

OBSTACLES À L'IMPLANTATION D'UN PROGRAMME DE BOIRE CONTRÔLÉ DANS LE CONTEXTE ORGANISATIONNEL DES SERVICES EN DÉPENDANCE

Hélène Simoneau
Centre Dollard-Cormier, Institut Universitaire sur les dépendances
Montréal, Québec

Louis-George Cournoyer
École de criminologie, Université de Montréal
Montréal, Québec

Thierry Favrod-Coune
Service de Médecine de premier recours, Hôpitaux Universitaires de Genève
Genève, Suisse

Michel Landry
Centre Dollard-Cormier, Institut Universitaire sur les dépendances
Montréal, Québec

Joël Tremblay
Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières
Québec, Québec

Catherine Patenaude
Université de Montréal
Montréal, Québec

Résumé : L'implantation constitue une étape primordiale de la diffusion de l'innovation car, sans une implantation réussie, même le programme le plus efficace ne peut déployer ses effets. Plusieurs obstacles ont été rapportés lors de l'évaluation d'implantation du programme Alcochoix+, un programme québécois de boire contrôlé s'adressant aux buveurs excessifs non-dépendants. À côté d'obstacles connus dans la littérature, comme le manque de publicité, le roulement du personnel, et les problèmes de ressources financières, les résultats de la présente étude soulèvent l'hypothèse d'un obstacle plus spécifique : la méconnaissance de l'approche théorique sous-jacente au programme. De plus, l'importance relative accordée aux obstacles semble évoluer dans le temps. Ces résultats rappellent l'importance d'effectuer des études d'implantation pour les nouveaux programmes.

Correspondance à l'auteure : Hélène Simoneau, Centre Dollard-Cormier, Institut Universitaire sur les dépendances, Montréal, QC; <helene.simoneau.cdc@ssss.gouv.qc.ca>

Abstract: Implementation is a primary step in disseminating innovation because, without successful implementation, even the most effective program cannot show results. Many barriers were reported in the implementation evaluation of *Alcochoix+*, a Quebec program for managing alcohol consumption intended for non-dependent excessive drinkers. In addition to barriers already identified in the literature, such as lack of advertising, staff turnover, and financial resource problems, the results of this study point out a more specific barrier: a lack of understanding of the program's underlying approach. Moreover, the relative importance attributed to the barriers seems to change over time. These results illustrate the importance of conducting implementation studies for new programs.

Plusieurs auteurs, issus de divers champs d'étude (e.g., communication, marketing, santé publique), ont proposé une définition de l'innovation (Landry et al., 2007). Ainsi, il y a un manque de consensus concernant les termes utilisés lorsqu'il est question d'innovation, de diffusion, de dissémination, et d'implantation. La définition proposée par Rogers (2003) sera retenue dans cet article, car elle est le plus souvent utilisée dans le domaine de la santé publique (Deschênes et al., 2008). Globalement, Rogers définit l'innovation comme une idée, une pratique, ou un objet perçu comme nouveau par un individu ou par d'autres unités d'adoption.

Quant à la diffusion de l'innovation, elle se produit en plusieurs étapes : la conception, la dissémination, l'adoption, l'implantation, et la pérennisation (Oldenburg & Parcel, 2002). Selon ces auteurs, la dissémination réfère à un ensemble de stratégies utilisées pour favoriser la connaissance et l'adoption, l'adoption réfère à la délibération et à la prise de décision des acteurs quant à l'implantation de l'innovation. Enfin, l'implantation est définie comme l'utilisation initiale d'une innovation par les personnes visées. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui nécessite beaucoup de temps et d'efforts (Fixsen, Naom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005; Landry et al., 2007). La réussite d'une implantation implique des changements dans les comportements des professionnels, dans les structures et cultures de l'organisation, ainsi que dans les relations avec les partenaires (Fixsen et al.).

L'ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION

L'évaluation de l'implantation peut remplir diverses fonctions, notamment comprendre comment l'intervention fonctionne, apprendre

à contourner les obstacles qui se dressent en cours d'implantation afin de faciliter l'implantation dans d'autres sites, et vérifier si l'implantation est adéquate pour permettre l'évaluation de l'impact du programme (Barry, Domitrovich, & Lara, 2005; Desrosiers et al., 1998). En effet, l'absence d'évaluation d'implantation peut amener des difficultés à distinguer les programmes inefficaces de ceux qui sont efficaces, mais mal implantés (Barry et al.).

L'évaluation d'implantation ne relève pas d'une méthodologie spécifique reconnue comme supérieure aux autres. La plupart des auteurs considèrent que la méthodologie adéquate est celle qui permet de bien répondre aux questions de recherche (Patton, 1997; Rossi, Lipsey, & Freeman, 2004; Werner, 2004). Ils décrivent une panoplie de stratégies de cueillette de données et d'analyse des résultats en fonction des objectifs de l'évaluation.

