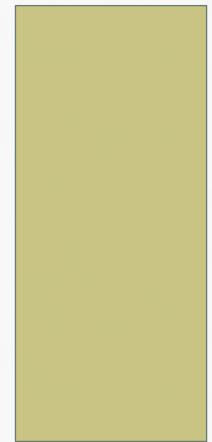




Intégrer une intervention cognitive comportementale au sein d'une équipe de suivi intensif.

Tania Lecomte, Ph.D., Marilyn Cotton, chef de service intérimaire
Catherine Théorêt, coordo clinique, Ugo Valiquette, pair aidant



OBJECTIFS DE LA PRÉSENTATION

- Présenter l'intégration d'une thérapie cognitive comportementale de groupe pour la psychose au sein d'une équipe SIM
- Présenter les enjeux, les stratégies d'engagement et l'impact potentiel (résultats) de cette intégration suite à une étude pilote.

ÉQUIPES SIM

- Clientèle ayant un trouble mental grave qui affecte de façon importante le fonctionnement de la personne dans la communauté (comorbidité, autonomie, autogestion).
- Grande intensité de services (8h et plus par mois).
- Visent à amener la personne à un niveau d'autonomie et de **rétablissement** suffisant pour être transférée à un service moins intensif (Plan d'action en santé mentale, 2015-2020)
- Visent l'engagement et la motivation des individus en vue de les accompagner dans leur **rétablissement** (Bonsack et al., 2004)



MISE EN CONTEXTE

- 2 équipes SIM à Laval composées de 20 intervenants (infirmières, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, psychoéducateur, éducatrices spécialisées et 1 pair aidant) et 2 psychiatres.
- 145 clients



BESOINS DE L'ÉQUIPE SIM DE LAVAL

- Le psychiatre Dr Martin Vézina de l'équipe s'est intéressé à l'intégration dans leur milieu d'une intervention visant le **rétablissement** basée sur les **données probantes**
- Il s'est intéressé à la **thérapie cognitive comportementale pour la psychose** (TCCp) de groupe (Lecomte, Leclerc et Wykes, 2016)
- Notamment en raison des visées de **rétablissement** de la TCCp de groupe et pour le **support empirique** de ce modèle

Il a donc fait appel à l'équipe LESPOIR pour :

- Former les intervenants (formation brève) à la TCCp de groupe
- Effectuer une étude pilote puisqu'il s'agit de la première fois que la TCCp de groupe est donnée dans ce contexte

TCC pour la psychose (TCCp)

- Qu'est-ce que c'est?
 - La TCC a été développée à l'origine par A.T. Beck (années 1950) comme nouvelle thérapie destinée à traiter la dépression (un cas de Sz en 1952).



Philosophie:

- Permet de modifier les croyances et pensées dysfonctionnelles en utilisant des techniques cognitives et comportementales spécifiques, dans un contexte d'alliance thérapeutique.
- S'appuie sur la conception suivante: les pensées et comportements irrationnels permettent le maintien des symptômes par des évaluations spécifiques des situations, des émotions et des comportements.

Stades du rétablissement

(Andresen, Oades & Caputi, 2003)

Stade	Description
Moratoire	Déni de la maladie, confusion identitaire, retrait social, désespoir.
Conscience	Conscience qu'un futur meilleur est possible et qu'on peut se définir autrement que par la maladie.
Préparation	Premiers pas vers le rétablissement: Identification des valeurs et forces, affiliation avec les pairs, développement des habiletés.
Reconstruction	Formation d'une identité positive, identification de buts à atteindre, prise de responsabilités.
Croissance	Sens à sa vie et vision de soi positive. Résilience et capacité à gérer la maladie malgré les rechutes.

The diagram shows a yellow box labeled 'TCCp' with three arrows pointing to the 'Préparation', 'Reconstruction', and 'Croissance' rows of the table, indicating its application in these stages.

