

Stratégies d'engagement, faisabilité et impact potentiel d'une intervention de groupe cognitive comportementale pour la psychose au sein d'une équipe de suivi intensif dans le milieu

Engagement Strategies, Feasibility and Potential Impact of Group CBT for Psychosis Offered Within Assertive Community Treatment

Audrey Francoeur, Catherine Hache-Labelle, Crystal Samson, Martin Vézina and Tania Lecomte

Volume 43, Number 1, Spring 2018

Mosaïque

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1048895ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1048895ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Francoeur, A., Hache-Labelle, C., Samson, C., Vézina, M. & Lecomte, T. (2018). Stratégies d'engagement, faisabilité et impact potentiel d'une intervention de groupe cognitive comportementale pour la psychose au sein d'une équipe de suivi intensif dans le milieu. *Santé mentale au Québec*, 43(1), 73–82. <https://doi.org/10.7202/1048895ar>

Article abstract

Objectives The study aims to document the strategies used to facilitate the engagement of participating receiving assertive community treatment (ACT) to a group cognitive-behavioral therapy for psychosis (CBTp) given for the first time in that context, and to describe the feasibility of this intervention with these consumers and the involved clinicians.

Methods A group CBTp of 24 sessions has been delivered. Participants were recruited from both teams ACT of Laval, Quebec. Different strategies were elaborated and documented in order to promote participants' engagement to the therapy. Participants had to fill in the following questionnaires: Self-Esteem Rating Scale – Short Form; Brief Symptom Inventory; and Social Provision Scale before and after the therapy.

Results The descriptive data show that the strategies from the *Positive reinforcement category* were the most used, closely followed by *Materials and services*, and then by the strategies that aim to compensate *Memory problems*. Participants showed up on average at 76% of the sessions. Four participants on eight had an improvement on their global self-esteem score, 3 improved on social support and 3 improved their global severity index of the BSI symptoms.

Conclusion The information gathered could be very important for other ACT teams that wished to carry out a CBTp among the targeted customer base. These consumers could particularly benefit from this group CBTp considering it could diminish social isolation and marginalization often lived by individuals with severe mental illness.

Stratégies d'engagement, faisabilité et impact potentiel d'une intervention de groupe cognitive comportementale pour la psychose au sein d'une équipe de suivi intensif dans le milieu

Audrey Francoeur^a

Catherine Hache-Labelle^b

Crystal Samson^c

Martin Vézina^d

Tania Lecomte^e

RÉSUMÉ Objectifs Le but de cette étude pilote est de documenter les stratégies utilisées pour faciliter l'engagement des participants d'une équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM) à une thérapie cognitive comportementale pour la psychose (TCCp) de groupe offerte pour la première fois dans ce contexte, ainsi que de décrire la faisabilité de cette intervention auprès de ce type de clientèle et des intervenants impliqués.

Méthode Une TCCp de groupe de 24 rencontres a été mise en place. Les participants ont été recrutés parmi les deux équipes SIM de Laval. Différentes stratégies ont été élaborées et documentées afin de favoriser l'engagement à la thérapie des

- a. Candidate au doctorat, Département de psychologie, Université de Montréal.
- b. Candidate au doctorat, Département de psychologie, Université de Montréal.
- c. Candidate au doctorat, Département de psychologie, Université de Montréal.
- d. Psychiatre, MD, FRCP, Chargé d'enseignement clinique, Université de Montréal, Cogestionnaire des équipes de suivi intensif dans le milieu – Direction programme santé mentale et dépendance (DPSMD), CISSS de Laval.
- e. Ph. D., Professeure titulaire, Département de psychologie, Université de Montréal – Chercheuse seniore, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM).

participants. Les participants ont rempli les questionnaires suivants : l'Échelle brève d'estime de soi ; l'Inventaire bref des symptômes psychiatriques ; l'Échelle de provisions sociales avant et après la thérapie.

Résultats Les données descriptives montrent que les stratégies faisant partie de la catégorie « Renforcements positifs » ont été les plus utilisées, étant suivies de près par les « Matériels et services » et ensuite par les stratégies visant à pallier les « Problèmes de mémoire ». Les participants se sont présentés en moyenne à 76 % des séances. Quatre participants sur huit ont eu une amélioration sur leur score global d'estime de soi, 3 se sont améliorés sur leur soutien social et 3 se sont améliorés au niveau de l'indice de sévérité globale des symptômes.

