

**L'implantation au Québec de l'*Integrated Psychological Treatment* (IPT) auprès des personnes atteintes de schizophrénie : cinq ans après**  
**Implementation in Quebec of the Integrated Psychological Treatment (IPT) for people with schizophrenia: five years later**

**La implantación en Quebec del Tratamiento Psicológico Integrado (IPT) para las personas que sufren de esquizofrenia: cinco años después**  
**Implantação no Quebec da Terapia Psicológica Integrada (IPT-Integrated Psychological Treatment) junto às pessoas que sofrem de esquizofrenia: cinco anos depois**

Catherine Briand, Daniel Reinharz, Alain Lesage, Luc Nicole, Emmanuel Stip, Pierre Lalonde, Kathe Villeneuve et Sarah Planet-Sultan

Volume 35, numéro 2, automne 2010

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1000557ar>  
DOI : <https://doi.org/10.7202/1000557ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)  
1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Briand, C., Reinharz, D., Lesage, A., Nicole, L., Stip, E., Lalonde, P., Villeneuve, K. & Planet-Sultan, S. (2010). L'implantation au Québec de l'*Integrated Psychological Treatment* (IPT) auprès des personnes atteintes de schizophrénie : cinq ans après. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 145–162.  
<https://doi.org/10.7202/1000557ar>

Résumé de l'article

Cet article s'intéresse à l'adoption au Québec d'une pratique basée sur l'évidence scientifique, l'*Integrated Psychological Treatment* (IPT) auprès des personnes atteintes de schizophrénie, et à la pérennité de cette pratique dans neuf milieux cliniques en contexte de transformation des services. Une équipe de recherche du Centre de recherche Fernand Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine a observé l'implantation et le maintien de l'IPT dans neuf milieux cliniques. L'article présente les facteurs qui ont contribué, sur une période de cinq ans, au maintien (ou non) de l'IPT dans ces milieux. Il soulève une question importante sur la pérennité des approches spécialisées et spécifiques à une clientèle dans des contextes de transformation des services.



## L'implantation au Québec de l'*Integrated Psychological Treatment* (IPT) auprès des personnes atteintes de schizophrénie : cinq ans après

---

Catherine Briand\*

Daniel Reinharz\*\*

Alain Lesage\*\*\*

Luc Nicole\*\*\*\*

Emmanuel Stip\*\*\*

Pierre Lalonde\*\*\*\*\*

Kathe Villeneuve\*\*\*\*\*

Sarah Planet-Sultan\*\*\*\*\*

Cet article s'intéresse à l'adoption au Québec d'une pratique basée sur l'évidence scientifique, l'*Integrated Psychological Treatment* (IPT) auprès des personnes atteintes de schizophrénie, et à la pérennité de cette pratique dans neuf milieux cliniques en contexte de transformation des services. Une équipe de recherche du Centre de recherche Fernand Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine a observé l'implantation et le maintien de l'IPT dans neuf milieux cliniques. L'article présente les facteurs qui ont contribué, sur une période de cinq ans, au maintien (ou non) de l'IPT dans ces milieux. Il soulève une question importante sur la pérennité des approches spécialisées et spécifiques à une clientèle dans des contextes de transformation des services.

\* Professeur adjoint, Université de Montréal, École de réadaptation ; chercheure, Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H.-Lafontaine.

\*\* Chercheur, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval.

\*\*\* Chercheur, Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H.-Lafontaine.

\*\*\*\* Psychiatre, Chef médical, Programme des psychotiques, Hôpital Louis-H.-Lafontaine.

\*\*\*\*\* Psychiatre, Programme des psychotiques, Hôpital Louis-H.-Lafontaine.

\*\*\*\*\* Ergothérapeute, Étudiante à la maîtrise, Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H.-Lafontaine.

\*\*\*\*\* Ergothérapeute, Assistante de recherche, Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H.-Lafontaine.

**D**epuis quelques années, des efforts notables ont été faits dans les milieux de soins en santé mentale pour favoriser l'implantation des pratiques basées sur l'évidence scientifique. Plus particulièrement, pour les personnes atteintes de schizophrénie, plusieurs initiatives ont permis de transformer les services offerts et d'améliorer les pratiques en matière d'intervention psychosociale.

Dans leurs politiques et rapports des dernières années, le Réseau de consultation sur la santé mentale du Canada (RCSM) (Goeree, 1996 ; RCSM, 1997) et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS, 1989, 1998, 2005) se sont intéressés aux meilleures pratiques pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves et aux stratégies pour créer les conditions et les incitatifs nécessaires à leur mise en œuvre à grande échelle. Au Québec, une des cibles prioritaires des dernières années a été la mise en place, dans chaque région, de services de réadaptation et d'intégration sociale accessibles, adaptés aux personnes, favorisant la reprise d'un rôle actif dans la société (MSSS, 1998, 2005). L'implantation de pratiques basées sur l'évidence scientifique est devenue non seulement une préoccupation pour les décideurs mais aussi, une préoccupation pour les cliniciens.

Plusieurs pratiques exemplaires de réadaptation et de réinsertion sociale sont disponibles dans les réseaux locaux de services (RLS) du Québec. Cependant, peu d'entre elles sont intégrées de façon uniforme. Les ressources humaines sont limitées et changeantes, les professionnels ont un accès restreint à la formation continue et, souvent, les pratiques existantes nécessitent une adaptation au contexte du milieu qui lui-même se transforme et conduit à des ajustements continuels des pratiques offertes.