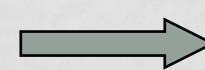
TCC

Les TCC de la TCC:

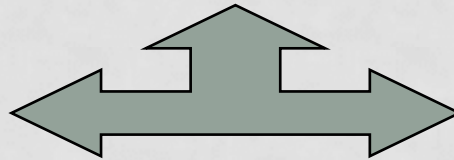
**Tableau de
la situation**



Croyances



Conséquences



Quelle est la situation?

Pensées?

Émotions et

comportements

Notre module de TCCp de groupe

- Tisse plus large qu'une approche individuelle.
- La première thérapie de groupe pour la plupart donc on vise à offrir un cadre agréable, tout en offrant un apprentissage gradué.
- Les activités commencent plus 'générales' et deviennent plus personnelles.
- On introduit des concepts au départ et des échanges non-menaçants (ex stress), pour ensuite parler de sujets plus sensibles (délires), et finalement essayer des stratégies de *coping*.

Comment ça fonctionne ?

La plupart des activités du manuel incluent:

- Introduction du thème discuté
- Questions ouvertes
 - Les participants répondent en écrivant dans leur manuel
 - Ils partagent leurs réponses en groupe à chaque question
 - L'activité se termine avec un retour sur ce qui a été discuté et sur ce qu'ils souhaitent retenir.
- Suivi d'une période de socialisation où une collation est servie.

PREMIÈRE PARTIE...

- Les 4-5 premières rencontres permettent de travailler des aspects moins menaçants, comme la gestion du stress et le Modèle Vulnérabilité Stress Compétence, avant d'aborder des thèmes plus délicats comme les symptômes et les pensées irrationnelles.
- Cette période permet de développer l'alliance et la dynamique du groupe, et d'améliorer le soutien social.

TCC - partie 1

stress: comment il influence ma vie

- S-1: Se présenter au groupe
- S-2: Qu'est-ce que le stress?
- S-3: Qu'est-ce qui me stresse?
- S-4: Comment je vis mes symptômes?
- S-5: Le Modèle Vulnérabilité Stress Compétence
- S-6: Un but personnel



DEUXIÈME PARTIE...

- Utiliser des extraits de films et des exemples d'erreurs perceptuelles.
- Expliquer les A-B-C de la TCC



- Chaque participant interprète la situation et démontre que plusieurs explications alternatives sont possibles.
- Enseigner comment vérifier les faits, comme un journaliste.
- Démontrer l'Importance des attributions.

TCC-2e partie

Vérifier des hypothèses et rechercher des alternatives

- T-1: Les TCC de la TCC
- T-2: Des expériences semblables
- T-3: L'embouteillage
- T-4: Comment ne pas sauter aux conclusions
- T-5: Prendre en considération des alternatives à mes propres croyances
- T-6: Regarder les choses de manière positive



TROISIÈME PARTIE...

- S'intéresse aux émotions difficiles, à l'utilisation de substances et aux stratégies d'adaptation possibles.
- Pour débiter, les activités ciblent l'estime de soi.
- Une approche distale permet d'aborder en premier lieu les thèmes très difficiles.
 - (ex: un jeu de rôle où les participants tentent de convaincre un thérapeute (qui joue un personnage) que le suicide n'est pas la meilleure option).

TCC- 3e partie

les drogues, l'alcool et mes états d'âme

- D-1: Des mots pour me décrire
- D-2: Mes valeurs
- D-3: Drogues et alcool : quand, où et avec qui
- D-4: Leurs effets sur ma vie
- D-5: Se sentir déprimé ou désespéré
- D-6: Modifier mon humeur



QUATRIÈME PARTIE...

- Cette dernière section cible les stratégies les mieux adaptées pour chaque participant (choisies par lui)
- Différentes stratégies adaptatives sont discutées et expérimentées. Une technique de relaxation est enseignée et pratiquée en groupe.
- Un « plan pour me sentir bien », est élaboré pour chacun, incluant ses stratégies préférées et ses ressources.
- Se termine par une fête visant à souligner leur graduation.

TCC - 4E PARTIE

COPING ET COMPÉTENCE

- C-1: Se soulager du stress
- C-2: Agir en regard des symptômes
- C-3: Les ressources disponibles
- C-4: Mes forces, mes facteurs de protection et mes défis
- C-5: Le Coping à ma façon
- C-6 Révision du module



MÉTA-ANALYSES ET ARTICLES CLÉS

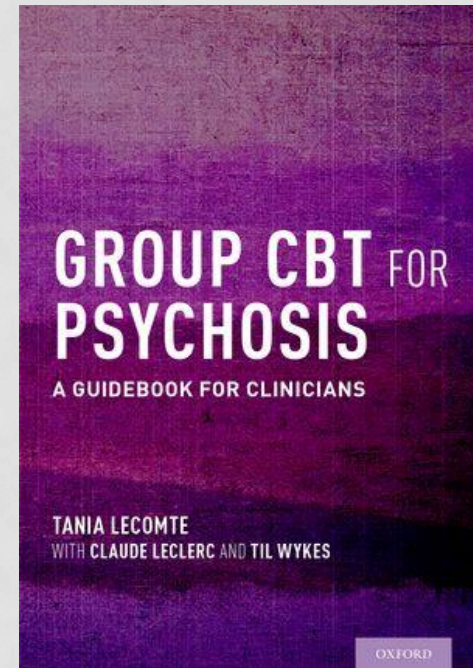
- ◎ Gould, R. A., Mueser, K. T., Bolton, E., Mays, V., & Goff, D. (2001). Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis. *Schizophrenia Research*, 48, 335-342.
- ◎ Sensky T, Turkington D, Kingdon D, Scott JL, Siddle R, O'Carroll M, Barner TR (2000) A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Arch Gen Psychiatry* 57: 165 172.
- ◎ Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 523-537.
- ◎ Grant, P., Huh, G., Perivoliotis, D., Stolar, N., Beck, A.T. (2011). Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*.
- ◎ Hofmann, S.G., et al. (2012) *The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses*. *Cognitive Therapy Research*, 36(5), 427-440.

ÉTUDES SUGGÈRENT

- Les études suggèrent que la TCCp de groupe pourrait être aussi efficace que la TCCp individuelle (Granholtm et al., 2005, Wykes et al., Lecomte et al., 2008).
- Certains suggèrent même que pour certains individus, notamment les personnes ayant vécu un premier épisode de psychose ou les personnes isolées, la TCCp de groupe serait plus bénéfique que la TCC individuelle (Saksa et al, 2009)

NOS ÉTUDES

- On a démontré, dans un essai randomisé de 125 jeunes adultes (18-25) dans 2 provinces canadiennes que la TCC de groupe était efficace (grande taille d'effet) pour diminuer les symptômes généraux et de psychose, et améliorerait aussi les stratégies de coping, l'estime de soi et le coping (c'-à-d. les facteurs de protection) Lecomte et al., 2008
- Le manuel de groupe utilisé (et créé par notre équipe) est aujourd'hui offert dans plus de 15 pays et a été publié récemment chez *Oxford Press* comme guide.



Expérience du groupe TCCp au sein de l'équipe SIM

- Attentes:
 - Taux de participation
 - Assiduité
 - Durée du groupe trop longue (6 mois)
 - Crainte qu'il n'y ait pas assez de contenu par rencontre
 - Crainte organisationnelle
- Réalité:
 - 11 clients inscrits
 - 8 participants
 - Certains voulaient poursuivre
 - Contenu adapté, rejoint la clientèle et facilite le dialogue
 - Permet de voir plusieurs clients

IMPRESSION CLINIQUE

- Permet d'observer les interactions avec les autres
- Mobilisation et augmentation de l'autonomie
- Diminution de l'anxiété et des phobies sociales
- Augmentation de l'estime de soi
- Sentiment d'appartenance à un groupe
- Déstigmatisation (effet de groupe)
- Dépassement de soi (lire, donner leur opinion)
- Sentiment de confiance et souci de l'autre

PAIR AIDANT

- Sert de modèle d'identification.
- S'affiche pour faciliter la participation de la clientèle.
- Démontre l'effet de la tcc dans le parcours du rétablissement (anecdotes en lien avec les exercices).

