

Évaluation du processus d'implantation de l'approche axée sur les forces, en s'appuyant sur la théorie de la diffusion de l'innovation

Line Leblanc, Christine Gervais, Diane Dubeau et Alexis Delame
Université du Québec en Outaouais

Résumé : *La plupart des politiques dans le domaine de la santé mentale recommandent d'implanter les pratiques basées sur les données probantes. L'approche axée sur les forces est reconnue comme étant une pratique pouvant contribuer au rétablissement des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Or, plusieurs études ont soulevé de nombreux défis d'implantation qui limitent sa portée. Une évaluation du processus d'implantation a été menée auprès d'intervenants ayant suivi une formation portant sur l'approche axée sur les forces. Les résultats indiquent que la formation n'est pas suffisante et qu'un engagement institutionnel est requis pour assurer la qualité de l'implantation.*

Mots clés : *approche basée sur les forces, diffusion théorique de l'innovation, science de l'implantation, services de santé mentale*

Abstract: *Most policies in the area of mental health recommend the promotion of evidence-based practices. The strengths-based approach is recognized as a practice that can contribute to the recovery of people with severe mental disorders. However, several studies have raised numerous implementation challenges that limit its scope. An evaluation of the implementation process was conducted with stakeholders who received training on the strengths-based approach. The results indicate that training is not sufficient and that institutional commitment is required to ensure the quality of the implementation process.*

Keywords: *strengths-based approach, theory diffusion of innovation, implementation science, mental health services*

La plupart des politiques nationales dans le domaine de la santé mentale recommandent d'implanter des pratiques basées sur les données probantes (Mental Health Commission of Canada, 2016; Plan d'action en santé mentale, 2015–2020; President's New Freedom Commission on Mental Health, 2003). Or, il est bien connu que les pratiques recommandées dans ces politiques ne sont pas nécessairement celles qui sont adoptées et utilisées auprès de la clientèle (Grol et Grimshaw, 2003; Proctor et coll., 2009). Une avenue prometteuse pour réduire cet

Correspondance à l'auteur : Line Leblanc, line.leblanc@uqo.ca

écart consiste à mener une évaluation rigoureuse et systématique du processus d'implantation au fur et à mesure de son évolution dans le temps (Bauer, Damschroder, Hagedorn, Smith et Kilbourne, 2015). Pour ce faire, les chercheurs peuvent référer à la science de l'implantation définie comme étant « the scientific investigations that support movement of evidence-based, effective health care approaches (e.g., as embodied in guidelines) from the clinical knowledge base into routine use » (Rubenstein et Pugh, 2006, p. S58). Autrement dit, les données issues de ce type de recherche évaluative permettent de mieux gérer la période sensible qu'implique un renouvellement de pratique (Teague, Mueser et Rapp, 2012).

La science de l'implantation s'appuie principalement sur les théories du changement pour conceptualiser les étapes du processus d'implantation et les facteurs qui influencent son évolution (Bauer et coll., 2015; Pichlak, 2016; Tabak, Khoong, Chambers et Brownson, 2012). Parmi celles-ci, la théorie de la diffusion de l'innovation (Rogers, 2003) a été particulièrement utilisée pour guider l'évaluation du processus d'implantation. Rogers (2003) stipule que la décision d'adopter une nouvelle pratique dépend, en premier lieu, de la perception des caractéristiques qu'on lui attribue, soit l'avantage relatif, la compatibilité, la complexité, la réversibilité et l'observabilité. Pour porter un jugement sur les caractéristiques d'une nouvelle pratique, les intervenants doivent connaître et bien comprendre celle-ci, ce qui devient possible par l'entremise de stratégies de diffusion ainsi que de l'influence sociale (Rogers, 2003).

Le processus d'implantation est un phénomène décisionnel complexe qui implique une séquence logique d'étapes, notamment la diffusion des connaissances sur la nouvelle pratique, la décision de l'adopter ou non, l'utilisation de celle-ci et les adaptations requises et finalement son intégration à la routine clinique qui confirme la pertinence (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate et Kyriakidou, 2004; Damschroder et Hagedorn, 2011; Rogers, 2003). L'évaluation de ces étapes permet de documenter non seulement l'adoption d'une nouvelle pratique, mais aussi le contexte dans lequel celle-ci est utilisée (Pichlak, 2016). À partir des données recueillies auprès de différentes parties prenantes, il est possible de rendre l'implantation plus efficace et plus susceptible de produire les impacts escomptés pour la clientèle et le service (Lanctôt et Chouinard, 2006; Lindamer et coll., 2009). La figure 1 illustre les étapes du processus d'implantation de même que les facteurs susceptibles de le moduler.

Bien que les étapes du processus d'implantation et les facteurs pouvant interférer avec celui-ci soient conceptualisés à l'aide de théories et de modèles (Tabak et coll., 2012), il est surprenant de constater que les études portant sur l'évaluation de l'implantation d'une nouvelle pratique y réfèrent peu. Dès lors, il serait possible de comparer les études portant sur l'implantation et d'en tirer des leçons généralisables. Dans cette perspective, cet article vise à présenter les résultats d'une évaluation de l'implantation de l'approche axée sur les forces dans des organismes communautaires en santé mentale, en s'appuyant sur la théorie de la diffusion de l'innovation (Rogers, 2003). Ce faisant, cette expérience d'évaluation du processus d'implantation de l'approche axée sur les forces permettra de formuler des recommandations.