LES OBSTACLES À L'IMPLANTATION

Les déterminants (éléments facilitateurs ou obstacles) de l'implantation sont particulièrement nombreux et certains auteurs en ont décrit jusqu'à 50 (Fleuren, Wiefferink, & Paulussen, 2004). Ces mêmes auteurs ont également observé l'effet miroir de ces déterminants de sorte que, dans une même étude, certains facteurs identifiés comme des facilitateurs à l'implantation deviennent des obstacles s'ils sont absents ou manquants. En ce qui concerne le domaine de la santé et des services sociaux, les déterminants sont regroupés en trois catégories :

- les déterminants relatifs à l'innovation et à ceux qui l'adoptent (ou attributs de l'innovation);
- les déterminants relatifs à l'organisation et aux systèmes internes, dont font partie les problèmes de roulement de personnel et les ressources; et
- enfin, les déterminants relatifs à l'environnement et au contexte externe (Berwick, 2003; Deschesnes et al., 2008; Fleuren et al., 2004; Landry et al., 2007; Rogers, 2003; Wejnert, 2002).

Il semble que les déterminants de l'innovation interagissent de manière complexe les uns avec les autres, rendant difficiles la prédiction et la généralisation (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004). Wejnert (2002) souligne d'ailleurs le besoin d'études qui s'intéresseront aux interrelations entre les variables qui influencent

la diffusion des innovations. Dans cette perspective, des analyses qualitatives ont permis de proposer un modèle d'interrelations entre les obstacles nommés par les intervenants d'un programme de gestion de la consommation. Ce modèle propose que la réorganisation des services, le roulement de personnel, et le manque de ressources financières soient les obstacles les plus influents car ils seraient responsables des autres obstacles tels que les difficultés organisationnelles, le manque de publicité, et ainsi de suite (Cournoyer, Simoneau, Landry, Tremblay, & Patenaude, 2011).

Concrètement, les obstacles à l'implantation de programmes connus dans le domaine de la santé ou des services sociaux sont les suivants : le manque de ressources en termes de temps et d'argent; la priorité accordée aux autres problématiques; certaines difficultés au niveau de la circulation et de la mise à jour de l'information; une méconnaissance dans la façon d'appliquer l'innovation; une formation mal organisée, ennuyeuse, ou peu accessible; un manque de promotion ou l'adoption de stratégies passives de dissémination; un manque de personnel dédié à l'application de l'innovation; une insuffisance organisationnelle et un manque de leadership; un manque de motivation de la part du personnel; un manque au niveau du monitoring du programme, et ainsi de suite (Barry et al., 2005; Doray & Chaumette, 2001; Fixsen et al., 2005; Houle, Poulin, & Van Nieuwenhuysse, 2006; Tourigny, Paradis, Bonin, Bussièrès, & Durand, 2002).

Par exemple, l'évaluation de l'implantation d'un programme de lutte contre le surpoids a mis en évidence les quatre obstacles suivants : le manque de temps et d'argent pour soutenir le programme, le roulement de personnel et le manque de leadership, enfin le manque de preuve de l'efficacité du programme (Counterweight Project Team et al., 2008). Dans un article concernant l'implantation de programmes de santé publique, les obstacles majeurs retrouvés sont quasiment les mêmes, à savoir les problèmes de direction du programme, de financement, de roulement du personnel, ainsi que le manque de formation des intervenants (Ritchie, Gnich, Parry, & Platt, 2008).

Enfin, une étude d'évaluation de l'implantation d'une intervention brève s'adressant aux consommateurs d'alcool à risque a permis d'identifier des obstacles à l'implantation qui seraient plus spécifiques à ce type de problématique (Daepfen & Gaume, 2005). En effet, les auteurs de cette étude observent une mauvaise compréhension du programme et des perceptions erronées concernant l'approche préventive. Les participants aux séminaires de formation sont surtout

intéressés par la question de la dépendance à l'alcool plutôt que par la consommation d'alcool à risque.

Quoique cet obstacle semble apparenté à la méconnaissance dans la façon d'appliquer l'approche, à des problèmes au niveau de la formation, ou à un déficit dans la circulation de l'information, il s'en distingue par le moment où cette information doit parvenir aux personnes visées. En effet, les perceptions erronées au sujet de l'approche préventive doivent être corrigées en amont de la formation car elles réduisent et sélectionnent le nombre de participants à ce type de formation (Daepfen & Gaume, 2005). De plus, Cassidy et al. (2001, tels que cités par Daepfen & Gaume) considèrent que pour faciliter la dissémination des approches d'intervention brève, il faut sensibiliser le grand public aux problèmes de santé liés à l'alcool et à la distinction entre les concepts d'« alcoolisme » et de « consommation d'alcool à risque ».

CONTEXTE ORGANISATIONNEL DES SERVICES EN DÉPENDANCE AU QUÉBEC

Les services de santé au Québec sont organisés selon un ordre allant du moins spécialisé qui s'adresse à un grand nombre de personnes, au plus spécialisé qui concerne une population plus restreinte. Les premiers sont les Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS), qui forment les services généraux de santé et de services sociaux (la première ligne). Ils sont suivis des Centres de Réadaptation pour Personnes Alcooliques et autres Toxicomanes (CRPAT), qui sont les services spécialisés spécifiques au domaine de la dépendance (la deuxième ligne). Viennent enfin les Centres sur-spécialisés, la troisième ligne, qui regroupent plusieurs spécialités (e.g., toxicomanie et santé mentale). Au Québec, les services de santé mentale et de la dépendance sont gérés dans des structures indépendantes.