Conclusion L'information recueillie pourrait être très importante pour d'autres équipes de suivi intensif qui souhaiteraient effectuer une TCCp au sein de la clientèle ciblée. Celle-ci pourrait particulièrement en bénéficier en considérant qu'une TCCp de groupe pourrait diminuer l'isolement social et la marginalisation souvent vécus par les individus ayant des troubles mentaux graves.

MOTS CLÉS engagement, TCC, troubles psychotiques, suivi intensif

Engagement Strategies, Feasibility and Potential Impact of Group CBT for Psychosis Offered Within Assertive Community Treatment

ABSTRACT Objectives The study aims to document the strategies used to facilitate the engagement of participating receiving assertive community treatment (ACT) to a group cognitive-behavioral therapy for psychosis (CBTp) given for the first time in that context, and to describe the feasibility of this intervention with these consumers and the involved clinicians.

Methods A group CBTp of 24 sessions has been delivered. Participants were recruited from both teams ACT of Laval, Quebec. Different strategies were elaborated and documented in order to promote participants' engagement to the therapy. Participants had to fill in the following questionnaires: Self-Esteem Rating Scale – Short Form; Brief Symptom Inventory; and Social Provision Scale before and after the therapy.

Results The descriptive data show that the strategies from the *Positive reinforcement category* were the most used, closely followed by *Materials and services*, and then by the strategies that aim to compensate *Memory problems*. Participants showed up on average at 76% of the sessions. Four participants on eight had an improvement on their global self-esteem score, 3 improved on social support and 3 improved their global severity index of the BSI symptoms.

Conclusion The information gathered could be very important for other ACT teams that wished to carry out a CBTp among the targeted customer base. These consumers could particularly benefit from this group CBTp considering it could diminish social isolation and marginalization often lived by individuals with severe mental illness.

KEYWORDS assertive community team, CBT, psychosis, engagement

INTRODUCTION

Engagement à la thérapie

Les personnes ayant des troubles mentaux graves (TMG) ont souvent des difficultés à se présenter à leurs rendez-vous cliniques et à participer aux activités thérapeutiques suggérées, pour des raisons liées tantôt à leur symptomatologie, tantôt à un manque de ressources (p. ex. pas de billets d'autobus). En fait, près de la moitié des personnes recevant des traitements pour leur santé mentale ne vont pas les poursuivre à long terme¹.

Seulement quelques études se sont attardées aux stratégies utilisées pour améliorer la participation aux activités thérapeutiques et diminuer le taux d'abandon. Les stratégies répertoriées comprennent le rappel du rendez-vous², l'utilisation de nouvelles technologies³ et le travail sur l'alliance thérapeutique⁴. Il est possible que le choix et l'efficacité de ces stratégies varient en fonction du type de clientèle, du milieu et du type de thérapie proposé. Les équipes multidisciplinaires de suivi intensif dans le milieu (SIM) travaillent auprès d'individus qui présentent souvent de multiples problématiques, en plus d'un trouble mental grave, et pour qui l'engagement dans les services est particulièrement difficile.

Équipe de suivi intensif dans le milieu

Les équipes SIM sont multidisciplinaires et comprennent, entre autres, un psychiatre et des intervenants psychosociaux qui sont présents à l'extérieur des horaires traditionnels des cliniques. Selon les besoins, les individus qui reçoivent ce service peuvent bénéficier d'un contact quotidien, soit par le biais d'une visite brève liée à la livraison de leurs médicaments, soit pour offrir d'autres services (p. ex. accompagnement pour l'épicerie). Ultimement, comme décrit par le *Plan d'Action en Santé mentale du Québec*⁵, les équipes SIM visent à amener la personne à un niveau d'autonomie et de rétablissement suffisant pour être transférée à un service moins intensif.

Un des psychiatres des équipes SIM de Laval s'est intéressé à l'intégration d'interventions basées sur les données probantes, ayant les mêmes visées de rétablissement que leur équipe, auprès de la clientèle présentant un trouble mental grave au sein d'une équipe SIM. L'équipe a donc offert un premier groupe de Thérapie cognitive comportementale pour la psychose (TCCp).

Thérapie cognitive comportementale pour la psychose (TCCp)

La TCC est soutenue empiriquement par de multiples méta-analyses⁶ et la TCCp est recommandée par le guide de l'Association canadienne de psychiatrie pour le traitement de la schizophrénie⁷. En plus d'une formation plus brève pour l'équipe, la TCCp de groupe a été jugée préférable dans un contexte SIM, car elle permet aux participants souvent isolés de socialiser; elle peut être offerte en co-thérapie avec le soutien d'un pair aidant et elle favorise l'apprentissage interpersonnel.