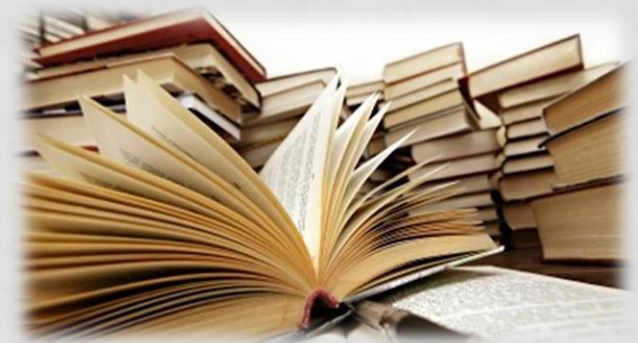
L'ÉTUDE

OBJECTIFS

STRATÉGIES POUR AMÉLIORER L'ENGAGEMENT

LITTÉRATURE SUR LE SUJET

- Stratégies de rappel du rendez-vous pour pallier aux problèmes de mémoire (Mitchell et Selmes, 2007)
- Utilisation de nouvelles technologies (Ben-Zeev et al., 2016), ex. : téléthérapie
- Travail sur l'alliance thérapeutique (renforcer l'alliance pour favoriser l'engagement) (Goldsmith et al., 2015)



OBJECTIFS

1. Documenter les **stratégies** utilisées par les intervenants pour faciliter la participation et l'engagement à la TCCp de groupe.
1. Décrire la **faisabilité** de cette intervention auprès de la clientèle et des intervenants impliqués.

À titre informatif, nous avons aussi comparé l'estime de soi, le soutien social et les symptômes avant et après la thérapie.



MÉTHODOLOGIE

RECRUTEMENT

- Intervenants ont parlé du groupe à leur client
- Beaucoup d'intérêt pour participer à la thérapie! (plus de 18 personnes)

PARTICIPANTS

- Entre 40 et 61 ans
- 8 hommes et 3 femmes
- 5 individus avaient un diagnostic de trouble schizo-affectif et 6 un diagnostic de schizophrénie

DEUX INTERVENANTES AINSI QU'UN PAIR AIDANT ONT DONNÉ LA THÉRAPIE



MÉTHODOLOGIE (SUITE)

PROCÉDURES

- Notre équipe et les intervenantes se sont rencontrées pour établir les stratégies à adopter
- 24 rencontres (1 par semaine)
- 1 heure par rencontre
- Période d'environ 6 mois



MESURES

- À chaque séance, les intervenantes ont **documenté** sur une grille les **stratégies** qu'elles ont utilisées avec chacun des participants
- Le **taux de présence** aux séances a aussi été documenté (faisabilité)
- Des **questionnaires** ont été remplis avant et après la thérapie
 - Estime de soi : *Échelle brève d'estime de soi*
 - Soutien social : *Échelle de provisions sociales*
 - Symptômes : *Inventaire bref des symptômes psychiatriques*

MÉTHODOLOGIE (SUITE)

ANALYSES

- Des analyses descriptives ont été effectuées



R É S U L T A T S

Stratégies		Nombre d'occurrences d'utilisation de la stratégie	Nombre de sujets auprès desquels la stratégie a été utilisée au moins une fois
Matériels/services	A reçu une carte cadeau	18	9
	Rembourser les billets d'autobus	69	7
	Collations, breuvages durant la rencontre	216	9
	Dîner offert à la fin de la thérapie	9	9
	Aller les chercher en voiture	21	5
Problèmes de mémoire	Appeler avant leur rendez-vous	112	9
	Laisser mémos avec date et heure de la prochaine rencontre	24	4
	Remémorer la semaine même, en personne, la prochaine rencontre	33	7
Renforcements positifs	Encourager ceux qui participent	144	9
	Souligner les progrès	119	9
	Dire une phrase de ce type : «J'ai hâte de faire la thérapie avec vous, ce sera notre première fois à nous deux»	5	3
	Dire une phrase de ce type : «J'ai hâte de vous y revoir la semaine prochaine»	92	9
Stratégies à adopter si le participant a manqué la dernière rencontre	Remercier d'avoir prévenu (si c'est le cas)	2	1
	Aviser d'arriver plus tôt à la prochaine rencontre et prendre le temps de rattraper avec lui ce qu'il a manqué	0	0
	Argumentaire lié aux buts personnels (ex : Je croyais qu'il était important pour vous de travailler sur vous-même)	2	2
	«Les autres s'inquiétaient car vous n'êtes pas venu»	1	1

Tableau 1 : Utilisation des stratégies

Faisabilité (présences/absences)

- Présence moyenne : 18 rencontres sur 24, soit 76%
- Bas taux d'abandon : 18 % (après une séance)
- Raisons des absences : liées à des rendez-vous médicaux ou hospitalisations



R
É
S
U
L
T
A
T
S

Tableau 2 : Scores des participants avant et après la thérapie

Participants	Score global SERS-SR		Échelle provisions sociales		BSI: Indice de sévérité globale	
	T0	T1	T0	T1	T0	T1
1	1	33	67	79	2,19	1,87
2	-3	11	77	76	2,4	2
3	35	29	67	69	1,11	1,34
4	21	34	63	79	1,72	1,75
5	3	n/a	64	n/a	3,6	n/a
6	37	33	71	71	1,45	1,57
7	3	10	67	66	1,53	1,57
8	-19	n/a	42	n/a	2,09	n/a
9	42	39	77	73	1,15	1,15
10	-5	n/a	72	n/a	2,77	n/a
11	27	24	63	61	1,36	1,23

Gris foncé = Individus pour lesquels nous n'avons pas les données au T1

Gris pâle = Amélioration entre le T0 et le T1

- 75 % des participants ont vu un changement sur au moins l'une des échelles
- Participant 1 : semble être celui qui s'est le plus amélioré et a d'ailleurs participé à TOUTES les séances, lien?

R
É
S
U
L
T
A
T
S

CONCLUSIONS

Objectif 1 : Documenter les stratégies

- Les renforcements positifs ont été les plus utilisés et semblent avoir contribué à faire en sorte que **le groupe ait été perçu positivement** par les participants
- Impossible de déterminer quelles stratégies favorisent plus ou moins l'engagement et si celles-ci diffèrent selon le profil du participant
- **Des études plus importantes**, avec des échantillons plus conséquents, seraient nécessaires pour répondre à cette question des plus pertinentes.

Objectif 2 : Faisabilité

- Taux de participation dans la littérature autour de 50%
- Taux de notre étude : 76%
- Raisons justifiables pour les absences
- **L'engagement à la TCCp de groupe au sein d'une équipe SIM est tout à fait envisageable**; constat très encourageant considérant les multiples besoins de cette clientèle.

CONCLUSIONS (SUITE)

Tant les résultats aux échelles que l'impression clinique des intervenants laissent suggérer :

- une **amélioration après la thérapie** à au moins un des scores des différentes échelles (SERS-SR, BSI et ÉPS) ainsi que dans l'augmentation de l'autonomie et la motivation à s'engager dans de nouvelles activités.

**Quoique d'autres études soient nécessaires,
ces résultats sont prometteurs**



MERCI

- Equipe SIM Laval: (450) 978-8631
- mcotton.csssl@ssss.gouv.qc.ca

- Équipe LESPOIR:
- Tania.lecomte@umontreal.ca
- <http://lespoir.ca>



Laboratoire d'étude sur la schizophrénie et les psychoses orienté vers l'intervention et le rétablissement.

Laboratory for education on schizophrenia and psychoses oriented to intervention and recovery.