Deux réseaux y offrent des services en dépendance. Des centres privés continuent d'offrir un traitement basé sur le modèle de maladie préconisé par les Alcooliques Anonymes, soit une vision dichotomique de l'alcoolisme où la rémission ne peut être obtenue que par l'abstinence. Quant au réseau de la santé et des services sociaux, il offre des services gratuits à toute la population basés sur l'approche biopsychosociale de la dépendance (Landry & Mercier, 2003). Le désir croissant d'offrir des traitements basés sur des données probantes amène le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à reconsidérer l'offre de services en dépendance afin de mettre en place

un continuum de services correspondant au continuum de sévérité de la consommation, principe de base du modèle de traitement à niveaux (*stepped care approach*) (Sobell & Sobell, 1999). La mise en application de cette hiérarchisation des services implique de favoriser la détection et l'intervention précoce, d'accroître le rôle de la première ligne, et d'arrimer les services. C'est dans ce cadre que s'inscrit l'objectif du MSSS qui vise à implanter le programme Alcochoix+ dans l'ensemble du territoire québécois d'ici 2012 (Gouvernement du Québec, 2006).

BRÈVE PRÉSENTATION DU PROGRAMME ALCOCHOIX+

Le programme Alcochoix+ s'adresse aux buveurs excessifs et propose, à travers une approche cognitivo-comportementale, une technique permettant en six semaines de choisir ses objectifs de consommation, puis de les poursuivre. Le programme partage six éléments communs avec les autres programmes de boire contrôlé : auto-observation de la consommation, établissement d'un objectif personnel, identification des situations à haut risque, stratégies d'adaptation autres que la consommation, et auto-renforcement pour atteindre ses objectifs (Miller, Leckman, Delaney, & Tinkcom, 1992).

Le programme est offert en trois formules : la formule autonome où l'individu suit le programme seul à l'aide d'un livre (bibliothérapie), la formule guidée où l'individu rencontre un intervenant pour être soutenu dans sa démarche (deux à six rencontres), et enfin une formule de groupe où les usagers participent à six rencontres de 90 minutes. Les formateurs ont formé les intervenants du programme et aussi jouent le rôle de personne-ressource auprès de ces derniers (en cas de questions ou tout autre besoin).

Comme ce programme est en cours d'implantation depuis 2004 et qu'il est prévu qu'il soit accessible dans tous les Centres de Santé et de Service sociaux (CSSS) du Québec d'ici 2012, une évaluation d'implantation du programme s'imposait. Le présent article traite de l'une des questions abordées au cours de cette étude, à savoir : « Quels sont les obstacles qui ont été rencontrés pendant son implantation? ».

Méthodologie

Toutes les données utilisées dans cet article sont issues d'une étude plus large qui concerne l'implantation du programme Alcochoix+ au Québec (Cournoyer, Simoneau, Landry, Tremblay, & Patenaude, 2009).

Les données ont été recueillies dans huit régions du Québec entre les mois de septembre 2007 et juin 2008. Quatre régions ont participé à la pré-expérimentation du programme en 2004 et ont commencé l'implantation à ce moment (régions pilotes), et les quatre autres régions ont débuté l'implantation après la fin de l'année 2005 (régions nouvelles). Parmi les 26 CSSS qui offraient le programme dans ces régions, 18 (69 %) ont participé à l'étude. Les données ont été récoltées auprès de 38 intervenants qui offrent le programme Alcochoix+ dans les CSSS, huit personnes-ressources provenant des CRPAT, et huit responsables régionaux.

Au cours de la période de cueillette de données, 349 usagers ont fait une demande au programme Alcochoix+ dans les CSSS participants à l'étude, 90,4 % d'entre eux y ont été admis ($n = 344$). Les 306 usagers pour qui l'information est disponible se répartissent comme suit : 193 (63,1 %) ont suivi la formule dirigée avec une moyenne de 3,3 rencontres individuelles, 58 (19 %) l'ont fait de façon autonome, et 55 (19 %) ont assisté à la formule groupe. Ainsi, le programme a été offert 193 fois en formule dirigée et 6 fois en formule groupe.