Cet article s'intéresse à l'adoption au Québec d'une pratique basée sur l'évidence scientifique, l'*Integrated Psychological Treatment* (IPT) (Brenner et al., 1992) auprès des personnes atteintes de schizophrénie et à la pérennité de cette pratique dans neuf milieux cliniques en contexte de transformation des services. Plus spécifiquement, cet article présente les facteurs qui ont contribué, sur une période de cinq ans, au maintien (ou non) de l'IPT dans ces milieux.

### **L'IPT et son contexte d'implantation au Québec**

L'IPT est une intervention de groupe d'orientation cognitive-comportementale conçue pour les personnes atteintes de schizophrénie (Brenner et al., 1992 ; Briand et al., 2005). Il fait partie de la gamme de services offerts à cette clientèle en suivi externe de psychiatrie (services ambulatoires de deuxième ligne). La littérature scientifique (Falloon et al., 2004 ; Mueser et al., 2003) et les lignes directrices émises par les

associations de psychiatrie pour le traitement psychosocial des personnes atteintes de schizophrénie (APA, 2004 ; CPA, 2005) identifient six domaines de pratiques fondées sur l'évidence scientifique :

1. les interventions de psychoéducation pour favoriser l'adhésion à la médication antipsychotique et la gestion des symptômes et des rechutes ;
2. les interventions de suivi intensif dans le milieu pour augmenter l'adhésion au traitement et offrir un soutien social à une clientèle difficilement en lien avec le réseau de la santé (à risque élevé de rupture avec la société, résistante aux traitements habituels, etc.) ;
3. les interventions axées sur l'adaptation à la maladie et l'apprentissage d'habiletés nécessaires à la vie en société (habiletés de vie autonome, sociales et de gestion du stress) ;
4. les interventions orientées vers la restauration des rôles sociaux (le soutien aux études et à l'employabilité, le soutien à la participation sociale et communautaire) ;
5. les interventions auprès des familles et des proches ;
6. les interventions qui intègrent la comorbidité et les situations complexes.

L'IPT fait partie des interventions axées sur l'adaptation à la maladie et l'apprentissage d'habiletés nécessaires à la vie en société. Il représente l'étape préparatoire à un retour aux études ou au travail, l'accès à un logement autonome ou la réintégration à la vie citoyenne. L'IPT s'offre à raison de deux séances par semaine (90 minutes par séance) pendant une période de 8 à 15 mois selon le rythme d'apprentissage et d'intégration des participants (8-12 participants par groupe). Il est animé par deux professionnels de la réadaptation (au Québec, en majorité des ergothérapeutes) qui assurent un suivi individualisé et cohérent avec le plan de réadaptation de chaque participant du groupe (Briand et al., 2005).

L'IPT a fait l'objet de plusieurs études indépendantes à travers le monde ( $n = 28$ ) pour confirmer son efficacité (Muller et al., 2007). Les résultats indiquent un effet global positif (taille de l'effet « effect size » : 0.55) comparativement aux conditions placebo (0.21) et aux interventions traditionnelles (0.1). Plus spécifiquement, l'IPT diminue la psychopathologie et améliore les habiletés cognitives, sociales et la qualité de vie des participants et chez des personnes aux atteintes variées et dans des contextes différents d'application (Briand et al., 2006 ; Muller et al., 2007).

Au Québec, l'IPT a été implanté pour une première fois en décembre 1996 par une équipe clinique dédiée au traitement des premiers épisodes (autrement dit aux jeunes psychotiques en début de maladie) (Nicole et al., 1999). Cette équipe désirait intégrer aux approches pharmacologiques traditionnelles, des approches de réadaptation tenant compte des problèmes cognitifs et sociaux des psychotiques. L'IPT permet de combiner systématiquement les approches comportementales classiques d'entraînement aux habiletés sociales et les nouvelles thérapies cognitives (remédiation des déficits cognitifs, modification des biais cognitifs, résolution de problèmes et travail des fonctions exécutives). L'IPT a donc rapidement suscité un engouement auprès des professionnels de la réadaptation, de plus en plus orientés vers les approches cognitive-comportementales.

C'est dans ce contexte que l'équipe de recherche s'est associée à l'équipe clinique à l'origine de l'introduction de l'IPT au Québec pour élaborer et offrir une formation adaptée aux milieux intéressés ainsi que suivre leur processus de mise en œuvre. Cette équipe clinique a non seulement participé à l'élaboration du projet de recherche, mais a fourni son soutien d'expert de contenu tout au long de la mise en œuvre de l'IPT dans chaque milieu.

À ce jour, l'équipe de recherche-clinique a formé plus d'une centaine de professionnels de la réadaptation au Québec à l'approche IPT — version adaptée pour le Québec (<http://www.hhhl.qc.ca/centre-quebecois-de-referance-a-lapproche-ipt.html>). De ce nombre, 50 % ont appliqué l'IPT dans leur milieu (l'applique toujours ou ne l'applique plus), 17 % l'ont appliqué partiellement et 33 % ne l'ont jamais appliqué. Ces intervenants proviennent de 26 milieux cliniques différents dont 15 ont appliqué intégralement l'IPT.

L'article documente l'implantation et le maintien de l'IPT dans neuf milieux cliniques (qui l'ont utilisé pour une première fois au Québec entre janvier 2001 et novembre 2002) et les facteurs organisationnels qui y sont associés.