La TCCp offre des outils aux participants afin de mieux comprendre et gérer leur santé mentale, et afin d'atteindre leurs objectifs et buts personnels⁸. Un pair aidant apporte un soutien et devient un modèle de rétablissement⁹.

Finalement, la TCCp de groupe qui a été offerte à Laval⁸ soutenait le rétablissement de plusieurs façons: par le soutien au projet de vie de chacun en ciblant les buts et objectifs personnels; par l'entraide dans un contexte groupal soutenu par un pair-aidant; et par le travail sur l'estime de soi et sur ses stratégies de gestion du stress et d'émotions difficiles.

OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude pilote était de cibler les stratégies utilisées par les équipes SIM pour faciliter la participation et l'engagement à la TCCp de groupe. Étant donné le faible taux de participation de cette population à différents types de traitements cliniques, tel que mis en lumière précédemment, et puisqu'à ce jour aucune autre étude n'a fait mention d'avoir offert la TCCp de groupe auprès de personnes suivies par une équipe SIM, nous souhaitons aussi décrire la faisabilité de cette intervention auprès de la clientèle et des intervenants impliqués.

MÉTHODE

Participants

Les intervenants des équipes SIM de Laval ont parlé du groupe à leurs clients. Pour l'étude pilote, l'équipe a proposé le groupe TCCp à 11 participants âgés de 40 à 61 ans, ayant consenti à participer à l'étude et recevant des services d'une des deux équipes SIM de Laval (huit hommes, trois femmes). L'étude a été approuvée par le Comité scien-

tifique et d'éthique de la recherche du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval. Parmi ces participants, cinq avaient un diagnostic de trouble schizoaffectif et six un diagnostic de schizophrénie. La TCCp de groupe a été donnée par deux intervenantes de l'équipe SIM et un pair aidant, tous ayant été préalablement formés à l'intervention lors d'une formation intensive de deux jours.

Procédures et mesures

Les participants ont suivi une TCCp de groupe de 24 rencontres (1 heure/semaine) sur une période de six mois. Pour mesurer la faisabilité, le taux de présence aux rencontres a été mesuré et un taux plus sévère de 60 % et plus a été établi pour considérer l'intervention comme faisable, étant donné le seuil habituel en psychologie d'un peu plus de 50 %¹⁰. Les raisons d'absence ont été documentées, afin de déterminer si les absences étaient justifiables ou non. Pour ce qui est de favoriser l'engagement à la thérapie, une liste de stratégies a été élaborée en équipe avec les deux intervenantes des SIM de Laval animant le groupe et notre équipe. Chaque semaine, les deux intervenantes ont documenté les stratégies utilisées auprès de chaque participant sur une grille.

À titre informatif, les participants ont répondu à quatre questionnaires validés auprès de personnes avec un trouble mental grave, avant le début de la thérapie et à la fin de celle-ci, soit l'Échelle brève d'estime de soi (SERS-SF)¹¹, l'Inventaire bref des symptômes psychiatriques (*Brief Symptom Inventory*, BSI)¹², l'Échelle de provisions sociales (ÉPS)¹³ et un questionnaire sociodémographique.

Intervention

Le module est divisé en quatre thèmes principaux de six rencontres chacun : 1) Le stress : comment il influence ma vie ; 2) Vérifier les hypothèses et rechercher des alternatives ; 3) Les drogues, l'alcool et mes états d'âme ; et 4) *Coping* et compétence.

Analyses

Des analyses descriptives (fréquences) ont été utilisées pour documenter la participation aux rencontres, les stratégies d'engagement, ainsi que pour les changements de scores avant et après la thérapie sur les échelles de mesure.

RÉSULTATS

Le tableau 1 répertorie les différentes stratégies qui ont été utilisées. Les stratégies se divisent en quatre catégories, soit « Matériels et services », « Problèmes de mémoire », « Renforcements positifs » et « Stratégies à adopter si le participant a manqué la dernière rencontre ». Pour la catégorie « Matériels et services », les participants ont reçu une carte cadeau d'une valeur de 10 \$ dans un restaurant avant le début de la thérapie pour le temps passé à la participation à la recherche, ainsi qu'à la fin de celle-ci. Dans cette même catégorie, l'équipe a offert le remboursement des frais de transports en commun pour le déplacement et, dans certains cas, l'équipe est allée cueillir à leur domicile les participants pour lesquels le déplacement causait trop d'anxiété. Aussi, des collations et boissons étaient disponibles à toutes les séances et un dîner de groupe au restaurant a été offert à la fin de la thérapie, pour souligner la graduation du groupe. Pour ce qui est de la catégorie « Problèmes de mémoire », l'équipe du centre s'est assurée d'appeler les participants avant les séances et/ou de rappeler aux participants en personne la date de la prochaine séance de groupe. À la fin de chaque séance, un mémo pouvait être laissé aux participants comprenant l'heure et le jour de la prochaine séance de groupe. Des « Renforcements positifs » ont aussi été utilisés durant les séances. Les intervenantes étaient encouragées à souligner le progrès des participants et à encourager ceux qui participaient. Nous avons suggéré des phrases à utiliser afin de motiver et créer une relation positive avec le participant dès le départ, tel que : « J'ai hâte de faire la thérapie avec vous, ce sera ma première fois à moi aussi. » Pour les « Stratégies à adopter en cas d'absence », les intervenantes étaient encouragées à remercier le participant d'avoir prévenu pour son absence à l'une des séances si tel était le cas. Elles pouvaient aussi les aviser d'arriver plus tôt à la prochaine séance pour rattraper ce qu'ils avaient manqué. Les intervenantes pouvaient aussi utiliser des incitatifs liés aux buts personnels des participants tels que : « Je sais que vous avez mentionné vouloir des outils pour..., justement, nous allons travailler là-dessus la semaine prochaine », ou encore : « Les autres s'inquiétaient, car vous n'êtes pas venu. »

Les résultats portent sur neuf participants, deux abandons ayant eu lieu suite à la première rencontre. Tous les participants ont bénéficié de stratégies visant à pallier les « Problèmes de mémoire », au moins une fois, de même que de renforcements verbaux. Les stratégies faisant partie de la catégorie « Renforcements positifs » ont été les plus utili-

TABLEAU 1

Utilisation des différents types de stratégies

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 (p. 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 2

Score aux trois échelles (SERS-SR, ÉPS, BSI) de tous les participants au temps 0 et temps 1

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

sées, étant suivies de près par les « Matériels et services » et ensuite par les stratégies visant à pallier les « Problèmes de mémoire ». Les stratégies pour pallier une absence ont été peu utilisées, étant donné le faible taux d'absence.

Les individus se sont présentés en moyenne à 18 séances sur 24, soit 76 % de celles-ci. Parmi ceux ayant manqué des séances, les raisons étaient liées à des hospitalisations ou des rendez-vous médicaux.

À titre informatif, le tableau 2 présente les résultats aux trois questionnaires (SERS-SR, BSI et ÉPS) avant la thérapie (T0) et après la thérapie (T1). Les lignes en gris foncé correspondent aux individus pour lesquels nous n'avons pas les données au T1, tandis que les lignes en gris pâle correspondent aux participants présentant une amélioration de leur score à un test du T0 au T1. Sur les huit participants pour lesquels nous avons toutes les données, 75 % ont vu un changement de score sur au moins une des trois échelles.

DISCUSSION

Cette étude a voulu documenter les stratégies permettant de faciliter la participation aux séances. L'équipe clinique de notre étude croyait

qu'il serait très difficile d'intéresser les clients de leurs équipes SIM à participer au groupe. Ainsi, la liste de stratégies a été développée avant même le recrutement. Il est important de noter qu'à la grande surprise de plusieurs, un taux de participation élevé a été documenté. Plusieurs stratégies peuvent avoir favorisé la présence des participants aux séances de la thérapie, soit les stratégies de type « Matériel et services », les stratégies visant à pallier les « Problèmes de mémoire » ainsi que les « Renforcements positifs ». Les « Renforcements positifs » ont été le plus fréquemment utilisés par les intervenantes et semblent avoir contribué à faire en sorte que le groupe ait été perçu positivement par les participants. Toutefois, il nous est impossible de déterminer quelles stratégies favorisent plus ou moins l'engagement, et si celles-ci diffèrent selon le profil du participant. Des études avec des échantillons plus conséquents seraient nécessaires pour répondre à cette question.

L'étude visait aussi à établir la faisabilité de l'intervention au sein d'une équipe SIM, vu que ce contexte était nouveau et non documenté dans la littérature. La TCCp de groupe a bénéficié d'un faible taux d'abandon (18 %), ainsi qu'un haut taux de participation aux séances (76 %), dépassant notre limite établie (60 %), et mettant en lumière que l'engagement à la TCCp de groupe au sein d'une équipe SIM est tout à fait envisageable. Finalement, les raisons d'absence ont été considérées comme justifiables et non liées à une baisse de motivation ou d'intérêt, étant donné qu'elles concernaient des hospitalisations ou des rendez-vous médicaux.

Les résultats montrent une amélioration après la thérapie à au moins un des scores des différentes échelles (SERS-SR, BSI et ÉPS). Cependant, il n'est pas possible de conclure que l'amélioration n'est pas due au temps, puisqu'il n'y a pas de groupe contrôle. Cela s'avère néanmoins prometteur.

Quoiqu'il ne s'agisse que d'une étude pilote avec un petit échantillon, cette étude est la première à porter sur la TCCp de groupe auprès d'une clientèle provenant d'équipes de suivi intensif dans la communauté. La TCCp de groupe et les équipes SIM partagent les mêmes visées de rétablissement. Une équipe SIM souhaitant baser ses interventions de groupe sur les données probantes pourrait considérer offrir une TCCp de groupe dans son milieu. Il est toutefois important que l'étude soit répétée auprès de plusieurs équipes SIM avant de proposer des conclusions plus poussées.

RÉFÉRENCES

- ¹ Lal, S. et Malla, A. (2015). Service engagement in first-episode psychosis: Current issues and future directions. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(8), 341-345. doi: 10.1177/070674371506000802
- ² Mitchell, A. J. et Selmes, T. (2007). Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services. *Advances in psychiatric treatment*, 13(6), 423-434. doi: 10.1192/apt.bp.106.003202
- ³ Ben-Zeev, D., Scherer, E. A., Gottlieb, J. D., Rotondi, A. J., Brunette, M. F., Achtyes, E. D., ... Mohr, D. C. (2016). mHealth for schizophrenia: Patient engagement with a mobile phone intervention following hospital discharge. *JMIR mental health*, 3(3), e34. doi: 10.2196/mental.6348
- ⁴ Goldsmith, L. P., Lewis, S. W., Dunn, G. et Bentall, R. P. (2015). Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: An instrumental variable analysis. *Psychological medicine*, 45(11), 2365-2373. doi: 10.1017/S003329171500032X
- ⁵ Ministère de la santé et des services sociaux. (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020, Faire ensemble et autrement*, Québec, gouvernement du Québec, accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>
- ⁶ Hofmann, Stefan G., et coll. « The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. » *Cognitive therapy and research*, 36.5(2012): 427-440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1
- ⁷ Lecomte, T., Abidi, S., Garcia-Ortega, I., Mian, I., Jackson, K., Jackson, K. et Norman, R. (2017). Canadian treatment guidelines on psychosocial treatment of schizophrenia in children and youth. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(9), 648-655. doi: 10.1177/0706743717720195
- ⁸ Lecomte, T., Leclerc, C. et Wykes, T. (2016). *Group CBT for psychosis: A guidebook for clinicians*. Oxford, Royaume-Uni: Oxford University Press.
- ⁹ Provencher, H., Gagné, C., Legris, L., Harvey, D. et Lagueux, N. (2012). *L'intégration de pairs aidants dans des équipes de suivi et de soutien dans la communauté: points de vue de divers acteurs*. Québec: Canada, Université Laval.
- ¹⁰ Petznick, C. (2015). Evaluating the efficacy of an intervention to reduce the impact of stigma in adults with mood and/or anxiety disorders. (Thèse de doctorat). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses. (10156704).
- ¹¹ Lecomte, T., Corbière, M. et Laisné, F. (2006). Investigating self-esteem in individuals with schizophrenia: Relevance of the Self-esteem rating scale-short form. *Psychiatry research*, 143(1), 99-108. doi: 10.1016/j.psychres.2005.08.019
- ¹² Derogatis, L. R. et Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: An introductory report. *Psychological medicine*, 13(3), 595-605. doi: 10.1017/S0033291700048017
- ¹³ Caron, J. (1996). L'Échelle de provisions sociales: une validation québécoise. *Santé mentale au Québec*, 21(2), 158-180. doi: 10.7202/032403