Les informations pertinentes pour l'analyse des obstacles à l'implantation du programme Alcochoix+ proviennent de quatre sources :

- le questionnaire aux intervenants où les intervenants devaient répondre à la question suivante : « Quels sont les obstacles que vous avez rencontrés lors de l'implantation du programme Alcochoix+ dans votre établissement et au niveau régional? »
- les groupes de discussion : Six groupes de discussion ont été conduit auprès des intervenants des CSSS et un autre groupe a réuni les huit personnes-ressources des CRPAT. Au cours de ces groupes, les questions suivantes ont été posées : « Quels sont les obstacles que vous avez rencontré lors de l'implantation du programme? Quels sont ceux qui persistent? »
- l'entrevue auprès des responsables régionaux : Au cours de l'entrevue auprès des huit responsables régionaux, l'interviewer a posé les questions suivantes : « Quels obstacles avez-vous surmontés? Comment? Quels sont les obstacles qui persistent? »
- le questionnaire sur les obstacles à l'implantation. Ce questionnaire a été élaboré à partir des obstacles nommés par les participants de l'étude dans le questionnaire de l'inter-

venant, les groupes de discussion, ou l'entrevue auprès des responsables régionaux. Les participants devaient répondre, pour chacun des 19 obstacles, à la question suivante : « Dans quelle mesure les éléments suivants constituent-ils un obstacle à l'implantation du programme Alcochoix+ dans votre région? ». La réponse se situait sur une échelle de Likert en cinq points allant de « pas du tout » à « extrêmement ». Ce questionnaire a été distribué lors de la présentation des résultats préliminaires aux intervenants et aux gestionnaires.

Résultats

Le tableau 1 présente les obstacles mentionnés par les participants lors des groupes de discussion et des entretiens téléphoniques et au travers des questionnaires des intervenants. Les catégories d'obstacles ont été définies à partir des données qualitatives recueillies au cours de l'étude.

Il montre aussi leur hiérarchisation en fonction de la moyenne des scores obtenus pour l'importance attribuée à chaque obstacle (*pas du tout* = 0, *un peu* = 1, *moyennement* = 2, *beaucoup* = 3, *extrêmement* = 4).

Ainsi, dans l'ordre décroissant d'importance, les trois principaux obstacles¹ sont :

1. les lacunes au niveau de la publicité et de la promotion² : faible quantité, non-récurrence, et manque occasionnel de coordination et de focus. La simple distribution de dépliants a été critiquée comme une approche insuffisante. Également mentionné a été le manque de coordination avec d'autres programmes de promotion de saines habitudes de vie au Québec, comme le programme 0-5-30 (0 tabac, 5 fruits et légumes, et 30 minutes d'exercice par jour).
2. le manque de ressources humaines et financières : le peu d'investissement financier a été rapporté par différents acteurs qui soulignaient l'écart entre le faible investissement et les coûts engendrés par la problématique de la consommation d'alcool. Il n'y a pas de budget réservé au programme Alcochoix+, les budgets étant en général alloués à des programmes plus large (e.g., santé mentale, dépendance), et le montant alloué à la promotion est faible comparé à celui d'autres programmes de prévention. Ce déficit serait également responsable du manque d'intervenants dédiés au programme.

3. le roulement de personnel élevé à tous les paliers : il survenait aussi bien au niveau des intervenants et des cadres (gestionnaires, chefs de service) que chez les répondants au niveau régional (Agence de la santé et des services sociaux³). Il peut occasionner un vide de service et augmente le besoin

Tableau 1
Hiérarchisation des obstacles à l'implantation du programme Alcochoix+

| Obstacle | n | Fréquences | | | | | Moyenne |
|--------------------------------------|----|-----------------|------------|------------------|--------------|------------------|---------|
| | | Pas du tout (0) | Un peu (1) | Moyenne-ment (2) | Beaucoup (3) | Extrême-ment (4) | |
| Publicité/promotion | 23 | 1 | 2 | 5 | 5 | 10 | 2,91 |
| Ressources financières | 25 | 2 | 2 | 1 | 15 | 5 | 2,76 |
| Roulement du personnel | 25 | 4 | 1 | 6 | 8 | 6 | 2,44 |
| Manque de leadership | 24 | 3 | 5 | 6 | 2 | 8 | 2,29 |
| Communication | 24 | 1 | 4 | 7 | 11 | 1 | 2,29 |
| Manque de temps | 24 | 3 | 1 | 8 | 10 | 2 | 2,29 |
| Réorganisation des services | 25 | 1 | 5 | 7 | 10 | 2 | 2,28 |
| Gestion du mandat | 24 | 1 | 5 | 7 | 9 | 2 | 2,25 |
| Méconnaissance de l'existence | 24 | 2 | 4 | 8 | 6 | 4 | 2,25 |
| Réorganisation du réseau | 25 | 4 | 3 | 5 | 10 | 3 | 2,20 |
| Matériel promotionnel | 25 | 3 | 7 | 3 | 6 | 6 | 2,20 |
| Isolement des intervenants | 23 | 3 | 4 | 7 | 6 | 3 | 2,09 |
| Priorités/exigences gouvernementales | 23 | 2 | 4 | 9 | 7 | 1 | 2,04 |
| Méconnaissance de l'approche | 22 | 2 | 6 | 7 | 5 | 2 | 1,95 |
| Accessibilité de la formation | 23 | 5 | 3 | 6 | 8 | 1 | 1,87 |
| Faible taux d'achalandage | 22 | 1 | 6 | 12 | 3 | 0 | 1,77 |
| Désinvestissement des intervenants | 24 | 5 | 6 | 11 | 1 | 1 | 1,46 |
| Contexte régional | 23 | 7 | 9 | 4 | 3 | 0 | 1,13 |
| Problèmes de monitoring | 17 | 9 | 6 | 1 | 0 | 1 | 0,71 |
| Total | 25 | | | | | | |

de formation. Lorsqu'un nouveau gestionnaire ou répondant régional est nommé à un poste, il doit d'abord prendre connaissance du dossier. Cela entraîne un retard dans la prise de décision, un leadership fluctuant, et l'isolement des intervenants qui manquent de soutien jusqu'à ce qu'un lien soit créé avec le nouvel arrivant. En outre, ce roulement de personnel serait aussi responsable de la confusion dans l'identification des personnes impliquées dans Alcochoix+, leur rôle, et leurs responsabilités respectives.