## **Méthodologie**

### ***Caractéristiques des milieux à l'étude***

Le projet s'est déroulé dans neuf milieux cliniques québécois prêts à mobiliser les ressources nécessaires pour implanter l'IPT. Ces milieux ont été choisis selon leur disponibilité et leur contexte d'organisation des services, afin de refléter la diversité des milieux. Ils devaient représenter des contextes cliniques et organisationnels typiques, riches

en information et diversifiés (échantillonnage par contraste-approfondissement) (Pires, 1997). Autrement dit, les milieux choisis devaient couvrir un large éventail de caractéristiques suivantes :

- des services offerts à de jeunes patients en début de maladie et des services pour des patients plus âgés ;
- des cliniques spécialisées pour psychotiques et des cliniques externes de psychiatrie générale ;
- des hôpitaux généraux et des hôpitaux universitaires ;
- des milieux urbains et des milieux semi urbains (en périphérie ou éloignés des grands centres).

Le tableau 1 présente les neuf milieux à l'étude et leurs caractéristiques propres. Il est à noter que le projet de recherche a été soumis et accepté par chaque comité d'éthique des milieux à l'étude.

Tableau 1  
Caractéristiques des milieux à l'étude

CAS	ÂGE CLIENT	PROGRAMME	MISSION HOSPITALIÈRE	MUNICIPALITÉ
#1	Jeune	Spécialisé par clientèle	Universitaire	Urbaine
#2	Jeune	Spécialisé par clientèle	Universitaire, Psychiatrique	Urbaine
#3	Jeune	Général	CSSS	S-Urbaine (en périphérie)
#4	Varié	Général	Universitaire, Régionale	S-Urbaine (en périphérie)
#5	Varié	Général	CSSS	S-Urbaine (éloignée)
#6	Varié	Général	Universitaire	Urbaine
#7	Varié	Général	CSSS	S-Urbaine (en périphérie)
#8	Varié	Spécialisé par clientèle	Universitaire	Urbaine
#9	Âgé	Spécialisé par clientèle	Universitaire, Psychiatrique	Urbaine

### *Devis de recherche et collecte des données*

Le projet est une étude d'implantation de type 1 (Champagne et Denis, 1992) qui s'intéresse aux facteurs contextuels qui influencent la

mise en œuvre et le maintien d'une approche clinique. Le devis de recherche utilisé est l'étude de cas multiples (Yin, 2009). Il permet de tenir compte de la complexité de chaque milieu, de leurs caractéristiques et de leur contexte, tout en rendant possible une comparaison pour ceux-ci.

Le suivi d'implantation s'est fait en deux temps :

- Temps 1 : à la fin de la première mise en œuvre (2001-2003) ;
- Temps 2 : cinq ans après la première mise en œuvre (2006-2008).

Pour le premier temps (T1), des entrevues de groupe, une par milieu (n = 9), ont été réalisées auprès des intervenants impliqués. Vingt-quatre intervenants (21 ergothérapeutes, 2 infirmiers, 1 travailleur social) ont été rencontrés lors de ces entrevues qui regroupent 1 à 4 intervenants par milieu. Pour le deuxième temps (T2), les entrevues téléphoniques individuelles ont été privilégiées. Vingt et un intervenants (19 ergothérapeutes, 2 infirmiers) ont été rejoints dont onze intervenants étaient les mêmes qu'au T1. Les entrevues de groupe ou téléphoniques ont documenté les facteurs favorables ou non à l'adoption de l'IPT et les difficultés rencontrées et les stratégies utilisées pour y faire face.

Lors des entrevues, les intervenants ont présenté l'histoire de l'implantation de l'IPT en s'intéressant à 4 moments clés du processus :

- M1 : la pré-implantation i.e. lorsque l'IPT a été proposé dans leur milieu
- M2 : l'implantation i.e. la période de mise en œuvre de l'IPT
- M3 : le moment de la première entrevue où le maintien de l'IPT fut envisagé
- M4 : cinq ans après la première mise en œuvre

La perception des intervenants impliqués a permis de documenter les contextes de mise en œuvre de l'IPT et d'identifier les facteurs favorables (ou non) à son implantation et à son maintien.

Les membres de l'équipe de recherche ont également tenu tout au long de l'étude un journal du chercheur pour noter leurs observations.

### ***Analyse des données et cadre conceptuel privilégié***

Pour l'ensemble de ces données qualitatives, des analyses de contenu ont été effectuées. Elles ont suivi les règles habituelles de la recherche qualitative, où trois flux concourants d'activités se

chevauchent : la condensation, l'organisation et l'analyse/vérification des données (Huberman et Miles, 2003).

La condensation (ou la codification) a permis de catégoriser les données en unités de sens pour en extraire la signification. Le modèle de changement organisationnel de Hinings et Greenwood a guidé la codification (Hinings et Greenwood, 1988). L'émergence de nouveaux concepts ou de catégories imprévues est toutefois restée possible. Le modèle de Hinings et Greenwood (1988) a permis de définir les facteurs liés au contexte organisationnel qui influencent l'implantation de l'IPT dans chaque milieu. Le contexte organisationnel de chaque milieu, décrit par Hinings et Greenwood (1988), regroupe les éléments suivants :

1. les structures et les processus formels et informels de l'organisation i.e. la configuration organisationnelle (les ressources disponibles, les rôles et responsabilités des acteurs, le mandat de l'organisation, etc.) ;
2. les idées, les valeurs et les croyances qui les sous-tendent i.e. les schèmes interprétatifs (les modèles et principes de l'équipe, les expertises qu'ils se reconnaissent, leurs façons de concevoir les choses et d'offrir des services, etc.) ;
3. la cohérence entre ces deux parties. Pour qu'il y ait cohérence, il faut que les structures et les processus renforcent et reflètent les schèmes interprétatifs.