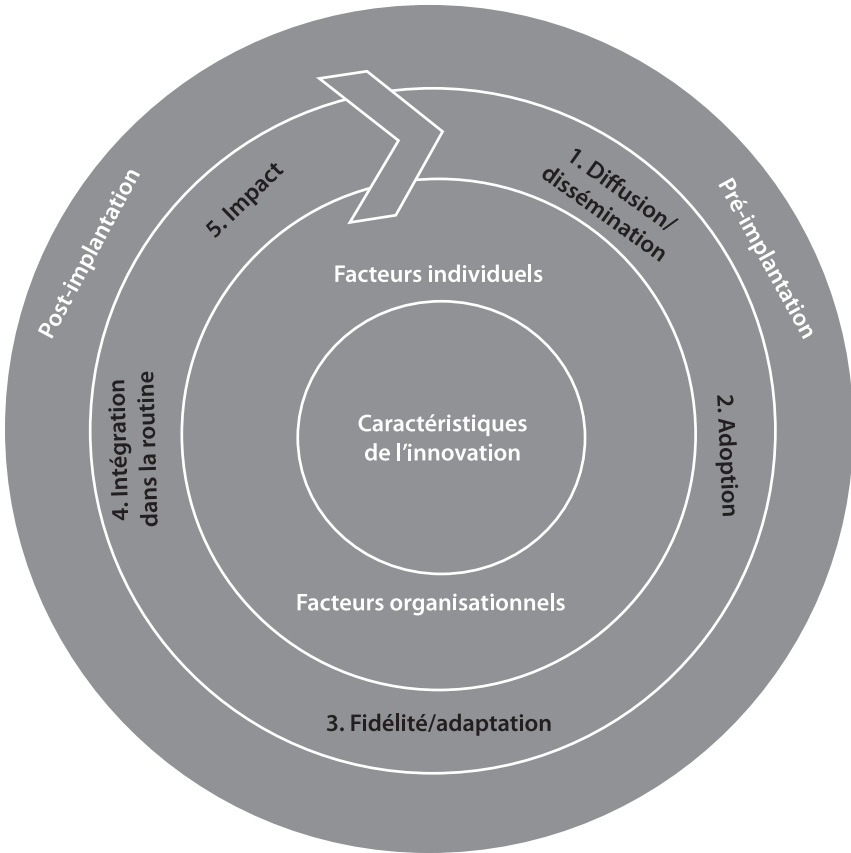


Figure 1. Processus d'implantation d'une nouvelle pratique et facteurs à mesurer

L'approche axée sur les forces

Le mouvement en faveur du rétablissement a conduit au développement de nouveaux modèles de dispensation de services centrés sur l'espoir et une vision positive de la personne ayant des troubles mentaux (Rapp, Goscha et Fukui, 2015; Torrey, Rapp, Van Tosh, McNabb et Ralph, 2005). Une recension des écrits menée par Latimer et Rabouin (2011) a comparé l'efficacité de cinq modèles incluant l'approche axée sur les forces. Selon ces auteurs, cette approche ressort comme étant la plus probante et la plus compatible avec le concept de rétablissement. Une recension récente des écrits a aussi montré que cette approche peut mener à des effets positifs pour la clientèle (Tse et coll., 2016). L'approche axée sur les forces a surtout été étudiée dans les milieux institutionnels dont la dispensation de services est de type gestion de cas (Chopra et coll., 2009; Staudt, Howard et Drake, 2001) et son implantation dans les organismes communautaires a été peu étudiée.

L'approche axée sur les forces se distingue par l'accent mis sur les ressources individuelles et environnementales permettant d'atteindre les buts que la personne s'est elle-même fixés (Rapp et Gosha, 2006). Cette approche implique pour les intervenants un changement de paradigme de manière plus radicale que pour les autres modèles, en laissant peu de place à la question des déficits (Latimer et Rabouin, 2011). Elle préconise une intervention individuelle fondée sur des outils cliniques, tels que le plan d'identification des forces (PIF) et le plan d'action (PA).

Les auteurs de l'approche axée sur les forces ont aussi développé des indicateurs de fidélité qui exigent des changements structuraux d'une ampleur considérable. Les promoteurs de l'approche doivent donc s'attarder non seulement à la formation destinée aux professionnels, mais aussi à leur propre engagement institutionnel (Gilbert, Slade, Bird, Oduola et Craig, 2013). En effet, la plupart des indicateurs de fidélité — notamment l'exclusivité du temps consacré à l'application de l'approche; un ratio intervenant pivot/clients de moins de 15; une petite équipe de travail; une supervision clinique de groupe d'une durée de 2 heures par semaine; l'utilisation d'outils cliniques, tels que le PIF et le PA; les rencontres dans la communauté; et l'utilisation des ressources naturelles autres que celles provenant des services en santé mentale — sont liés à la structure du milieu dans lequel l'approche est implantée.

En résumé, l'approche axée sur les forces est reconnue pour sa cohérence avec le rétablissement, ses outils cliniques concrets et ses indicateurs de fidélité, toutefois son implantation est jugée difficile et a été peu évaluée (Teague et coll., 2012). Les quelques études qui ont examiné le processus d'implantation révèlent que les intervenants plus expérimentés ont l'impression que cette approche sous-estime l'importance du jugement clinique. De plus, des conflits de valeurs peuvent survenir entre les buts des clients et les responsabilités des intervenants (Chopra et coll., 2009). Il est aussi reconnu que les contraintes organisationnelles, notamment le roulement de personnel et le manque de temps, peuvent rendre son implantation difficile (Briand, 2017; Rapp, Goscha et Carlson, 2010).

L'atteinte des indicateurs de fidélité de l'approche axée sur les forces représente aussi un défi important à surmonter, puisqu'il s'agit d'ingrédients actifs identifiés à partir de données probantes et donc susceptibles de produire des résultats bénéfiques pour la clientèle (Fukui et coll., 2012; Marty, Rapp et Carlson, 2001). Les auteurs de cette approche ont démontré que l'atteinte des indicateurs de fidélité est possible, en présence toutefois de certaines conditions, notamment le soutien financier (Rapp et coll., 2010). D'autres études montrent que les indicateurs de fidélité sont souvent difficiles à atteindre en contexte de réadaptation psychiatrique (Calsyn, 2000; Chopra et coll., 2009; Krabbenborg, Boersma, Beijersbergen, Gosha et Wolf, 2015). Il semble cependant que l'atteinte de certains indicateurs de fidélité soit plus réalisable que d'autres, comme les activités de supervision clinique en groupe (Petraakis, Wilson et Hamilton, 2013).

Des intervenants ont aussi été questionnés sur le concept du rétablissement, étroitement lié à l'approche axée sur les forces. Une méta analyse menée par Le Boutillier et coll. (2015) démontre que la compréhension du concept de

rétablissement n'est pas uniforme d'un intervenant à l'autre et met en lumière une certaine confusion. De plus, une recension des écrits menée par [Oades et Anderson \(2012\)](#) suggère que le rétablissement, en tant qu'orientation politique, peut être perçu par les intervenants comme étant imposé tout comme l'adoption des modèles d'intervention qui en découlent.

L'analyse des études consultées démontre que l'implantation de l'approche axée sur les forces a été majoritairement examinée sans s'appuyer sur une théorie du changement. De manière conséquente, la connaissance des facteurs pouvant compromettre ou faciliter les étapes du processus d'implantation de cette approche est limitée. De plus, le peu de référence à la science de l'implantation et aux théories sous-jacentes rend difficile la généralisation des résultats à plus grande échelle ([Nilsen, 2015](#)). En ce sens, le [National Cancer Institute \(2004\)](#) recommande de s'intéresser davantage à l'articulation entre les construits reliés à l'implantation, de les convertir en des questions de recherche et d'améliorer la capacité à mesurer ceux-ci. Ainsi, il apparaît pertinent d'examiner les facteurs pouvant optimiser le processus d'implantation de l'approche axée sur les forces, principalement dans le contexte beaucoup moins étudié d'interventions réalisées dans les organismes communautaires.

BUTS DE L'ÉTUDE

La présente étude s'appuie sur la théorie de la diffusion de l'innovation ([Rogers, 2003](#)) pour : 1) évaluer l'adoption de l'approche axée sur les forces en fonction des caractéristiques de l'approche, de la présence (ou non) des indicateurs de fidélité au sein d'organismes communautaires en santé mentale ainsi que des facteurs individuels et organisationnels susceptibles de compromettre la réussite de l'implantation et 2) approfondir notre compréhension des défis et stratégies d'implantation.