Après ces trois obstacles principaux viennent le manque de leadership dans la prise en charge du programme, le manque de communication ou la mauvaise circulation de l'information, le manque de temps que les intervenants peuvent consacrer au programme, la réorganisation des services en dépendance au Québec, la gestion du mandat Alcochoix+ par rapport aux autres fonctions des intervenants, la méconnaissance de l'existence du programme aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur du système social et de santé, la difficulté à obtenir le matériel de promotion, l'isolement de certains intervenants, les exigences de rentabilité gouvernementales, et la méconnaissance de l'approche sous-jacente au programme. Enfin, le manque d'accessibilité de la formation hors des grands centres, le faible taux d'achalandage et, dans une moindre mesure, le désinvestissement de certains intervenants, le contexte régional, et le manque de monitoring constituent d'autres obstacles nommés par les participants.

Le tableau 2 compare l'importance accordée à chaque obstacle en fonction des régions. Un test de U Mann-Whitney, test non paramétrique, permet d'identifier deux différences de moyennes statistiquement significatives : le manque de leadership ($U = -2.43, p < 0.05$) et la réorganisation du réseau ($U = -2.32, p < 0.05$), qui sont tous deux des obstacles plus importants dans les régions nouvelles.

Discussion

Les participants de cette étude ont énuméré 19 obstacles à l'implantation du programme Alcochoix+. Si certains auteurs (Fleuren et al., 2004) considèrent qu'il est difficile de classer les obstacles par ordre d'importance, l'utilisation dans la présente étude d'un questionnaire conçu à cette fin a permis de contourner cette difficulté. Ainsi, les obstacles les plus importants sont les lacunes de la publicité et de la promotion, le manque de ressources consacrées au programme, et le roulement du personnel. Il importe de souligner qu'à l'exception des

Tableau 2
Importance des obstacles à l'implantation du programme Alcochoix+ en fonction des régions

| Obstacle | Régions pilotes | | Régions nouvelles | | U Mann-Whitney | n |
|--|-----------------|------------|-------------------|------------|----------------|----|
| | Moyenne | Rang moyen | Moyenne | Rang moyen | | |
| Publicité/promotion | 2,76 | 11,32 | 3,33 | 13,92 | -0,850 | 23 |
| Ressources financières | 2,61 | 12,44 | 3,14 | 14,43 | -0,687 | 25 |
| Roulement personnel | 2,22 | 11,83 | 3,00 | 16,00 | -1,313 | 25 |
| Manque de leadership | 1,82 | 10,32 | 3,43 | 17,79 | -2,427* | 24 |
| Communication/circulation de l'information | 2,24 | 12,15 | 2,43 | 13,36 | -0,407 | 24 |
| Manque de temps | 2,11 | 11,50 | 2,83 | 15,50 | -1,272 | 24 |
| Réorganisation des services | 2,11 | 11,81 | 2,71 | 16,07 | -1,366 | 25 |
| Gestion du mandat | 2,11 | 11,58 | 2,67 | 15,25 | -1,150 | 24 |
| Méconnaissance de l'existence | 2,22 | 12,33 | 2,33 | 13,00 | -0,206 | 24 |
| Réorganisation du réseau | 1,83 | 10,94 | 3,14 | 18,29 | -2,332* | 25 |
| Matériel promotionnel | 2,44 | 14,28 | 1,57 | 9,71 | -1,429 | 25 |
| Isolement des intervenants | 2,12 | 12,24 | 2,00 | 11,33 | -0,288 | 23 |
| Priorités/exigences gouvernementales | 1,94 | 11,34 | 2,29 | 13,50 | -0,736 | 23 |
| Méconnaissance de l'approche | 1,94 | 11,41 | 2,00 | 11,75 | -0,114 | 22 |
| Accessibilité de la formation | 1,88 | 12,12 | 1,83 | 11,67 | -0,145 | 23 |
| Faible taux d'achalandage | 1,63 | 10,38 | 2,17 | 14,50 | -1,469 | 22 |
| Désinvestissement des intervenants | 1,39 | 11,92 | 1,67 | 14,25 | -0,746 | 24 |
| Contexte régional | 1,12 | 11,97 | 1,17 | 12,08 | -0,037 | 23 |
| Problèmes de monitoring | 0,58 | 9,04 | 1,00 | 8,90 | -0,059 | 17 |
| Moyenne générale | 1,95 | | 2,35 | | | |
| Total (n) | | 18 | | 7 | | 25 |

* $p < 0,05$

deux derniers items du tableau, les obstacles nommés sont considérés au moins moyennement importants par la majorité des participants à l'étude. De plus, l'écart entre le quatrième et le dixième obstacle est plutôt mince (la moyenne ne diminue que de 2,29 à 2,20).