Selon Hinings et Greenwood, pour maintenir une innovation, un milieu doit disposer d'une cohérence interne favorable à l'innovation, ou transformer graduellement cette cohérence en modifiant ses schèmes interprétatifs, ses structures ou ses processus.

En considérant l'évolution de la cohérence de chaque milieu et les modifications qui y sont survenues, il a été possible d'interpréter les différentes trajectoires et d'évaluer l'adoption de l'IPT dans les neuf milieux. L'analyse comparative a permis de regrouper les milieux qui avaient des mécanismes de changement et d'adoption similaires, et d'identifier des cas types qui illustrent l'influence de certains facteurs sur l'adoption (ou non) d'une innovation.

Un cas type est un modèle général représentatif d'un milieu. Il permet à la fois une représentation ancrée dans la réalité et généralisable à d'autres contextes. Le tableau 2 présente ces cas types décrits à partir des résultats de l'étude.



## Résultats

L'étude longitudinale des neuf milieux a permis de détecter les changements de cohérence interne (ou l'absence de changements) entre les quatre moments clés, et d'expliquer pour chacun, les facteurs organisationnels qui ont influencé le maintien (ou non) de l'IPT. Le tableau 2 illustre quatre cas types qui découlent de cette analyse.

**Tableau 2**  
**Cas types illustrant les facteurs de maintien (ou de non maintien)**  
**de l'IPT (selon la dynamique du changement de Hinings et**  
**Greenwood, 1988)**

	<b>MOMENT 1</b> Avant l'implantation de l'IPT	<b>MOMENT 2</b> Lors de la première mise en œuvre	<b>MOMENT 3</b> Après la première mise en œuvre	<b>MOMENT 4</b> Cinq ans après la première mise en œuvre
<b>AUCUNE TRANSFORMATION NÉCESSAIRE</b>	Cohérence interne très favorable <ul style="list-style-type: none"> <li>• Structure spécialisée pour la clientèle psychotique</li> <li>• Services de réadaptation déjà offerts à la clientèle, mais innovation possible</li> <li>• Ressources professionnelles en réadaptation disponibles</li> <li>• Valorisation de ce type de pratique pour la clientèle</li> <li>• Culture d'érudition où on valorise la formation continue et l'innovation</li> </ul>	Cohérence interne très favorable <ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui important des deux directions</li> <li>• Pratiques similaires interrompues et remplacées par l'IPT</li> <li>• Ajout de professionnels pour le projet de recherche</li> <li>• Appui et soutien des collègues et des psychiatres</li> </ul>	Cohérence interne très favorable <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintien probable de l'IPT</li> <li>• Formation IPT offerte à d'autres personnes afin d'assurer la disponibilité des ressources professionnelles formées</li> <li>• Pression des psychiatres et/ou des collègues pour maintenir l'IPT</li> </ul>	Cohérence interne très favorable <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintien de l'IPT</li> <li>• Appui des deux directions</li> <li>• Appui et soutien des collègues et des psychiatres</li> <li>• Ressources professionnelles formées disponibles</li> <li>• Mandat clair de réadaptation et pour des services spécialisés pour la clientèle psychotique</li> </ul>
<b>TRANSFORMATION INTERROMPUE</b>	Cohérence interne favorable <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services de réadaptation déjà offerts à la clientèle, mais innovation possible</li> <li>• Ressources professionnelles en réadaptation limitées mais disponibles</li> <li>• Valorisation de ce type de pratique pour la clientèle</li> </ul>	Cohérence interne favorable <ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui des deux directions</li> <li>• Pratiques similaires interrompues et remplacées par l'IPT</li> <li>• Déplacement de professionnels pour le projet de recherche, nouvelles collaborations</li> <li>• Peu de soutien des psychiatres et des collègues</li> </ul>	Cohérence interne déstabilisée par un défi de structure <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintien peu probable de l'IPT</li> <li>• Manque de ressources professionnelles formées, postes vacants, surcharge de travail</li> <li>• Appui plus diffus des deux directions une fois le projet de recherche terminé</li> <li>• Réorganisation des services offerts</li> </ul>	Cohérence interne déstabilisée par un défi de structure <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintien de l'IPT les premières années</li> <li>• Non-maintien de l'IPT après cinq ans</li> <li>• Manque de ressources professionnelles en réadaptation, essoufflement</li> <li>• Remise en question des services offerts, préoccupation pour les services de lière ligne plutôt que spécialisés</li> <li>• Mandat d'hôpital général</li> </ul>

	<b>MOMENT 1</b> Avant l'implantation de l'IPT	<b>MOMENT 2</b> Lors de la première mise en œuvre	<b>MOMENT 3</b> Après la première mise en œuvre	<b>MOMENT 4</b> Cinq ans après la première mise en œuvre
<b>TRANSFORMATION RÉUSSIE (RÉORIENTATION)</b>	<p>Cohérence interne déstabilisée par un défi de valeurs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peu de services de réadaptation offerts à la clientèle psychotique</li> <li>• Ressources professionnelles en réadaptation limitées mais disponibles</li> <li>• Valorisation inégale de ce type de pratique</li> </ul>	<p>Cohérence interne déstabilisée par un défi de valeurs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui des deux directions</li> <li>• Déplacement de professionnels pour le projet de recherche</li> <li>• Appui variable des psychiatres et des collègues</li> <li>• Intérêt mitigé mais de plus en plus présent pour ce type de pratique</li> </ul>	<p>Cohérence interne embryonnaire... vers de nouvelles valeurs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintien probable de l'IPT</li> <li>• Ressources professionnelles déplacées maintenues</li> <li>• Meilleure valorisation de ce type de pratique dans le milieu</li> </ul>	<p>Nouvelle cohérence interne favorable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintien de l'IPT</li> <li>• Appui des deux directions</li> <li>• Appui et soutien des collègues et des psychiatres</li> <li>• Formation IPT offertes à d'autres personnes afin d'assurer la disponibilité des ressources professionnelles formées</li> <li>• Mandat clair de réadaptation et pour des services spécialisés pour la clientèle psychotique</li> </ul>
<b>TRANSFORMATION ÉCHOUÉE</b>	<p>Cohérence interne déstabilisée par un défi de valeurs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peu de services de réadaptation offerts à la clientèle psychotique (ou en développement)</li> <li>• Ressources professionnelles en réadaptation limitées mais disponibles</li> <li>• Valorisation inégale de ce type de pratique</li> </ul>	<p>Cohérence interne déstabilisée par un défi de valeurs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui variable des deux directions et des psychiatres</li> <li>• Intérêt inégal pour ce type de pratique</li> <li>• Soutien des collègues, malgré les désaccords</li> </ul>	<p>Cohérence interne déstabilisée par un défi de structure</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucun maintien probable de l'IPT</li> <li>• Manque de ressources professionnelles formées</li> <li>• Remise en question des services offerts</li> </ul>	<p>Cohérence interne embryonnaire non-favorable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non-maintien de l'IPT</li> <li>• Changement et arrivée de nouvelles personnes, nouvelles orientations</li> <li>• Peu d'appui en faveur de l'IPT</li> <li>• Autres pratiques valorisées (suivi intensif, intervention précoce, etc.)</li> </ul>

### ***Aucune transformation nécessaire***

Le premier cas type représente des milieux (3/9 milieux d'étude) où une cohérence interne très favorable permet le maintien de l'IPT. L'IPT s'insère parfaitement dans la structure organisationnelle existante (aucune transformation n'étant nécessaire). Le milieu offre déjà des services de réadaptation d'orientation cognitive-comportementale à la clientèle psychotique, et les services existants sont facilement interchangeables avec la nouvelle pratique. La réorganisation est minimale. De plus, l'ensemble des groupes d'acteurs impliqués valorise ce type d'approche et insiste pour maintenir l'IPT. Ces acteurs ont les appuis nécessaires des deux directions auxquelles ils sont rattachés (direction des services professionnels et direction du département de psychiatrie) ce qui assure une affectation souple des ressources humaines disponibles. Pour l'ensemble de ces milieux, l'IPT est un service de deuxième

ligne intégré à un programme spécialisé pour la clientèle psychotique (programme-clients ou autres). Leur mandat pour ce type de pratique spécialisée en réadaptation est clair, et ils disposent des ressources pour y répondre (ressources humaines en réadaptation disponibles, accès à la formation continue, etc.). Il s'agit d'ailleurs de trois milieux avec une mission universitaire.

### ***Transformation interrompue***

Le deuxième cas type représente des milieux (3/9 milieux d'étude) où le processus de transformation a été interrompu, malgré une cohérence interne au départ favorable à l'implantation de l'approche IPT. Les intervenants de ces trois milieux ont maintenu l'IPT quelques années après la première implantation mais, en cours de processus, ils ont rencontré des difficultés qui ont nui à son maintien. Les ressources professionnelles formées étaient moins disponibles, la charge de travail trop importante et les appuis formels en faveur du maintien de l'IPT de moins en moins clairs. De plus, l'arrivée du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (MSSS, 2005), qui a donné la priorité aux services de première ligne, a amené dans ces trois milieux une réorganisation importante des services de deuxième ligne. Deux de ces milieux ont un mandat d'hôpital général et ont été intégrés à la nouvelle configuration des services de santé mentale au Québec en vigueur depuis 2004 i.e. intégrés à l'un des 95 réseaux locaux de services (RLS) du Québec. Ces RLS animés par les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont la responsabilité d'assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population du territoire local. Plus spécifiquement, pour la santé mentale, ils ont la responsabilité d'offrir un accès unique et des services de première ligne qui correspondent aux besoins des personnes. Ces nouveaux défis ont brisé l'équilibre de départ favorable à l'IPT et ont nui au maintien de l'approche dans l'offre de services.

### ***Transformation réussie***

Le troisième cas type représente un milieu (1/9 milieu d'étude) où une nouvelle cohérence interne est en train de s'installer. La cohérence interne était au départ déstabilisée par la présence d'orientations différentes au sein du département, et par une valorisation inégale des approches de réadaptation d'orientation cognitive-comportementale. Un appui clair des deux directions (direction des services professionnels et direction du département de psychiatrie) a cependant permis une première implantation de l'IPT, et l'ajout des ressources professionnelles nécessaires à la mise en œuvre de l'approche auprès de la clientèle. Cette première expérience a suscité de l'intérêt, entraîné une valorisation plus

importante de ce type de pratique dans le milieu et permis le maintien de l'IPT dans l'offre de services. L'arrivée imposée de l'IPT dans le milieu, la disponibilité des ressources professionnelles nécessaires ainsi qu'une structure spécialisée spécifiquement pour la clientèle atteinte de psychose ont aussi été favorables au maintien de l'IPT. Ce milieu a une mission universitaire lui assurant le mandat d'offrir des services spécialisés de deuxième ligne en réadaptation.

### ***Transformation échouée***

Le quatrième cas type représente des milieux (2/9 milieux d'étude) où la transformation a échoué. Comme le cas type précédent, la cohérence interne était au départ déstabilisée par la présence d'orientations différentes au sein du département, ou par une orientation peu définie à cause d'une programmation en développement. Malgré la grande motivation et le leadership des intervenants qui ont permis une première implantation de l'IPT, le manque d'appui des deux directions est responsable de l'abandon de l'IPT. De plus, l'arrivée de nouvelles personnes aux orientations différentes et préoccupées par d'autres enjeux a mobilisé les ressources vers d'autres services et pratiques de réadaptation. L'un de ces milieux a un mandat d'hôpital général et a été intégré à un RLS. L'autre milieu a une mission universitaire.

### **Discussion**

Quatre milieux sur neuf ont maintenu l'IPT au-delà d'une période de 5 ans après la première implantation. Ces milieux ont une mission universitaire et, pour trois d'entre eux, les services sont organisés par programme-clientèle. Le maintien de l'approche IPT semble possible dans les contextes suivants :

- Le milieu a un mandat clair d'offrir des services spécialisés de deuxième ligne. Il n'a pas à choisir entre une pratique spécialisée et une pratique offerte à toutes les clientèles peu importe leur diagnostic.
- Le milieu dispose d'importantes ressources professionnelles qui permettent d'offrir une gamme de services spécifiques à la clientèle atteinte de schizophrénie. Il dispose aussi d'une masse critique de clients atteints de schizophrénie.
- Le milieu croit au bien-fondé de l'approche et à ses bénéfiques. Il met en place les ressources et structures nécessaires pour maintenir l'IPT (via l'appui des directions). Il a l'opportunité d'offrir à ses professionnels de la formation continue assurant à

plusieurs professionnels la formation nécessaire à la mise en œuvre de l'IPT.

Cinq milieux sur neuf ont abandonné l'IPT après une période de 5 ans et parmi eux, quatre milieux ont été intégrés à un réseau local de services (RLS). Ces constats amènent à se questionner sur la place des approches spécialisées dans les services de psychiatrie générale intégrés aux RLS, et à notre capacité comme système de santé de donner localement accès à des approches de réadaptation basées sur l'évidence scientifique aux personnes atteintes de schizophrénie. Il n'y a aucun doute que l'IPT correspond aux besoins de réadaptation de la clientèle psychotique. Cependant, l'exigence de l'approche en termes de ressources humaines et de temps consacré à une clientèle unique semble être la principale limite à l'implantation réussie de l'IPT dans les milieux qui ont un mandat de première ligne. Les milieux doivent alors choisir entre l'IPT et d'autres pratiques exemplaires (d'autres pratiques parfois d'orientation plus communautaire offertes dans le milieu de vie des personnes). Les milieux de première ligne ne sont pas en mesure d'offrir la gamme complète des services de réadaptation comme le font les milieux universitaires et/ou spécialisés.

Certains intervenants formés à l'IPT, qui travaillent dans d'autres milieux de première ligne que ceux à l'étude, offrent cette intervention à une clientèle aux diagnostics variés, ou ciblent des personnes avec des besoins particuliers. Même si l'IPT a été conçu pour une clientèle psychotique, il semble répondre aux besoins de réadaptation d'un plus grand nombre de personnes atteintes de maladies mentales, et pouvoir s'adapter au contexte de pratique en première ligne. On peut se demander si cette situation est souhaitable et comment la baliser. L'implantation de nouvelles approches psychosociales est souvent interrompue par leur dissolution dans les pratiques existantes. Il semble difficile d'implanter intégralement les nouvelles approches. Jusqu'où une adaptation au contexte local est-elle souhaitable pour en maintenir les effets désirés? Ces questions interpellent les acteurs concernés et l'équipe de recherche.

Au-delà de ces questionnements, il est important de préciser que les milieux rencontrés étaient en plein processus de transformation. Les priorités étaient le changement en cours, le développement des services de première ligne, la modification des façons de faire et l'organisation des services de deuxième ligne. L'équilibre du système était rompu et les ressources étaient octroyées au déploiement des nouveaux services. Dans quelques années, lorsqu'un nouvel équilibre sera créé, il est probable que les intervenants intègreront à nouveau l'IPT dans leur service

(ou une autre approche du même type) ou que la place de cette approche dans l'organisation des services de santé mentale soit beaucoup plus définie.

Les directeurs et coordonnateurs de programme de santé mentale des RLS sont conscientisés à l'importance d'offrir des services de réadaptation basés sur l'évidence scientifique. Et malgré qu'ils soient préoccupés par une variété d'enjeux et de défis, ils souhaitent que l'offre de services favorise le rétablissement des personnes (Briand et al., 2009). L'ensemble des acteurs concernés revoient actuellement leur conception de la réadaptation et du rétablissement, et innove dans les manières d'offrir les services. Les approches spécifiques comme l'IPT doivent s'adapter au modèle de rétablissement et s'intégrer dans une démarche de soutien dans le milieu de vie des personnes (Bellack, 2006 ; Farkas et al., 2005). L'approche IPT — version québécoise est compatible avec cet objectif. Elle propose des activités in-vivo à domicile et dans la communauté, et des interventions harmonisées au projet de vie des personnes (Briand et al., 2005).

Le défi actuel est d'arrimer les meilleures pratiques de réadaptation aux besoins individuels des personnes et, les offrir au bon moment et à la bonne intensité afin que les personnes puissent avancer réellement dans leur processus de reprise d'activités et de rôles sociaux significatifs (Briand et al., 2009).

### **Limites de l'étude**

Il est à noter que les résultats de l'étude sont basés sur le suivi d'implantation d'une seule pratique spécifique et, que les entrevues ont été effectuées auprès de cliniciens uniquement. Il aurait été intéressant de documenter l'implantation de d'autres pratiques exemplaires en réadaptation psychosociale et d'évaluer, pour une région donnée ou un RLS, une programmation complète de réadaptation axée sur le rétablissement. Ainsi, il aurait été possible d'évaluer la transférabilité des résultats à d'autres pratiques et s'interroger sur des enjeux plus globaux. L'implantation d'approches spécifiques comme l'IPT nuit-elle à la mise en place de d'autres approches de réadaptation offertes directement dans la communauté? Certaines pratiques de réadaptation favorisent-elles davantage la participation active des personnes au processus de réadaptation et sont-elles plus adaptées à la première ligne de services?

L'analyse de la perception des questionnaires dans le processus d'implantation et de maintien de l'IPT aurait été aussi très intéressante. Elle aurait permis une meilleure compréhension de la place d'approches spécifiques comme l'IPT dans une programmation de réadaptation, et

une meilleure identification des enjeux régionaux liés à l'implantation d'approches spécifiques et spécialisées pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves. Le partage des responsabilités entre les différents niveaux de service, pour une offre de services de réadaptation axée sur le rétablissement des personnes atteintes de schizophrénie, est au cœur des préoccupations.

Finalement, étudier la perception des participants de l'implantation d'approches spécifiques aurait pu être intéressant. La satisfaction des participants à l'égard de l'IPT a été évaluée et documentée dans un autre article (Briand et al., 2005). Cependant, aucune question relative à l'organisation des services de réadaptation axée sur le rétablissement ne leur a été demandée.

## Conclusion

Cette étude a le mérite d'avoir suivi pendant plusieurs années l'implantation d'une pratique psychosociale pour les personnes atteintes de schizophrénie, dans neuf milieux cliniques au Québec. L'analyse des données recueillies a permis de mieux cerner les enjeux et les défis d'implantation et de maintien des nouvelles pratiques dans les milieux cliniques. Elle a également révélé le problème de la pérennité des approches spécialisées dans des contextes de transformation.

Dans son *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (MSSS, 2005), le MSSS a priorisé certains types de services pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves, et s'est doté de moyens pour assurer l'implantation et la qualité de ces services. Par exemple, l'implantation du suivi intensif dans le milieu (SIM) et du suivi d'intensité variable (SIV) est soutenue par un Centre National d'Excellence en santé mentale (CNASM). Dans le même ordre d'idée, le programme québécois Pairs-Aidants réseau, soutenu par l'Association québécoise de la réadaptation psychosociale (AQRP) et l'Association des personnes utilisatrices des services de santé mentale de la région de Québec (APUR), est un autre exemple. Cependant, très peu de mécanismes similaires de soutien à l'implantation et au maintien d'approches spécifiques comme l'IPT sont actuellement disponibles au Québec pour soutenir les intervenants. Dans cette perspective, l'équipe de recherche s'est dotée d'un Centre de référence et de formation à l'approche IPT. Mais, depuis la fin de l'étude d'implantation (subvention FRSQ-CQRS-MSSS, 2001-2003), les efforts se sont limités à la formation des intervenants, malgré que ce ne soit pas suffisant pour assurer l'adoption d'une pratique basée sur l'évidence scientifique (Mueser et al., 2003 ; Torrey et al., 2003).

À cette étape importante de transformation des services de santé mentale, il importe de soutenir activement l'émergence d'équipes de soutien à l'implantation et à la diffusion de pratiques spécifiques de réadaptation au Québec. Par ces mécanismes, il sera possible d'assurer l'adoption de pratiques exemplaires dans les RLS au Québec mais aussi, l'intégration de ces pratiques de réadaptation dans les principes de rétablissement.

## Références

- APA, 2004, Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia (second edition), (Work Group of Schizophrenia), *PsychiatryOnline*, 154, S4, 1-63.
- BELLACK, A. S., 2006, Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications, *Schizophrenia Bulletin*, 32, 3, 432-442.
- BRENNER, H. D., HODEL, B., RODER, V., CORRIGAN, P., 1992, Treatment of cognitive dysfunctions and behavioural deficits in schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 18, 1, 21-26.
- BRIAND, C., BÉLANGER, R., HAMEL, V., NICOLE, L., STIP, E., REINHARZ, D., LALONDE, P., LESAGE, A., 2005, Implementation of the multi-site Integrated Psychological Treatment (IPT) program for people with schizophrenia. Elaboration of renewed version, *Santé mentale au Québec*, 30, 1, 73-95.
- BRIAND, C., VASILIADIS, H. M., LECOMTE, T., RACINE, H., 2009, Compte rendu des journées réseautage tenues les 26-27 mars 2009 au Hilton Bonaventure à Montréal (Subvention des IRSC), Centre de recherche Fernand-Seguin, Montréal.
- BRIAND, C., VASILIADIS, H.M., LESAGE, A., LALONDE, P., STIP, E., NICOLE, L., REINHARZ, D., PROUTEAU, A., HAMEL, V., VILLENEUVE, K., 2006, Including integrated psychological treatment as part of standard medical therapy for patients with schizophrenia: clinical outcomes, *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 194, 7, 463-470.
- CHAMPAGNE, F., DENIS, J. L., 1992, *Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions: l'analyse de l'implantation*, Service Social, Presses de l'Université Laval, 41, 1, 143-163.
- CPA, 2005, Clinical practices guideline: treatment of schizophrenia, *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, suppl 1.
- FALLOON, I. R., MONTERO, I., SUNGUR, M., MASTROENI, A., MALM, U., ECONOMOU, M., GRAWE, R., HARANGOZO, J., MIZUNO, M., MURAKAMI,



- M., 2004, Implementation of evidence-based treatment for schizophrenic disorders: two-year outcome of an international field trial of optimal treatment, *World Psychiatry*, 3, 2, 104-109.
- FARKAS, M., GAGNE, C., ANTHONY, W., CHAMBERLIN, J., 2005, Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions, *Community Mental Health Journal*, 41, 2, 141-158.
- GOEREE, R., 1996, *Évaluation des programmes de traitement de la schizophrénie. Partie II. Étude de cinq programmes au Canada*, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa.
- HININGS, C. R., GREENWOOD, R., 1988, *The Dynamics of Strategic Change*, Basil Blackwell Inc., New York.
- HUBERMAN, A., MILES, M., 2003, *Analyse des données qualitatives*, De Boeck, Bruxelles.
- MSSS, 1989, *Politique de santé mentale*, Gouvernement du Québec.
- MSSS, 1998, *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Gouvernement du Québec.
- MSSS, 2005, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens*, Gouvernement du Québec.
- MUESER, K. T., TORREY, W. C., LYNDE, D., SINGER, P., DRAKE, R. E., 2003, Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness, *Behaviour Modification*, 27, 3, 387-411.
- MULLER, D. R., RODER, V., BRENNER, H. D., 2007, Effectiveness of Integrated Psychological Therapy for schizophrenia patients: A meta-analysis including 28 independent studies, *Nervenarzt*, 78, 1, 62-73.
- NICOLE, L., PIRES, A., ROUTHIER, G., BÉLANGER, R., BUSSIÈRE, G., 1999, Schizophrénie, approche spécialisée et continuité de soins. Le programme spécifique d'intervention Premier-Épisode de l'Hôtel-Dieu de Lévis, *Santé mentale au Québec*, 24, 121-135.
- PIRES, A., 1997, Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique, in Poupart, J., Groulx, L., Deslauriers, J., Laperrière, A., Mayer, R., Pires, A., ed., *La recherche qualitative Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Gaëtan Morin Éditeur, Montréal.
- RCSM, 1997, *Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de santé mentale*, Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial, Santé Canada.
- TORREY, W.C., FINNERTY, M., EVANS, A., WYZIK, P., 2003, Strategies for leading the implementation of evidence-based practices, *Psychiatric Clinics of North America*, 26, 4, 883-897, viii-ix.

YIN, R. K., 2009, *Case Study Research, Design and Methods*, 4th edition, Sage Publications, California, USA.

## **ABSTRACT**

### **Implementation in Quebec of the Integrated Psychological Treatment (IPT) for people with schizophrenia: five years later**

This article examines the adoption in Québec of the evidence-based practice, Integrated Psychological Treatment (IPT) of people with schizophrenia and the longevity of this practice within nine clinical milieus in a context of transformation of services. A team of researchers of the Centre de recherche Fernand Seguin has closely followed the implementation and the maintenance of the IPT in nine clinical milieus. More specifically, this article presents the factors that have contributed, on a five year period, to the maintenance (or not) of the IPT in these settings. It raises the important question of longevity of an approach that is specialized and specific to a clientele in contexts of transformation of services.

## **RESUMEN**

### **La implantación en Quebec del Tratamiento Psicológico Integrado (IPT) para las personas que sufren de esquizofrenia: cinco años después**

Este artículo se interesa por la adopción en Quebec de una práctica basada en la evidencia científica, el Tratamiento Psicológico Integrado (IPT) para las personas que sufren de esquizofrenia, y la perennidad de esta práctica en nueve medios clínicos en un contexto de transformación de los servicios. Un equipo de investigadores del Centro de Investigaciones Fernand Seguin del Hospital Louis-H. Lafontaine observó la implantación y mantenimiento del IPT en nueve medios clínicos. El artículo presenta los factores que contribuyeron, en un período de cinco años, a mantener (o no) el IPT en estos medios. Resalta una cuestión importante acerca de la perennidad de los enfoques especializados y específicos a una clientela en los contextos de transformación de los servicios.

**RESUMO****Implantação no Quebec da Terapia Psicológica Integrada (IPT-Integrated Psychological Treatment) junto às pessoas que sofrem de esquizofrenia: cinco anos depois**

Este artigo se interessa pela adoção no Quebec de uma prática baseada na experiência clínica, a Terapia Psicológica Integrada (*Integrated Psychological Treatment* — IPT) junto às pessoas que sofrem de esquizofrenia, e pela continuidade desta prática em nove meios clínicos em contexto de transformação dos serviços. Uma equipe de pesquisa do Centro de pesquisa Fernand Séguin do Hospital Louis-H. Lafontaine observou a implantação e a manutenção da IPT em nove meios clínicos. O artigo apresenta os fatores que contribuíram, em um período de cinco anos, para a manutenção ou não da IPT nestes meios. Ele levanta uma questão importante sobre a continuidade das abordagens especializadas e específicas a uma clientela, em contexto de transformação dos serviços.