De manière conséquente, les questions de recherche sont :

- a) Quelle est l'opinion des intervenants à l'égard de quatre caractéristiques de l'approche axée sur les forces susceptibles de favoriser son adoption (avantages relatifs, compatibilité, complexité, réversibilité)?
- b) Dans quelle mesure les indicateurs de fidélité sont-ils présents dans leur milieu de travail?
- c) Quels sont les facteurs individuels et organisationnels susceptibles d'interférer avec la réussite du processus d'implantation?
- d) Quels sont les facteurs qui limitent ou facilitent l'intégration de l'approche axée sur les forces dans la routine clinique?

MÉTHODOLOGIE

Pour répondre aux questions de recherche, une approche mixte de type séquentiel a été utilisée, soit une analyse des données quantitatives qui a précédé celle

des données qualitatives (Creswell, 2007). À cet effet, un questionnaire a permis d'établir le degré d'adoption de l'approche axée sur les forces, la présence des indicateurs de fidélité et les facteurs susceptibles de compromettre la réussite de l'implantation (objectif 1). Par la suite, une démarche qualitative a été proposée à un organisme communautaire pour mieux comprendre les défis et stratégies d'implantation (objectif 2).

Procédures

Le recrutement a eu lieu auprès d'intervenants œuvrant dans neuf organismes communautaires de la région de l'Outaouais (sur un total de 17), lesquels ont accepté de participer à une formation offerte par le regroupement des organismes communautaires en santé mentale en Outaouais (ROCSMO). Les membres de ce regroupement ont en commun l'offre de services aux personnes ayant un trouble grave de santé mentale ou à leurs proches. Le recrutement des intervenants a été fait sur une base volontaire en novembre 2013, à la suite d'une séance d'information décrivant la recherche 30 minutes avant le début de la première journée de la formation. À la fin de leur formation, les intervenants ayant donné leur consentement ont rempli un questionnaire permettant d'établir le degré d'adoption de l'approche axée sur les forces et la présence ou non des indicateurs de fidélité dans leur organisme au moment de la formation. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais.

Pour examiner plus en profondeur les défis et les stratégies d'implantation, un comité a été créé dans un des organismes communautaires ayant participé à la formation. Le choix de cet organisme repose sur le plus grand nombre d'intervenants ayant accepté de collaborer à l'étude évaluative ($n = 13/36$ intervenants). Le comité d'implantation était composé de la chercheuse principale, d'un assistant de recherche, de deux coordonnatrices ainsi que du directeur et de la directrice adjointe. Le travail du comité a consisté à identifier et à mettre en place des stratégies, notamment la diffusion de connaissances, le soutien et la rétroaction, pour assurer l'intégration de l'approche dans la routine clinique. En ce qui concerne la diffusion de connaissances, un article dans le bulletin interne a été publié afin de rendre explicites les raisons qui ont motivé le choix de l'approche, les adaptations effectuées pour atteindre les indicateurs de fidélité et la présentation des résultats préliminaires de l'évaluation de l'implantation. Pour ce qui est du soutien, un des secteurs de l'organisme offrait une intervention de groupe incompatible avec l'approche, une alternative a été proposée pour aider l'équipe, soit une grille des comportements attendus en lien avec les principes. Pour ce qui est de la rétroaction, la supervision a été intensifiée et un nouvel outil d'évaluation du rendement des employés, de même qu'une grille d'entrevue lors de l'embauche ont été élaborés pour rendre ces procédures plus cohérentes avec l'approche axée sur les forces. Huit mois après la formation, période durant laquelle des stratégies d'implantation ont été appliquées, une entrevue de groupe auprès de six intervenants a été menée pour estimer dans quelle mesure l'approche s'intégrait dans la routine clinique. La [figure 2](#) illustre les procédures d'implantation et d'évaluation de l'étude.

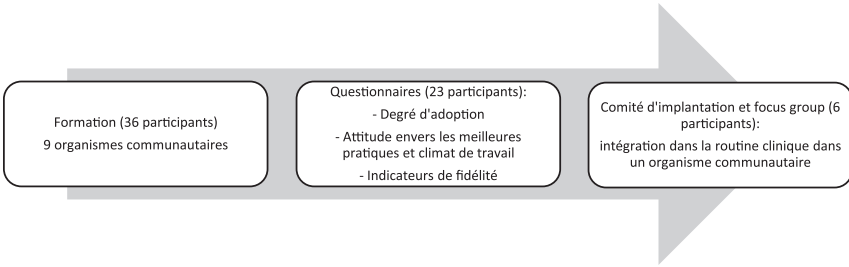


Figure 2. Procédures d'implantation et d'évaluation de l'étude

Instruments de mesure

Adoption de l'approche axée sur les forces. Le questionnaire de langue française élaboré par [Guilbert et coll. \(2011\)](#) a été choisi puisqu'il s'appuie sur la théorie de la diffusion de Rogers. Ce questionnaire permet de mesurer les caractéristiques de l'innovation (avantages relatifs, compatibilité, complexité, observabilité et réversibilité), les facteurs individuels et organisationnels, de même que les facteurs sociodémographiques, à l'aide de 27 questions comprenant plusieurs énoncés. Des modifications ont été apportées à la version d'origine, en l'occurrence le nombre total de questions s'élève à 20, et l'une des caractéristiques, l'observabilité, n'a pas été mesurée puisqu'elle nécessite une période prolongée d'utilisation de l'approche sur le terrain. Considérant que le questionnaire d'origine évaluait une pratique innovante différente de celle à l'origine du questionnaire, les énoncés ont été modifiés lorsque nécessaire pour les rendre cohérents avec l'approche axée sur les forces. Par exemple, l'énoncé « globalement, je considère l'application de l'approche axée sur les forces comme très difficile » est identique, mais le nom de la pratique évaluée a été changé. Parfois les modifications étaient plus importantes, surtout en ce qui concerne les avantages relatifs et les raisons qui expliquent le degré de difficulté de l'approche axée sur les forces. L'échelle a aussi été modifiée, passant de 0 à 10 (0 = totalement en désaccord, 10 = totalement en accord) à 1 à 5 dans le présent questionnaire. L'échelle a été modifiée en raison du nombre restreint de participants à l'étude (5 choix au lieu de 10) et pour le calcul de la moyenne et de l'écart-type (1 au lieu de 0). Les énoncés pour mesurer le contexte organisationnel ont été conservés ($n = 10$) et ceux se rapportant aux facteurs individuels ont été remplacés par des énoncés mesurant l'attitude à l'égard des pratiques basées sur des données probantes. L'instrument d'origine développé par [Guilbert et coll. \(2011\)](#) présente une très bonne consistance interne (alpha de Cronbach $\approx 0,81$). La contrainte de l'échantillon restreint n'a pas permis d'établir la consistance interne de l'instrument adapté. Le questionnaire a toutefois fait l'objet d'une validation auprès de deux intervenants et de deux gestionnaires.

Attitudes à l'égard des meilleurs pratiques. Les facteurs individuels des intervenants ont été mesurés à partir du questionnaire de langue anglaise élaboré

par Aarons (2004) portant sur les attitudes à l'égard des pratiques basées sur des données probantes. Ce questionnaire est composé de 15 énoncés et permet d'estimer, sur une échelle de 0 à 4 (0 = Je ne suis pas du tout d'accord, 4 = Je suis tout à fait d'accord), quatre dimensions, notamment la recommandation, l'attraction, la divergence et l'ouverture face aux pratiques basées sur des données probantes (ex. : je suis ouvert à adopter une approche développée par des chercheurs). La consistance interne globale de cet outil est 0,77 (Aarons, 2004). Dans le cadre de la présente étude, trois dimensions sur 4 ont été évaluées (11/15 énoncés), puisque la dimension recommandation était la même pour tous, soit une approche recommandée par la direction de leur organisme. L'échelle a été recodée, de 1 à 5 pour être en mesure de calculer la moyenne et l'écart-type. Le questionnaire a fait l'objet d'une validation auprès de deux intervenants et de deux gestionnaires après avoir été traduit par la chercheuse principale et l'assistant de recherche.

Strengths Case management Fidelity Scale(Rapp et Goscha, 2006). Ce questionnaire de langue anglaise mesure le degré d'atteinte des indicateurs de fidélité; il a été traduit en français par la chercheuse principale et l'assistant de recherche. Les indicateurs de fidélité traduisent de manière opérationnelle les principes préconisés par l'approche (ex. : la majorité des contacts ont lieu dans la communauté). Le questionnaire d'origine comporte 11 énoncés avec des sous-items et les propriétés métriques sont excellentes, soit une consistance interne de 0,98 (Teague et coll., 2012). Considérant que la fidélité a été mesurée avant l'utilisation de l'approche sur le terrain et dans un but formatif plutôt que sommatif, le questionnaire a été réduit à 7 énoncés. L'échelle de mesure a été modifiée, proposant un choix entre deux réponses — oui et non — plutôt qu'une échelle de 1 à 5. L'objectif formatif visait à documenter les indicateurs de fidélité pour s'assurer de l'intégrité théorique de l'approche au moment de la formation et faire les ajustements nécessaires avant son implantation (Saunders, Evans et Joshi, 2005).

Guide d'entrevue semi-structurée. Le guide d'entrevue de groupe auprès des intervenants d'un des organismes communautaires comprenait les quatre questions suivantes : 1) « Pourquoi devrait-on implanter l'approche axée sur les forces dans votre milieu d'intervention? »; 2) « Quels sont les bénéfices et les désavantages? »; 3) « Quels sont les obstacles qui compromettent l'implantation? »; et 4) « Quelles sont les conditions qui facilitent son intégration dans la routine clinique? » Les échanges lors de la discussion de groupe ont été consignés par une prise de notes rigoureuse, assurée par un assistant de recherche.

Analyses statistiques et analyse de contenu

Les données quantitatives provenant des questionnaires ont été soumises à des analyses descriptives, soit la moyenne et l'écart-type. Les résultats sont interprétés de la manière suivante, plus la moyenne se rapproche de 4, plus l'opinion est favorable, et lorsque l'écart-type est étendu, l'énoncé est moins consensuel. Pour ce qui est des données qualitatives issues de l'entrevue de groupe, une analyse de contenu a été réalisée à l'aide d'une matrice ordonnée en fonction des construits

(Miles, Huberman, et Saldaña, 2014). Les construits sont issus de la théorie de la diffusion de l'innovation (diffusion/dissémination, adoption, fidélité/adaptation, intégration dans la routine clinique, facteurs individuels et organisationnels).

RÉSULTATS

Portrait des participants

Le [tableau 1](#) présente les principales caractéristiques des participants. Parmi les intervenants qui ont suivi la formation sur l'approche axée sur les forces ($n = 36$), 23 ont rempli le questionnaire. La majorité des participants sont des femmes, ils sont âgés en moyenne de 30 ans, la majorité a une formation de niveau collégiale et ils travaillent dans leur organisme respectif depuis 3 ans à temps plein. Le nombre d'intervenants ayant participé à la formation diffère d'un organisme à l'autre, le ratio intervenant/organisme variant d'un individu par organisme ($n = 4$) à 12 individus par organisme ($n = 1$). Ce dernier sous-groupe de participants issus de cet organisme ressemble à l'échantillon global. La mission de cet organisme est similaire à celle des autres, toutefois il se distingue en raison de trois différentes modalités d'intervention, hébergement, soutien dans la communauté et rencontres informelles pour des interventions de groupe.

Opinion à l'égard des caractéristiques de l'approche axée sur les forces

Pour établir le degré d'adoption à l'égard de l'approche axée sur les forces, les intervenants devaient indiquer, sur une échelle de 0 à 100, le nombre qui correspondait à leur opinion. Le pourcentage moyen établi est de 90 %, variant entre

Tableau 1. Caractéristiques des participants

| Caractéristiques | Neuf organismes communautaires (n = 23) | Un organisme communautaire (n = 11) |
|---------------------|---|-------------------------------------|
| Sexe | | |
| Femme | 17 (74 %) | 8 (73 %) |
| Homme | 6 (26 %) | 3 (27 %) |
| Âge | 30 ans (8,90) | 30 ans (10,86) |
| Années d'expérience | 3 ans (2,64) | 3 ans (2,21) |
| Formation | | |
| Collégial | 16 (69,6) | 6 (54,5 %) |
| Universitaire | 4 (30,4) | 5 (45,5 %) |
| Statut d'emploi | | |
| Temps plein | 18 (78,3 %) | 7 (63,6 %) |
| Temps partiel | 4 (17,4 %) | 4 (36,4 %) |
| Congé | 1 (4,3 %) | |

60 % et 100 %. Pour ce qui est de l'estimation des caractéristiques de l'approche, on constate que les intervenants perçoivent de nombreux avantages relatifs pour la clientèle et pour eux-mêmes, mais avec des scores moins élevés. L'opinion est moins favorable concernant deux énoncés, notamment la possibilité de consacrer plus de temps aux clients difficiles et de gagner du temps. En général, les intervenants considèrent que l'approche axée sur les forces est compatible avec leur rôle et valeurs. Sur le plan de la complexité, l'approche est globalement évaluée comme étant simple. De manière plus spécifique, les énoncés relatifs à ce qui rend l'approche difficile présentent des moyennes plus basses alors que les scores sont élevés pour les énoncés décrivant ce qui la rend facile à comprendre et à utiliser. Pour la dimension réversibilité, soit la possibilité de revenir en arrière suite à un essai, les scores sont plus faibles. Le [tableau 2](#) présente les moyennes obtenues et les écarts-types à l'égard des énoncés se rapportant aux caractéristiques de l'approche axée sur les forces.

Tableau 2. Opinion à l'égard de quatre caractéristiques proposées par Rogers (2003)

| AVANTAGES RELATIFS | M | ÉT |
|--|------|------|
| L'approche axée sur les forces permet au client de... | | |
| a. identifier plus en détail ses forces et intérêts | 4,69 | 0,47 |
| e. être accompagné dans ces efforts d'intégration dans la communauté | 4,69 | 0,47 |
| b. être perçu comme étant capable d'apprendre | 4,52 | 0,59 |
| f. reconnaître la communauté comme source de soutien | 4,39 | 0,58 |
| c. s'engager dans la relation d'aide | 4,34 | 0,64 |
| d. établir une alliance thérapeutique | 4,34 | 0,77 |
| L'approche axée sur les forces permet à l'intervenant de... | | |
| j. être plus satisfait de son travail | 4,26 | 0,75 |
| g. être mieux soutenu dans sa pratique professionnelle | 4,00 | 0,61 |
| h. consacrer plus de temps aux clients dont les défis sont plus importants | 3,72 | 0,98 |
| i. gagner du temps, car l'évaluation est plus complète | 3,72 | 1,07 |
| COMPATIBILITÉ | M | ÉT |
| c. Permet de travailler dans un cadre clinique acceptable | 4,36 | 0,72 |
| a. Correspond à leur rôle dans le domaine de la santé mentale | 4,34 | 0,48 |
| b. Facilite le travail de l'intervenant | 4,21 | 0,73 |
| d. L'organisation considère davantage le travail des intervenants | 4,09 | 0,29 |
| e. Améliore l'image des intervenants dans le système de santé | 4,04 | 0,84 |

(Suite à la page suivante)

Tableau 2. Suite

| COMPLEXITÉ | M | ÉT |
|---|------|------|
| a. Globalement, l'approche est considérée comme étant difficile | 2,04 | 0,84 |
| L'approche pourrait être difficile à appliquer, car... | | |
| e. les clients s'attendent à parler de leurs problèmes plutôt que de leurs forces | 3,69 | 0,87 |
| b. elle demande des habiletés en relation d'aide | 3,43 | 0,89 |
| c. les clients manquent d'introspection | 2,86 | 0,96 |
| d. elle demande des habiletés pour changer de paradigme | 2,72 | 1,12 |
| L'approche pourrait être facile à appliquer, car... | | |
| g. le lien de confiance s'établit sur une base positive | 4,56 | 0,50 |
| h. l'approche est compréhensible | 4,44 | 0,50 |
| f. parler des forces est encourageant pour les clients | 4,40 | 0,59 |
| j. elle donne accès à de la supervision | 4,23 | 0,53 |
| k. elle donne accès à un cartable de formation | 4,14 | 0,79 |
| l. elle donne accès à des outils cliniques | 4,04 | 0,78 |
| RÉVERSIBILITÉ | M | ÉT |
| j. Mon implication quant à l'utilisation de l'approche est tout à fait volontaire | 3,34 | 1,52 |
| k. J'ai commencé à utiliser l'approche parce que les autres intervenants le faisaient | 2,47 | 1,56 |
| l. Il n'est pas obligatoire pour moi d'utiliser l'approche, même si elle est acceptée par mon organisme | 2,09 | 1,48 |

*L'échelle est de 1 (totalement en désaccord) et à 5 (totalement en accord). Pour la complexité et ce qui rend l'approche difficile, un faible score signifie qu'elle est simple à utiliser.

La présence des indicateurs de fidélité

Les résultats indiquent que les outils cliniques (plan d'intervention et d'action) sont accessibles pour la majorité des intervenants. Toutefois, les intervenants sont moins nombreux à mentionner la présence des indicateurs suivants : faire partie d'une petite équipe, utiliser les ressources provenant de la communauté, réaliser les rencontres majoritairement dans la communauté, consacrer entièrement son temps à l'approche et obtenir une supervision d'une durée de 2 heures par semaine. Le ratio intervenant/clients recommandé, soit moins de 15, est peu présent, mais 47,8 % des intervenants estiment que cette question ne s'applique pas à leur contexte. Le [tableau 3](#) présente la présence ou non des indicateurs de fidélité.

Les facteurs individuels et organisationnels favorisant l'adoption de l'approche

Les facteurs individuels analysés se rapportent à l'attitude des intervenants face aux meilleures pratiques. L'approche axée sur les forces est considérée

Tableau 3. Concordance avec les indicateurs de fidélité

| Variables | oui | | non | | nsp | | Pas de réponse | |
|---|-----|------|-----|------|-----|------|----------------|-----|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Utilisation des outils (PIF et PA) | 20 | 87,0 | 3 | 13,0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Je fais partie d'une petite équipe (moins de 6) | 15 | 65,2 | 6 | 26,1 | 1 | 4,3 | 1 | 4,3 |
| Utilisation des ressources naturelles | 13 | 56,5 | 6 | 26,1 | 4 | 17,4 | 0 | 0 |
| Je consacre entièrement mon temps à l'application de l'approche (90 à 99 %) | 10 | 43,5 | 12 | 52,2 | 0 | 0 | 1 | 4,3 |
| Majorité des rencontres dans la communauté | 11 | 47,8 | 8 | 34,8 | 4 | 17,4 | 0 | 0 |
| Durée des supervisions : 2 h/sem | 8 | 34,8 | 10 | 43,5 | 3 | 13,0 | 2 | 8,7 |
| Je suis intervenant pivot de moins de 15 clients | 5 | 21,7 | 6 | 26,1 | 11 | 47,8 | 1 | 4,3 |

positivement par les intervenants. L'avis est plus partagé concernant l'énoncé voulant que l'expérience clinique soit plus importante que la théorie. En regard des facteurs organisationnels, l'accès aux outils cliniques, le respect des employés à l'égard des normes et des procédures ainsi que l'absence d'isolement professionnel sont estimés positivement. Les énoncés liés aux conditions de travail (ressources matérielles, nombre d'intervenants) sont moins consensuels. Le [tableau 4](#) présente les facteurs susceptibles de moduler la réussite de l'implantation de l'approche axée sur les forces.

Les facteurs qui limitent ou facilitent l'intégration dans la routine clinique

Une analyse du contenu des discussions à la suite d'une entrevue de groupe a été réalisée en fonction des principaux construits issus de la théorie de la diffusion de l'innovation. Pour ce qui est de la *diffusion*, les intervenants soulèvent le besoin d'un suivi systématique des acquis de la formation de même que l'importance de la sensibilisation des partenaires offrant des services en santé mentale. En ce qui concerne les avantages pouvant expliquer l'*adoption de l'approche axée sur les forces*, les intervenants considèrent qu'elle permet d'établir une relation plus positive et chaleureuse. Le fait que l'approche mise sur l'espoir et le potentiel mobilise tant les clients qu'eux-mêmes. D'ailleurs, plusieurs mentionnent que les clients apprécient l'approche et que celle-ci les motive à s'impliquer, à prendre des responsabilités. Cette orientation commune vers l'autonomie et le pouvoir d'agir du client favorise la cohésion dans les équipes. Les intervenants ont toutefois mentionné certains défis liés à la clientèle et aussi à la diversité clinique des secteurs au sein de leur organisme. Ils estiment que l'approche est moins adaptée aux clients qui n'ont pas de

Tableau 4. Facteurs individuels et organisationnels

| Facteurs individuels : | M | ÉT |
|---|------|------|
| Attitudes à l'égard des pratiques basées sur des données probantes | | |
| a. L'approche axée sur les forces est logique et fondée | 4,82 | 0,38 |
| b. L'approche axée sur les forces est attrayante | 4,82 | 0,38 |
| c. Les intervenants qui l'appliquent en sont satisfaits | 4,34 | 0,77 |
| d. Je suis ouvert à adopter une nouvelle approche | 4,34 | 0,77 |
| e. Je suis ouvert à adopter une approche développée par des chercheurs | 4,30 | 0,70 |
| f. Je suis ouvert à suivre un manuel de formation | 4,26 | 0,81 |
| g. Nous avons assez de formation pour l'utiliser | 4,04 | 0,97 |
| h. Je pense que l'expérience clinique est plus importante que la théorie | 3,30 | 1,14 |
| i. Je pense que les programmes élaborés à partir de données probantes ne sont pas efficaces | 2,28 | 0,84 |
| j. Je ne souhaite pas utiliser un manuel directement relié à l'approche axée sur les forces | 2,08 | 1,16 |
| k. J'en connais plus que les chercheurs | 1,47 | 0,73 |
| Facteurs organisationnels : | | |
| a. Les outils cliniques nécessaires sont toujours disponibles | 4,10 | 0,93 |
| b. Les employés respectent toujours les normes et procédures de l'organisation | 4,00 | 0,69 |
| c. Les employés participent très fréquemment à la prise de décisions | 3,78 | 0,90 |
| d. Les lieux de rencontre dans la communauté sont toujours disponibles | 3,75 | 1,06 |
| e. Le temps alloué à chaque client est suffisant | 3,43 | 1,23 |
| f. Plusieurs personnes ont une grande expertise à l'égard de l'approche | 3,27 | 0,98 |
| g. Les ressources matérielles sont suffisantes | 3,22 | 1,19 |
| h. Le nombre d'intervenants est tout à fait suffisant | 3,04 | 1,17 |
| i. L'isolement professionnel est présent | 2,09 | 0,97 |

projets précis, qui ont de la difficulté à se projeter dans l'avenir et qui ne souhaitent pas explorer l'inconnu. L'approche axée sur les forces est aussi plus difficile à appliquer dans un contexte d'intervention de groupe. Pour ce qui est des *indicateurs de fidélité*, la supervision clinique est notée comme étant difficile à appliquer dans le contexte de la diversité clinique des secteurs. La supervision clinique est utile pour savoir dans quelle mesure l'approche est bien utilisée et si elle mène aux effets escomptés. En ce qui concerne les *facteurs individuels et organisationnels*, les obstacles sont essentiellement reliés à certaines divergences d'opinions quant à la compréhension de l'approche, à l'absence d'une offre de formation systématique

aux nouveaux employés, à l'absence de matériel visuel, au manque de temps pour s'approprier l'approche et au roulement de personnel.

DISCUSSION

La présente étude se distingue par l'utilisation de la théorie de la diffusion de l'innovation (Rogers, 2003) pour analyser le processus d'implantation de l'approche axée sur les forces. Le premier constat pointe en faveur d'une perception généralement positive à l'égard de l'approche, malgré la difficulté d'atteindre certains indicateurs de fidélité. Il semble qu'au moment de la formation, les facteurs individuels et organisationnels soient propices à la réussite du processus d'implantation dans les organismes communautaires. Le deuxième constat montre que l'engagement institutionnel est cependant nécessaire pour mieux anticiper et surmonter les défis d'implantation.

Adoption et fidélité de l'approche à la suite de la formation

Les résultats obtenus indiquent un degré élevé d'adoption de cette approche par les intervenants œuvrant dans des organismes communautaires. Ce constat peut s'expliquer par le fait que les outils cliniques de même que les indicateurs de fidélité sont explicitement reliés à des principes auxquels les intervenants adhèrent (Teague et coll., 2012). L'opinion est toutefois plus divergente en ce qui concerne les avantages relatifs pour les intervenants, comparativement à la clientèle. Il est possible que la difficulté de mettre en place certains indicateurs de fidélité (ex. : ratio intervenant/client) explique l'impression des intervenants de ne pas profiter de manière optimale des bénéfices de cette approche (Chopra et coll., 2009; Hamilton, Cohen et Young, 2010; Teague et coll., 2012).

L'évaluation formative des indicateurs de fidélité a permis d'examiner dans quelle mesure ceux-ci étaient présents au moment de la formation. Il est particulièrement important de s'assurer de façon proactive de la présence des indicateurs de fidélité surtout ceux liés à la structure (ex. : supervision, ratio, petites équipes, temps accordé à l'approche) puisque leur absence peut avoir un effet cumulatif avec les facteurs organisationnels (ex. : le roulement de personnel, manque de temps). Il importe aussi de considérer le fait que la variabilité entre les contextes de réadaptation psychiatrique rend difficile le développement et l'atteinte des indicateurs de fidélité (Calsyn, 2000).

Un élément important à considérer est que les intervenants ont l'impression que l'adoption de l'approche ne se fait pas sur une base volontaire. Il est possible que les changements organisationnels requis pour implanter l'approche avec fidélité puissent venir renforcer son caractère obligatoire. Oades et Anderson (2012) ont également démontré que l'orientation envers le rétablissement est perçue comme étant une directive politique à laquelle les intervenants doivent se conformer. Étant donné l'ouverture des intervenants aux pratiques basées sur des données probantes, il serait judicieux d'accroître dès le départ leur participation à

la sélection du modèle orienté vers le rétablissement reconnu comme étant le plus susceptible d'améliorer les résultats auprès de la clientèle.

Les défis liés à l'intégration dans la routine clinique

L'étude plus approfondie des défis et des stratégies d'implantation dans un des organismes communautaires a démontré que les intervenants ont besoin de plus qu'une formation initiale pour avoir une compréhension fine de l'approche. Lors de la formation, les intervenants ont jugé l'approche axée sur les forces comme étant plutôt facile, toutefois cette approche est présentée comme étant modérément complexe comparativement aux autres approches préconisant le rétablissement (Teague et coll., 2012). La discussion avec les intervenants, laquelle a eu lieu plusieurs mois après la formation, a permis de soulever certains enjeux cliniques démontrant une certaine complexité. Par exemple, le fait que certains clients s'attendent à parler de leurs problèmes représente une difficulté d'application de l'approche. Il semble que ce soit difficile de rester centré sur les forces alors qu'il faut répondre à la souffrance et à la détresse vécues par les clients ainsi que leurs besoins souvent nombreux et urgents. Il s'agit ici d'un défi pouvant confronter les intervenants face à leurs responsabilités éthiques (Chopra et coll., 2009).

La formation initiale et continue est importante, sans négliger toutefois l'engagement institutionnel nécessaire pour soutenir et améliorer la qualité de l'implantation (Hamilton et coll., 2010). Ce constat est d'autant plus important considérant le fait que les lignes directrices sont souvent peu explicites quant aux transformations organisationnelles associées au processus d'implantation de cette approche (Gilburt et coll., 2013). Les résultats de notre étude font ressortir de manière explicite cet enjeu clinico-administratif étroitement lié à la réussite de l'implantation de l'approche axée sur les forces.

Forces et limites de l'étude

La présente étude se distingue pour avoir conceptualisé et évalué le processus d'implantation de l'approche axée sur les forces en s'appuyant sur la théorie de la diffusion de l'innovation. Pour interpréter les résultats et la portée de l'étude, il est cependant important de tenir compte de certaines limites méthodologiques. D'abord, l'évaluation du processus d'implantation n'est pas une fin en soi, mais bien un moyen pour informer les promoteurs des ajustements nécessaires au fur et à mesure de la progression des étapes. Par conséquent, la recherche évaluative centrée sur le processus d'implantation impose aux chercheurs de concilier rigueur scientifique et pertinence contextuelle. Par exemple, l'adaptation du questionnaire d'origine s'éloigne des standards scientifiques, mais est requise en raison du contexte spécifique de l'étude et des caractéristiques propres à l'approche axée sur les forces. Par conséquent, la généralisation des résultats doit être exercée avec prudence et le recours à une théorie est d'autant plus justifié.

Deuxièmement, la généralisation des résultats de l'étude peut aussi être limitée par le fait que le processus d'implantation a été évalué par des intervenants œuvrant dans des organismes communautaires. Il est toutefois intéressant de

constater que certains des obstacles soulevés dans une étude récente en contexte institutionnel sont similaires (ex. : roulement de personnel et manque de temps). Finalement, la théorie de la diffusion de l'innovation propose une séquence d'étapes allant de l'adoption à l'intégration dans la routine clinique alors que sur le terrain cette logique linéaire n'est pas nécessairement respectée. Par exemple, l'approche axée sur les forces était connue et parfois utilisée avant même que les intervenants suivent la formation, ce qui a pu introduire un biais en faveur de son adoption. Malgré ces limites méthodologiques, notre étude a toutefois permis de confirmer certains obstacles et de formuler des recommandations qui pourraient permettre de mieux planifier et soutenir l'implantation de l'approche axée sur les forces.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le renouvellement de pratique repose principalement sur les intervenants qui prennent connaissance de celle-ci par l'entremise d'activités de formation. Cette stratégie, bien que pertinente, n'est pas suffisante puisque l'engagement institutionnel est tout aussi important pour préparer le milieu dans lequel la nouvelle approche sera implantée. À cet égard, la recherche évaluative en partenariat université/milieu permet de mobiliser les différentes parties prenantes pour réfléchir ensemble au processus d'implantation, tout en considérant le contexte dans lequel l'approche est implantée. En ce sens, la théorie de la diffusion de l'innovation est utile pour conceptualiser ce phénomène complexe et multifactoriel.

La présente expérience d'évaluation du processus d'implantation a permis de dégager certaines recommandations pour mieux anticiper les défis susceptibles de se produire. Premièrement, il serait utile d'accorder davantage d'attention à la phase pré-implantation, notamment en s'assurant que les indicateurs de fidélité liés à la structure (ex. : ratio intervenant/clients) soient mis en place avant même d'offrir la formation. Deuxièmement, lors de la formation, il faudrait mentionner clairement que l'approche axée sur les forces est reconnue comme étant une meilleure pratique, tout en précisant que la fidélité et la qualité de son implantation exigent un engagement institutionnel. Troisièmement, il faudrait faire en sorte que la gestion des ressources humaines et matérielles soit adaptée durant la période de transition afin que les intervenants aient accès aux conditions nécessaires pour approfondir et maîtriser l'approche. Quatrièmement, il serait utile de développer et de diffuser un guide d'implantation comprenant des stratégies différentielles en fonction de l'évolution des étapes du processus d'implantation.

RÉFÉRENCES

- Aarons, G.A. (2004). Mental health provider attitudes toward adoption of evidence-based practice: The Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). *Mental Health Services Research*, 6(2), 61–74. <https://doi.org/10.1023/B:MHSR.0000024351.12294.65>. Medline:15224451

- Bauer, M.S., Damschroder, L., Hagedorn, H., Smith, J. et Kilbourne, A.M. (2015). An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychology*, 3(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s40359-015-0089-9>. Medline:26376626
- Briand, C. (2017). *Évaluation de l'implantation de l'approche axée sur les forces dans les équipes SIV au Canada*. Repéré à <http://www.youtube.com/watch?v=i3YgXRXLirY>
- Calsyn, R.J. (2000). A checklist for critiquing treatment fidelity studies. *Mental Health Services Research*, 2(2), 107–113. <https://doi.org/10.1023/A:1010109205676>. Medline:11256717
- Chopra, P., Hamilton, B., Castle, D., Smith, J., Mileschkin, C., Deans, M., . . . et Wilson, M. (2009). Implementation of the Strengths Model at an area mental health service. *Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 17(3), 202–206. <https://doi.org/10.1080/10398560802666083>. Medline:19199129
- Creswell, J.W. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
- Damschroder, L.J. et Hagedorn, H.J. (2011). A guiding framework and approach for implementation research in substance use disorders treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(2), 194–205. <https://doi.org/10.1037/a0022284>. Medline:21443291
- Fukui, S., Goscha, R., Rapp, C.A., Mabry, A., Liddy, P. et Marty, D. (2012). Strengths model case management fidelity scores and client outcomes. *Psychiatric Services*, 63(7), 708–710. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100373>. Medline:22752035
- Gilbert, H., Slade, M., Bird, V., Oduola, S et Craig, T.K.J. (2013). Promoting recovery-oriented practice in mental health services: A quasi-experimental mixed-methods study. *BMC Psychiatry*, 13(1), 167. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-167>. Medline:23764121
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. et Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organization: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581–629. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>
- Grol, R. et Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, 362(9391), 1225–1230. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14546-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14546-1). Medline:14568747
- Guilbert, E.R., Morin, D., Guilbert, A.C., Gagnon, H., Robitaille, J. et Richardson, M. (2011). Task-shifting in the delivery of hormonal contraceptive methods: Validation of a questionnaire and preliminary results. *International Journal of Nursing Practice*, 17(3), 315–321. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2011.01939.x>. Medline:21605273
- Hamilton, A.B., Cohen, A.N et Young, A.S. (2010). Organizational readiness in specialty mental health care. *Journal Of General Internal Medicine*, 25(Suppl 1), 27–31. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1133-3>. Medline:20077148
- Krabbenborg, M.A.M., Boersma, S.N., Beijersbergen, M.D., Goscha, R.J. et Wolf, J.R. (2015). Fidelity of a strengths-based intervention used by Dutch shelters for homeless young adults. *Psychiatric Services*, 66(5), 470–476. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300425>. Medline:25639989

- Lanctôt, N et Chouinard, J. (2006). Comment favoriser la réussite d'une démarche d'implantation d'un programme au sein d'un milieu d'intervention : leçons tirées d'une étude de cas. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 21(2), 105–131.
- Latimer, E. et Rabouin, D. (2011). Soutien d'intensité variable (SIV) et rétablissement : que nous apprennent les études expérimentales et quasi expérimentales? *Santé mentale au Québec*, 36(1), 13–34. <https://doi.org/10.7202/1005812ar>. Medline:21983904
- Le Boutillier, C., Chevalier, A., Lawrence, V., Leamy, M., Bird, V.J., Macpherson, R., . . . et Slade, M. (2015). Staff understanding of recovery-orientated mental health practice: A systematic review and narrative synthesis. *Implementation Science*, 10(IS), 87. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0275-4>. Medline:26059397
- Lindamer, L.A., Lebowitz, B., Hough, R.L., Garcia, P., Aguirre, A., Halpain, M.C., . . . et Jeste, D.V. (2009). Establishing an implementation network: Lessons learned from community-based participatory research. *Implementation Science*, 4(1), 17. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-17>. Medline:19335915
- Marty, D., Rapp, C.A. et Carlson, L. (2001). The experts speak: The critical ingredients of strengths model case management. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(3), 214–221. <https://doi.org/10.1037/h0095090>. Medline:11315208
- Mental Health Commission of Canada. (2016). *Advancing the mental health strategy for Canada: A framework for action (2017–2022)*. Ottawa, ON : Mental Health Commission of Canada.
- Miles, M.B., Huberman, A.M. et Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
- National Cancer Institute. (2004). *Dialogue on dissemination: Facilitating dissemination research and implementation of evidence-based cancer prevention, early detection, and treatment practices*. Repéré à https://cancercontrol.cancer.gov/IS/pdfs/dod_summ_nov-dec.pdf
- Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 10(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>. Medline:25895742
- Oades, L. G. et Anderson, J. (2012). Recovery in Australia: Marshalling strengths and living values. *International Review of Psychiatry*, 24(1), 5–10. <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.660623>. Medline:22385421
- Petrakis, M., Wilson, M. et Hamilton, B. (2013). Implementing the strengths model of case management: Group supervision fidelity outcomes. *Community Mental Health Journal*, 49(3), 331–337. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9546-6>. Medline:23054149
- Pichlak, M. (2016). The innovation adoption process: A multidimensional approach. *Journal of Management & Organization*, 22(4), 476–494. <https://doi.org/10.1017/jmo.2015.52>
- Plan d'action en santé mentale. (2015–2020). *Faire ensemble et autrement*. Montréal : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec.
- President's New Freedom Commission on Mental Health. (2003). *Achieving the promise: Transforming mental health care in America*. President's New Freedom Commission on Mental Health

- Proctor, E.K., Landsverk, J., Aarons, G., Chambers, D., Glisson, C. et Mittman, B. (2009). Implementation research in mental health services: An emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 36(1), 24–34. <https://doi.org/10.1007/s10488-008-0197-4>. Medline:19104929
- Rapp, C.A. et Goscha, R.J. (2006). *The strengths model: Case management with people with psychiatric disabilities*. Oxford : Oxford University Press.
- Rapp, C.A., Goscha, R.J. et Carlson, L.S. (2010). Evidence-based practice implementation in Kansas. *Community Mental Health Journal*, 46(5), 461–465. <https://doi.org/10.1007/s10597-010-9311-7>. Medline:20414722
- Rapp, C.A., Goscha, R.J. et Fukui, S. (2015). Enhanced consumer goal achievement through strengths-based group supervision. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(3), 268–272. <https://doi.org/10.1037/prj0000060>. Medline:24730543
- Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of innovations* (4th ed.). New York, NY: Free Press.
- Rubenstein, L. V. et Pugh, J. (2006). Strategies for promoting organizational and practice change by advancing implementation research. *Journal of General Internal Medicine*, 21(Suppl 2), S58–S64. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00364.x>. Medline:16637962
- Saunders, R. P., Evans, M. H. et Joshi, P. (2005). Developing a process-evaluation plan for assessing health promotion program implementation: a how-to guide. *Health promotion practice*, 6(2), 134–147.
- Staudt, M., Howardw, M.O. et Drake, B. (2001). The operationalization, implementation, and effectiveness of the strengths perspective: A review of empirical studies. *Journal of Social Service Research*, 27(3), 1–21. https://doi.org/10.1300/J079v27n03_01
- Tabak, R.G., Khoong, E.C., Chambers, D.A. et Brownson, R.C. (2012). Bridging research and practice: Models for dissemination and implementation research. *American Journal of Preventive Medicine*, 43(3), 337–350. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.05.024>. Medline:22898128
- Teague, G.B., Mueser, K.T. et Rapp, C.A. (2012). Advances in fidelity measurement for mental health services research: Four measures. *Psychiatric Services*, 63(8), 765–771. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100430>. Medline:22854723
- Torrey, W.C., Rapp, C.A., Van Tosh, L., McNabb, C.R., Ralph, R.O. (2005). Recovery principles and evidence-based practice: Essential ingredients of service improvement. *Community Mental Health journal*, 41(1), 91–100. <https://doi.org/10.1007/s10597-005-2608-2>. Medline:15932056
- Tse, S., Tsoi, E.W.S., Hamilton, B., O'Hagan, M., Shepherd, G., Slade, M., . . . et Petrakis, M. (2016). Uses of strength-based interventions for people with serious mental illness: A critical review. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(3), 281–291. <https://doi.org/10.1177/0020764015623970>. Medline:26831826

PRÉSENTATION D'AUTEUR

Line Leblanc est professeur au département de psychoéducation et de psychologie à l'Université du Québec en Outaouais. Elle est psychoéducatrice et titulaire d'un doctorat

en sciences humaines appliquées. Elle est membre du centre de recherche du CISSS de l'Outaouais et de l'Observatoire en santé mentale et justice. Ses intérêts de recherche sont orientés vers l'évaluation de l'implantation et les pratiques innovantes de même que l'éthique clinique.

Professeure au département des sciences infirmières au campus de St-Jérôme, **Christine Gervais** est infirmière et titulaire d'un doctorat en psychologie. Elle est membre du *Centre d'études et de recherche en intervention familiale (CÉRIF)* et co-chercheure dans l'équipe de recherche *Paternité, famille et société*. Elle s'intéresse à la santé des familles, ainsi qu'au développement et à l'évaluation d'intervention et de programmes visant l'amélioration des services offerts aux familles.

Diane Dubeau est professeure au Département de psychoéducation et de psychologie de l'Université du Québec en Outaouais depuis 1991. Elle est titulaire d'un doctorat en psychologie de l'UQAM. Elle a assumé la responsabilité du Centre de recherche évaluative sur des programmes d'intervention psychosociale et de l'Action concertée portant sur « L'effet des services préventifs auprès des pères en difficulté et de leurs enfants ». Elle est associée à titre de co-chercheure aux équipes « Séparation conjugale et recomposition familiale » (CRSH partenariat), « Paternité, famille et société » (FQRSC), au Centre d'études et de recherches sur l'intervention familiale (CERIF) ainsi qu'à l'Institut universitaire Jeunes en difficulté du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Alexis Delame est éducateur au service Répit-Transit de la Commission scolaire des portages-de-l'Outaouais. Assistant de recherche à l'Université du Québec en Outaouais et au CISSS de l'Outaouais, il détient un baccalauréat en psychoéducation de l'Université du Québec en Outaouais.