Les trois obstacles jugés les plus importants par les participants de l'étude ainsi que la majorité des autres sont déjà connus dans la littérature. En effet, le manque de promotion, le manque de ressources en terme de temps et d'argent, le roulement du personnel, le manque de leadership, et les problèmes de communication de l'information constituent des obstacles à l'implantation de programmes dans le domaine de la santé ou des services sociaux (Barry et al., 2005; Doray & Chaumette, 2001; Fixsen et al., 2005; Houle et al., 2006; Tourigny et al., 2002).

Toutefois, certains obstacles rapportés dans une étude de prévention secondaire de la consommation excessive d'alcool n'ont pas été reproduits dans l'étude sur Alcochoix+, soient le mauvais dépistage des buveurs excessifs et le manque de connaissance et de compétences des intervenants (Bothello & Richmond, 1996).

Globalement, les obstacles nommés sont des déterminants relatifs à l'organisation et aux systèmes internes (ressources financières, communication, leadership, roulement de personnel, etc.) ou des déterminants relatifs à l'environnement ou au contexte externe (réorganisation du réseau et des services, priorités gouvernementales, etc.). Aucun obstacle nommé ne concernait les attributs de l'innovation. D'ailleurs, lors de la présentation des résultats, les participants ont conclu dans le même sens en soulignant que les obstacles sont surtout d'ordre structurel et ne sont pas liés au programme lui-même. « Ils considèrent qu'Alcochoix+ est un bon programme puisqu'il est toujours appliqué malgré les nombreuses difficultés rencontrées » (Cournoyer et al., 2009, p. 124).

L'accent mis sur les obstacles structurels a également été constaté par le Groupe de travail sur la stratégie nationale sur le traitement. En effet, en dépit de l'ampleur des coûts associés à la consommation au Canada (un problème de 40 G \$), l'attention portée à cette problématique est insuffisante et les services qui y sont associés sont mal financés et coordonnés. « Traditionnellement, il y a toujours eu peu d'intégration ou de communication efficace entre les services et les autorités qui fournissent des services et des soutiens aux personnes qui souffrent de problèmes de consommation » (Groupe de travail sur la stratégie nationale sur le traitement, 2008, p. 1). Ce manque

de financement et d'intégration est particulièrement marqué dans les niveaux inférieurs, c'est-à-dire au niveau de la prévention et de l'intervention précoce. « Pourtant, les investissements faits dans les niveaux inférieurs finissent par rapporter des dividendes en contribuant à réduire le nombre de personnes qui ont recours aux services des niveaux supérieurs » (Groupe de travail sur la stratégie nationale sur le traitement, p. 23).

Ce groupe de travail recommande, entre autres, d'investir des ressources suffisantes afin que les services requis à chaque niveau soient offerts dans l'ensemble des autorités administratives et d'assurer une collaboration dans la planification et la prestation des services à l'échelle intersectorielle, y compris l'établissement de protocoles de services partagés et la prestation de services interdisciplinaires fondés sur la collaboration. L'importance accordée aux obstacles structurels dans la présente étude justifie que ces recommandations soient également appliquées au Québec.

Par ailleurs, la présente étude met en évidence un obstacle rarement rapporté dans la littérature : la méconnaissance de l'approche sous-jacente au programme. Non seulement les gens connaissent peu l'existence du programme mais lorsqu'ils en ont entendu parler, ils ne comprennent pas bien l'objectif ou la clientèle ciblée par le programme. Selon les participants à l'étude, ceci serait dû au fait que la vision dichotomique de la consommation d'alcool (alcoolique ou non alcoolique) demeure le modèle conceptuel le plus répandu tant chez les professionnels que dans la population générale. Seule une étude conduite en Suisse, a également permis d'observer cette mauvaise compréhension du programme et des perceptions erronées concernant l'approche préventive (Daepfen & Gaume, 2005).

Une question se pose quant à la possibilité de généraliser ce résultat : la méconnaissance de l'approche sous-jacente au programme est-elle un obstacle spécifique à la prévention secondaire de la consommation d'alcool ou peut-elle être généralisée à l'implantation de tout nouveau programme dans un contexte théorique peu ou mal connu? Des études sont nécessaires pour répondre à cette question et d'autres encore sont requises afin de mieux connaître la conception de la dépendance tant dans la population générale que chez les intervenants non formés en dépendance. Si, tel que mentionné par les participants à l'étude, la vision dichotomique de la consommation d'alcool est si répandue, il faudrait alors sensibiliser le grand public et les professionnels aux problèmes de santé liés à l'alcool et à la distinction entre les concepts « d'alcoolisme » et de « consommation d'alcool à risque ».

