la réduction des rapports de pouvoirs inégalitaires et la co-construction de l'action. L'Outil comporte 18 items, chacun présenté sous forme de trois énoncés reflétant différents niveaux d'atteinte des conditions, permettant ainsi une auto-évaluation structurée des pratiques partenariales au sein de projets collaboratifs allant au-delà du simple échange d'information. Sa validation a confirmé sa capacité à capter les variations de jugement, à favoriser la convergence des perceptions et à distinguer les partenariats en difficulté. En pratique, il permet d'établir un portrait des forces, faiblesses et zones de controverse d'un partenariat. De plus, il peut

être utilisé ponctuellement, de manière longitudinale pour suivre l'évolution d'une collaboration, ou de manière transversale pour comparer différents partenariats. En plus de fournir des résultats mesurables, cet outil constitue un support à la réflexion collective et un levier pour améliorer la qualité et l'efficacité des actions en partenariat (Bilodeau et al., 2011).

e) Community Capacity-Building Tool (CCBT)

Le Community Capacity-Building Tool (CCBT) a été conçu en collaboration avec l'Agence de santé publique du Canada pour répondre au besoin de mesurer et décrire la contribution des initiatives communautaires financées par le gouvernement du Canada dans l'amélioration de la santé communautaire. L'outil développé comprend 9 domaines utilisant 26 items cotés à l'aide d'une échelle d'évaluation à 4 niveaux: *just started, on the road, nearly there, we're there* (Maclellan-Wright et al., 2007). L'outil permet de planifier, construire et réfléchir à la capacité de la communauté a contribué à des projets de santé communautaire sur ces 9 domaines : la participation, le leadership, les structures communautaires, les organismes de financement externes, se questionner sur le pourquoi, l'obtention des ressources, les compétences, les connaissances et l'apprentissage, établir des liens avec autrui et le sentiment d'appartenance à la communauté (Agence de Santé publique du Canada, 2007). L'essai de l'outil auprès de 114 organismes communautaires a permis d'établir une bonne validité et fidélité de l'outil, en plus de confirmer sa facilité d'utilisation (Maclellan-Wright et al., 2007).

Tableau 11. Résumé des outils de mesure existants

Outil	Objectif	Dimensions/domaines	Échelle/structure	Forces	Limites
Victorian Health Promotion Foundation Partnership Analysis Tool (VPAT)	Évaluer et suivre l'efficacité des partenariats communautaires	7 domaines : besoin, choix des partenaires, fonctionnement, planification, mise en œuvre, obstacles, poursuite	35–175 points (Likert 1–5)	Favorise communication, clarification des rôles, confiance	Validité psychométrique non établie; biais auto-déclaratif
Partnership Self-Assessment Tool (PSAT)	Mesurer la capacité d'un partenariat à fonctionner efficacement	6 dimensions : synergie, leadership, efficacité, administration, ressources non-financières, ressources financières	Échelle Likert pour chaque dimension	Identifie forces et points à améliorer; reconnu en santé publique	Perceptions subjectives; auto-évaluation
Measurement Approaches to Partnership Success (MAPS)	Évaluer le succès des partenariats CBPR	Questionnaire 109 items; rétroaction et guide	Long questionnaire; feedback structuré	Stimule réflexion; facile à compléter; prometteur pour suivi	Longueur; besoin d'une version plus flexible
L'Outil diagnostique de l'action en partenariat	Évaluer la qualité des partenariats intersectoriels	2 dimensions : dynamique de la participation, arrangements de partenariat (6 conditions)	18 items avec 3 niveaux d'atteinte	Validation confirmée; distingue partenariats en difficulté; support à la réflexion	Auto-évaluation
Community Capacity-Building Tool (CCBT)	Mesurer la capacité communautaire à contribuer à des projets de santé	9 domaines : participation, leadership, structures, financement, réflexion, ressources, compétences, apprentissage, liens	26 items; échelle à 4 niveaux	Bonne validité et fidélité; facile à utiliser; soutient planification	Axé sur perception des acteurs communautaires

Conclusion

Cette recension met en lumière la diversité des modèles, indicateurs et outils disponibles pour évaluer la performance des initiatives de soutien aux partenaires communautaires. Plusieurs de ces approches apparaissent pertinentes et transférables au programme *Agir tôt*, notamment dans un contexte de partenariat intersectoriel et de petite enfance. Toutefois, la complexité méthodologique de certains modèles, la longueur ou la lourdeur de certains outils, ainsi que les contraintes liées à leur mise en œuvre sur le terrain, pourraient soulever des enjeux de faisabilité. Cela amène à s'interroger : **le MSSS gagnerait-il davantage à adapter une des stratégies de mesure ou un des outils existants ou serait-il préférable de développer un dispositif sur mesure, inspiré des principes et lignes directrices ressortis de la littérature?** Une chose est certaine, mesurer la performance d'*Agir tôt* dans le contexte du virage vers davantage de services de soutien aux partenaires doit impérativement impliquer une approche proactive et intégrée.

Voici quelques pistes émanant de ces travaux qui pourraient s'avérer pertinentes pour le choix d'éventuels indicateurs :

1. **Intégrer la mesure dès la phase de déploiement** : Définir un ensemble minimal d'indicateurs prioritaires (quantitatifs et qualitatifs) avant la mise en œuvre complète, afin de suivre l'évolution dès les premières étapes.
2. **Adopter un dispositif hybride** : Combiner des indicateurs administratifs (délais, volumes) avec des outils participatifs (questionnaires, analyses de réseaux) pour capter à la fois la performance et la qualité des partenariats.
3. **Privilégier la simplicité et la faisabilité** : Sélectionner des outils légers et validés (ex. PSAT ou VPAT) pour un suivi régulier, tout en planifiant des évaluations plus approfondies à intervalles stratégiques.
4. **Renforcer la collaboration intersectorielle** : Impliquer les partenaires communautaires dans la définition des indicateurs pour assurer leur pertinence et leur acceptabilité.
5. **Prévoir une révision continue** : Mettre en place un mécanisme de rétroaction permettant d'ajuster les indicateurs et les outils en fonction des besoins émergents et des réalités locales.

En somme, la mesure de performance d'*Agir tôt* doit être envisagée comme un levier d'amélioration continue, et non comme une simple reddition de comptes. *Agir tôt* dans la mise en place des indicateurs et des outils permettra non seulement de démontrer l'impact du programme, mais aussi de soutenir la prise de décision, la coordination des services et la pérennité des partenariats.

Références

Agence de Santé publique du Canada. (2007, October 17). *Community Capacity Building Tool*. <https://www.sparc.bc.ca/wp-content/uploads/2020/11/community-capacity-building-tool.pdf>

An, R., Khan, N., Loehmer, E., & McCaffrey, J. (2017). Assessing the Network of Agencies in Local Communities that Promote Healthy Eating and Lifestyles among Populations with Limited Resources. *American Journal of Health Behavior*, *41*(2), 127–138. <https://doi.org/10.5993/AJHB.41.2.3>

Asirvatham, R., Nelson, A., Northam, J., & Lucyk, K. (2024). Methods for evaluating intersectoral action partnerships to address the social determinants of health: A scoping review. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada : Research, Policy and Practice*, *44*(10), 440–449. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.10.04>

Battistin, T., Mercuriali, E., Borghini, C., Reffo, M. E., & Suppiej, A. (2024). Parental Satisfaction with the Quality of Care in an Early Intervention Service for Children with Visual Impairment: A Retrospective Longitudinal Study. *Children*, *11*(2), 230. <https://doi.org/10.3390/children11020230>

Bilodeau, A., Galarneau, M., Fournier, M., & Potvin, L. (2011). L’Outil diagnostique de l’action en partenariat: Fondements, élaboration et validation. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne de Santé Publique*, *102*(4), 298–302. <https://doi.org/10.1007/BF03404054>

Champagne, F., Contandopoulos, A.-P., Picot-Touché, J., Béland, F., & Nguyen, H. (2005). *Un cadre d’évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé: Le modèle EGIPSS* [Rapport de recherche]. Conseil de la santé et du bien-être. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilSanteBienEtre/Rapports/200509_modeleEGIPSS.pdf

Chandanabhumma, P. P., Berry, J., Wilson-Powers, E., Rowe, Z., Reyes, A. G., Lachance, L., Brush, B. L., & Israel, B. A. (2023). Understanding the utility of an evaluation instrument and a feedback mechanism in community-based participatory research (CBPR) partnerships. *Journal of Clinical and Translational Science*, *7*, 72–72. <https://doi.org/10.1017/cts.2023.303>

Collie-Akers, V. L., Fawcett, S. B., & Schultz, J. A. (2013). Measuring progress of collaborative action in a community health effort. *Revista Panamericana de Salud Publica = Pan American Journal of Public Health*, *34*(6), 422–428.

Doré, C., Lévesque, N., Hyppolite, S.-R., Maillet, L., Bourque, D., Maltais, D., Goudet, A., Joseph, J.-A., Morin, P., & Michaud, M. (2023). L’intervention de proximité: Proposition d’un dispositif

de reddition de comptes pertinent. *Nouvelles pratiques sociales*, 33(1), 112–133. <https://doi.org/10.7202/1095939ar>

Finch, C. F., Donaldson, A., Gabbe, B. J., Muhammad, A., Shee, A. W., Lloyd, D. G., & Cook, J. (2016). The evolution of multiagency partnerships for safety over the course of research engagement: Experiences from the NoGAPS project. *Injury Prevention*, 22(6), 386–391. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2015-041922>

Goudet, A., Doré, C., Hyppolite, S.-R., Lévesque, N., Joseph, J.-A., Maltais, D., Bourque, D., & Maillet, L. (2024). Integrated Place-Based Primary Interventions: Levers and Tensions Related to Multilevel Governance for Community Integrated Pathways, A Multiple Case Study. *Health Services Insights*, 17, 11786329241234997. <https://doi.org/10.1177/11786329241234997>

Gutmanis, I., & Hillier, L. M. (2018). Geriatric Cooperatives in Southwestern Ontario: A novel way of increasing inter-sectoral partnerships in the care of older adults with responsive behaviours. *Health & Social Care in the Community*, 26(1), e111–e121. <https://doi.org/10.1111/hsc.12484>

Institut de la statistique du Québec. (2017). *Instrument de mesure du développement de la petite enfance*© – *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2017*. McMaster University.

Institut de la statistique du Québec. (2018). *Enquête québécoise sur les activités de halte-garderie offertes par les organismes communautaires—Questionnaire*.

Institut de la statistique du Québec. (2019). *Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle (EQPPEM) 2017—Questionnaire en français*.

Israel, B. A., Lachance, L., Coombe, C. M., Lee, S.-Y. D., Jensen, M., Wilson-Powers, E., Mentz, G., Muhammad, M., Rowe, Z., Reyes, A. G., & Brush, B. L. (2020). Measurement Approaches to Partnership Success: Theory and Methods for Measuring Success in Long-Standing Community-Based Participatory Research Partnerships. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*, 14(1), 129–140. <https://doi.org/10.1353/cpr.2020.0015>

MacLellan-Wright, M. F., Anderson, D., Barber, S., Smith, N., Cantin, B., Felix, R., & Raine, K. (2007). The development of measures of community capacity for community-based funding programs in Canada. *Health Promotion International*, 22(4), 299–306. <https://doi.org/10.1093/heapro/dam024>

MSSS. (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*.

https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mesure-et-analyse-de-la-performance/Cadre_de_referance_ministeriel_devaluation_de_la_performance.pdf

Sweet, S. N., Ginis, K. A. M., Estabrooks, P. A., & Latimer-Cheung, A. E. (2014). Operationalizing the RE-AIM framework to evaluate the impact of multi-sector partnerships. *Implementation Science*, 9(1), 74. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-74>

Thiebaut, G.-C., Lavoie, C., Labreque-Pégoraro, S., & Maillet, L. (2020). *Pour de trajectoires de soins et services performantes: Un outillage pour l'analyse et la mesure*. Institut Universitaire de Première Ligne en Santé et Services Sociaux du CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

Williams, G., Greenhalgh, C., Spencer, A., Farragher, T., Gittins, M., & Verma, A. (2023). Identifying indicators for the evaluation of community interventions and initiatives in a multi-site public health programme. *Journal of Public Health*, 45(Supplement_1), i10–i18. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdad199>