Même si la plupart des obstacles rapportés dans la présente étude sont déjà connus dans la littérature sur l'implantation, la mise en évidence d'un obstacle rarement identifié dans cette littérature rappelle l'importance d'effectuer des études d'implantation pour les nouveaux programmes. Ceci permet non seulement d'identifier l'ensemble des obstacles qui s'appliquent à chaque situation mais également de mettre en lumière certains obstacles plus spécifiques. La connaissance de l'ensemble des éléments impliqués favorise une implantation adaptée au contexte géographique, socioculturel, et politique et, par conséquent, la pérennisation du programme.

Les données de la présente étude révèlent également deux différences entre les régions. En effet, le manque de leadership et la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux semblent avoir plus affecté les régions nouvelles que les régions qui ont participé à l'étude pilote. Il est possible que les premières, ayant débuté l'implantation plus tardivement, n'aient pas eu le temps d'installer un leadership efficace et de s'adapter à la nouvelle structure d'organisation du réseau. Il est également possible que les régions qui se sont portées volontaires pour l'étude pilote avaient déjà des leaders plus enclins à implanter ce type de programme. Cependant, comme il s'agit d'une étude transversale, les données actuelles ne permettent aucune conclusion sur l'évolution dans le temps des obstacles à l'implantation. Toutefois, elles accordent une importance au fait d'effectuer des études d'implantation à différents moments au cours du processus.

En conclusion, il semble qu'un tronc commun d'obstacles à l'implantation se rencontre constamment d'une étude à l'autre et qu'en ce sens, il serait utile que les personnes travaillant à l'implantation des programmes s'y fie. Cependant, il demeure pertinent de mener des études d'implantation afin de graduer l'ordre d'importance de ces obstacles pour un programme donné, dans un contexte donné et à un moment donné dans le processus d'implantation. Les données recueillies permettent ainsi de centrer les efforts sur les obstacles prioritaires et d'éventuellement identifier des obstacles plus spécifiques au programme cible.

REMERCIEMENT

Cette recherche a été réalisée dans le cadre d'une action concertée financée par le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC).

NOTES

1. Par souci de concision, seules les définitions des trois premiers obstacles sont présentées ici. Par contre, toutes les définitions apparaissent dans le rapport (Cournoyer et al., 2009).
2. Trois autres obstacles sont en lien avec la publicité, soient le matériel promotionnel, la méconnaissance de l'existence du programme, et la méconnaissance de l'approche théorique sous-jacente. Cependant, ils sont traités à part, car les lacunes au niveau de la publicité font surtout appel à la quantité de publicité et aux modalités de diffusion alors que la disponibilité du matériel promotionnel est plus en lien avec la mauvaise circulation de l'information et que les deux derniers font plutôt appel au contenu de cette publicité.
3. Au Québec, un palier intermédiaire de direction existe entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et les établissements. Pour chaque région socio-sanitaire, il y a une agence de la santé et des services sociaux qui coordonne l'organisation des services au niveau régional et ce, sous l'autorité du MSSS.

RÉFÉRENCES

- Barry, M. M., Domitrovich, C., & Lara, M. A. (2005). The implementation of mental health promotion programmes. *Promotion and Education, 12*, 30–36.
- Berwick, D. M. (2003). Disseminating innovations in health care. *Journal of the American Medical Association, 289*, 1969–1975.
- Bothello, R. J., & Richmond, R. (1996). Secondary prevention of excessive alcohol use: Assessing the prospects of implementation. *Family Practice, 13*, 182–193.
- Counterweight Project Team (McQuigg, M., Brown, J. E., Broom, J. I., Laws, R. A., Reckless, J. P. D., Noble, P. A., et al.). (2008). Engaging patients, clinicians and health funders in weight management: The Counterweight Programme. *Family Practice, 25*(suppl.1), i79–i86.
- Cournoyer, L. G., Simoneau, H., Landry, M., Tremblay, J., & Patenaude, C. (2009). *Évaluation d'implantation du programme Alcochoix+*. Rapport final d'une recherche subventionnée par le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC #2008-TO-120890). Québec, QC.

- Cournoyer, L. G., Simoneau, H., Landry, M., Tremblay, J., & Patenaude, C. (2011). Évaluation d'implantation du programme Alcochoix+. *Drogues, santé et société*, 9(2), 75–114.
- Daepfen, J.-B., & Gaume, M. J. (2005). *Implémentation et dissémination de l'intervention brève pour la consommation d'alcool à risque en médecine de premier recours : évaluation du projet partiel « Médecins » du programme national Alcool « Ça débouche sur quoi? »*. Lausanne, Suisse : Office Fédéral de la Santé Publique, section Alcool.
- Deschênes, M., Couturier, Y., Laberge, S., Trudeau, R., Kébé, M., Campeau, L., et al. (2008). *Les facteurs influençant la dissémination et l'adoption de l'approche École en santé*. Québec, QC : Institut national de santé publique du Québec.
- Desrosiers, H., Kishchuk, N., Ouellet, F., Desjardins, N., Bourgault, C., & Perreault, N. (1998). *Cadre de pratique pour l'évaluation de programmes : application en promotion de la santé et en toxicomanie*. Québec, QC : Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Doray, G., & Chaumette, P. (2001). *Évaluation de l'implantation du programme « Bien dans sa tête, bien dans sa peau » dans la région de Québec – l'An 1, de septembre 2000 à août 2001*. Beauport, QC : Direction de la santé publique de Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL : University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.
- Fleuren, M., Wiefferink, K., & Paulussen, T. (2004). Determinants of innovation within health care organizations. Literature review and Delphi study. *International Journal of Quality in Health Care*, 16, 107–123.
- Gouvernement du Québec. (2006). *Unis dans l'action. Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006–2011*. Québec, QC : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriadiou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*, 82, 581–629.

- Groupe de travail sur la stratégie nationale sur le traitement. (2008). *Approche systémique de la toxicomanie au Canada : Recommandations pour une stratégie nationale sur le traitement*. Ottawa, ON : Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada.
- Houle, J., Poulin, C., & Van Nieuwenhuyse, H. (2006). *Vers une meilleure continuité des services pour les personnes suicidaires : évaluation d'implantation du protocole MARCO*. Montréal, QC : Direction de la santé publique, Agence de la santé et de services sociaux de Montréal.
- Landry, M., & Mercier, C. (2003). *La qualita nei servizi per le dipendenze patologiche*. Milan, Italie : Franco Angeli.
- Landry, R., Becheikh, N., Amara, N., Halilem, N., Jbilou, J., Mosconi, E., et al. (2007). *Innovation dans les services publics et parapublics à vocation sociale: Rapport de la revue systématique des écrits*. Étude réalisée dans le cadre d'une action concertée financée par le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC) en partenariat avec le ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation (MDEIE), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MESS), et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MELS). Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Miller, W. R., Leckman, A. L., Delaney, H. D., & Tinkcom, M. (1992). Long-term follow-up of behavioural self-control training. *Journal of Studies on Alcohol*, 53(3), 249–261.
- Oldenburg, B., & Parcel, G. S. (2002) Diffusion of innovation. Dans K. Glanz, B. K. Rimer, & F. M. Lewis (Éds.), *Health behavior and health education* (3ième éd., pp. 312–334). San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Patton, M. Q. (1997). *Utilization-focused evaluation*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Ritchie, D., Gnich, W., Parry, O., & Platt, S. (2008). People pull the rug from under your feet: Barriers to successful public health programmes. *BMC Public Health*, 8, 173–183.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5ième éd.). New York, NY : FreePress.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation: A systematic approach*. Thousand Oaks, CA : Sage.

- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1999). Stepped care for alcohol problems: An efficient method for planning and delivering clinical services. Dans J. A. Tucker, D. A. Donovan, & G. A. Marlatt (Éds.), *Changing addictive behavior* (pp. 331–343). New York, NY : Guilford Press.
- Tourigny, A., Paradis, M., Bonin, L., Bussièrès, A., & Durand, P. J. (2002). Évaluation d'implantation d'une expérience novatrice : le réseau intégré de services aux aînés des Bois-Francs. *Santé mentale au Québec*, 27, 109–135
- Wejnert, B. (2002). Integrating models of diffusion of innovations : A conceptual framework. *Annual Review of Sociology*, 28, 297–326.
- Werner, A. (2004). *A guide to implementation research*. Washington, DC : The Urban Institute Press.

Hélène Simoneau, Ph.D., est chercheure au Centre Dollard-Cormier-Institut universitaire sur les dépendances et professeure associée à l'Université de Sherbrooke. Elle est également membre du RISQ (groupe Recherche et Intervention sur les Substances Psychoactives Québec).

Louis-Georges Cournoyer, Ph.D., est professeur à l'École de criminologie de l'Université de Montréal. Ses recherches portent principalement sur l'efficacité des traitements se destinant aux personnes aux prises avec une dépendance et/ou aux jeunes contrevenants.

Thierry Favrod-Coune, M.D., est médecin en Médecine de premier recours aux Hôpitaux Universitaires de Genève en Suisse, dans l'Unité des dépendances, responsable pour les questions d'alcool. Il se spécialise dans la prise en charge de tous les problèmes liés à l'alcool, et particulièrement dans la consommation contrôlée.

Michel Landry, Ph.D., est conseiller à la recherche du Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances, détenteur d'un doctorat en psychologie de l'Université de Montréal et professeur associé au département de psychologie de cette université ainsi qu'aux programmes d'études en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke. Il co-dirige une équipe de recherche en toxicomanie, subventionnée par le Fonds québécois de recherche société et culture (FQRSC).

Joël Tremblay, Ph.D., est professeur au département de psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Il se spécialise dans l'évaluation d'efficacité des programmes de traitement des dépendances dont ceux impliquant les membres de l'entourage. Il mène également des travaux de développement de tests.

Catherine Patenaude, M.Sc., est diplômée du programme de maîtrise en criminologie de l'Université de Montréal et y travaille à titre de professionnelle de recherche. Dans le cadre de ses fonctions, elle coordonne une Alliance de recherche en toxicomanie (ARUC), subventionnée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH).