

Montréal, le 10 avril 2023

[REDACTED]
Clientèle adulte ayant un trouble concomitant, hospitalisée en psychiatrie, sous ordonnance de traitement
[REDACTED]

Objet : Avis concernant la programmation de groupe en troubles concomitants pour une clientèle hospitalisée en psychiatrie, sous ordonnance de traitement et d'hébergement.

Type de demande : Synthèse de la littérature

[REDACTED]

Vous avez fait une demande de conseils scientifiques au Centre d'Expertise et de Collaboration en Troubles Concomitants (CECTC) afin d'obtenir un avis sur la façon d'appliquer les approches reconnues en troubles concomitants dans le cadre d'interventions de groupe pour des personnes hospitalisées en autorisation de soins.

La notion d'autorisation de soins en intervention de groupe

Certaines mesures légales, comme l'autorisation de soins et/ou d'hébergement, restreignent significativement l'autonomie de la patientèle. Les hospitalisations non-volontaires peuvent inévitablement avoir un impact sur l'attitude et la motivation des individus envers les interventions de groupe.

Dans ce contexte, le personnel d'intervention doit être sensible aux besoins et aux préférences des personnes suivies et adapter ses interventions en conséquence. Il doit également s'assurer que la patientèle comprend les objectifs et les avantages potentiels de l'intervention de groupe et qu'elle y participe de manière volontaire. Pour ce faire, quelques rencontres individuelles peuvent être nécessaires afin d'évaluer la motivation de la personne, informer et rassurer le processus thérapeutique de groupe.

En somme, les interventions de groupe peuvent être une occasion pour les personnes hospitalisées en autorisation de soins d'exercer leur autonomie, mais elles doivent être mises en œuvre avec précaution et sensibilité pour garantir leur bien-être et leur sécurité.

Par exemple :

- Si la participation au groupe est facultative, réitérer aux personnes qu'elles peuvent quitter si elles sont inconfortables, et qu'elles peuvent partager ou non leurs réponses ;
- Offrir la possibilité aux membres du groupe de partager leurs préférences, d'ajouter certains règlements au début du groupe ;
- À tour de rôle, laisser les membres du groupe choisir le thème de la séance ou l'activité qui y sera réalisée.

Voici diverses recommandations en ce qui a trait aux types de groupe ainsi qu'aux approches fondées sur les données probantes afin d'alimenter votre initiative.

Formats de groupe

Plusieurs formats de groupes peuvent être offerts par les équipes de soins des unités internes pour la clientèle qui compose avec des troubles concomitants, notamment :

- **Groupes de discussion thérapeutiques** : groupes de discussion structurés visant à amener les personnes à identifier leurs facteurs de risques et à partager leurs stratégies d'autogestion personnelles (plusieurs thèmes possibles, notamment la gestion du stress, des émotions, la prévention de la rechute, etc.) ;
- **Groupe de soutien** : groupe de partage d'expériences personnelles visant à permettre aux membres du groupe de verbaliser leurs expériences ;
- **Meetings AA ou NA** : groupes animés par des pairs, visant à la fois à soutenir le rétablissement des personnes vivant avec un trouble concomitant et à créer un réseau d'entraide ;
- **Groupe d'activités** : groupe où les personnes sont appelées à participer à des activités concrètes (activités artistiques, différents loisirs, zoothérapie, activités de la vie quotidienne et domestique) à des fins d'activation comportementale, d'acquisition de nouvelles compétences ou afin de faire l'expérience d'une activité plaisante sans consommation.
- **Groupe d'enseignement ou psychoéducation** : groupe au travers duquel des notions théoriques sont présentées (plusieurs thèmes possibles : impacts de la consommation sur la santé, bonnes habitudes de vie, approche de pleine conscience, interactions médicamenteuses, etc.). L'objectif principal de ce type de groupe est l'acquisition de connaissances associées aux troubles de santé mentale et au trouble d'usage.

Le choix du format de groupe sera influencé par les besoins de la clientèle, également par les ressources disponibles, la durée de séjour à l'interne, et par les considérations au niveau de la sécurité de l'ensemble du groupe. Peu importe le format du groupe, il s'agit d'un contexte riche permettant de faire des observations cliniques au niveau des habiletés cognitives, physiques et relationnelles des personnes qui y prennent part (Campbell et al., 2022), lesquelles peuvent en retour servir à l'équipe, entre autres, pour suivre l'évolution de ces individus ou préciser l'orientation au congé.

Comme pour toute activité clinique, identifier clairement l'objectif de l'intervention de groupe ainsi que la façon de mesurer l'atteinte des cibles est incontournable afin de valider l'efficacité des modalités employées.

Par ailleurs, définir un cadre précis quant aux modalités du groupe (durée, confidentialité, procédure de prise de parole, etc.) permet de clarifier nos attentes auprès de la clientèle. Il est également attendu que de formuler les règlements en début de séance facilite l'instauration d'un climat de confiance et d'attention (Berteau et al., 2018).

Approches en intervention de groupe

Bien que les troubles concomitants regroupent une large variété de diagnostics et que chaque personne détienne ses propres forces et défis, certaines approches sont reconnues comme efficaces dans la littérature scientifique pour accompagner la clientèle dans l'atteinte de ses objectifs. En l'absence de lignes directrices sur la prestation de groupes avec les TC, ces approches offrent des repères pour ajuster l'organisation des groupes et leur animation selon les meilleures pratiques.

Réduction des méfaits

De manière générale, les interventions ont pour objectif de limiter au maximum les conséquences négatives de la consommation (infections, judiciarisation, *bad trip*, surdose, etc.), sans toutefois recommander l'abstinence à tout prix (Brisson, 2012).

En groupe de discussion sur la prévention de la rechute, donner à toutes les personnes impliquées l'occasion de fournir leur propre définition de la rechute et de leur objectif de consommation permet d'inclure l'ensemble du groupe dans la discussion et de ne pas stigmatiser davantage les personnes qui ne souhaitent pas complètement arrêter de consommer.

Dans la recherche de stratégies d'autogestion, une attention particulière peut être accordée aux façons de réduire les impacts négatifs liés à la consommation ou aux comportements sexuels à risque : utiliser du matériel de consommation propre et non-endommagé, éviter de consommer seul, éviter la consommation en *binge*, faire des dépistages d'ITSS, utiliser des préservatifs ou prendre la Prophylaxie préexposition, ou toute autre astuce qui pourrait s'inscrire dans le concept de réduction des méfaits.

Approche intégrée

De façon générale, il est recommandé de traiter à la fois le trouble de santé mentale et la dépendance, tout en reconnaissant les interactions entre les deux problèmes.

Ainsi, dans un groupe de discussion où certains facteurs de risque de rechute sont identifiés, la fonction d'automédication de la consommation peut être abordée. À l'inverse, pour certaines personnes, la consommation peut induire l'apparition de symptômes d'un trouble de santé mentale. Discuter de ces enjeux peut permettre de favoriser l'adoption d'un discours de nuance et de changement de la part de la patientèle.

La patientèle avec un trouble de l'usage étant davantage à risque de démontrer des atteintes cognitives (Ramey & Regier, 2019), l'animation des groupes devra être ajustée pour permettre l'engagement d'un maximum d'individus.

La médication, les symptômes de sevrage ou d'intoxication auront également un impact fonctionnel sur le rendement des personnes dans le cadre du groupe. Afin d'accommoder un plus large éventail de personnes au sein du groupe, il est possible :

- D'utiliser un vocabulaire simple (limiter le recours au jargon d'intervenants, au lieu de dire *objectifs de rétablissement* dire plutôt *but*), utiliser des analogies et multiples exemples pour expliquer un même concept ;
- En fonction du niveau de littéracie des personnes concernées, d'avoir recours à des illustrations, des pictogrammes ou des schémas plutôt que des outils avec du texte ;
- De limiter la durée du groupe (maximum 90 minutes) et la quantité d'outils papier remis aux participant.es (Herie & Watkin-Merek, 2006) ;
- De graduer le niveau de difficulté des questions posées ou de l'assistance offerte selon les habiletés des personnes. À titre d'exemple, une question ouverte peut être transformée en question à choix de réponse, en question fermée ou en suggestion pour en diminuer le niveau d'exigence ;
- D'offrir des résumés et reformulations des notions-clés qui ont été abordées.

Les TC regroupent une patientèle somme toute hétérogène. Le choix des thèmes peut être ajusté de façon plus générale pour rejoindre des profils personnels variés. Par exemple, utiliser des termes et concepts plus universels comme le stress et la détresse (plutôt que d'aborder les traumatismes ou les délires) pourra permettre de rejoindre une plus vaste proportion des membres du groupe.

Entretien motivationnel (EM)

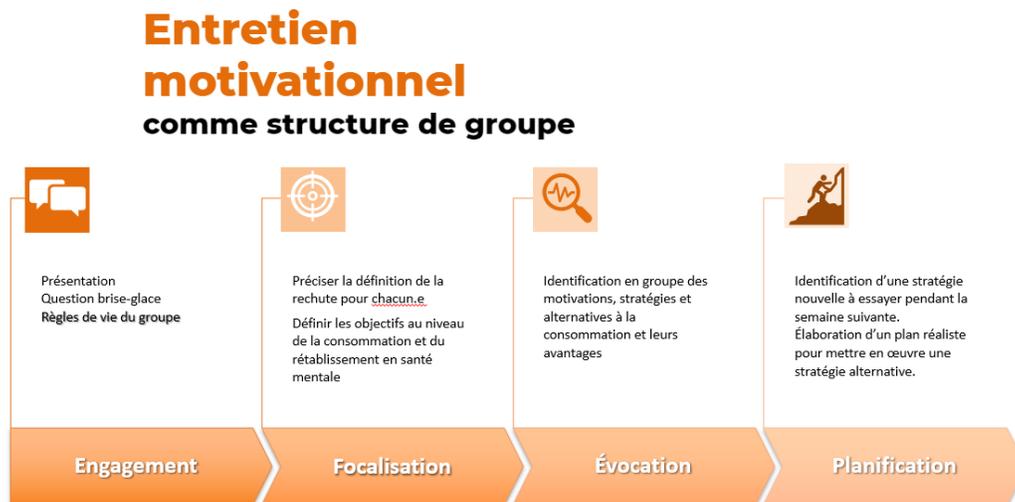
L'entretien motivationnel est une « Méthode de communication, directive et centrée sur la personne à aider, utilisée pour augmenter la motivation intrinsèque au changement, par l'exploration et la résolution de l'ambivalence » (Miller & Rollnick, 2013).

Les interventions issues de l'approche motivationnelle tiennent compte du stade de changement auquel se situe la personne, de manière à faire émerger le discours-changement.

Dans les groupes, cela peut se traduire de différentes façons :

- Accorder davantage de temps aux stratégies positives qu'aux situations perçues comme difficiles ;
- Visuellement, sur le tableau ou via des outils en version papier remis aux personnes, dédier un plus gros espace aux stratégies positives et leurs avantages qu'aux situations représentant un risque de rechute ;
- Utiliser des questions d'échelle. Par exemple : Si vous aviez congé demain matin, sur une échelle de 1 à 100, quelles sont les chances que vous atteigniez votre objectif au niveau de la consommation ? Qu'est-ce qui pourrait vous aider à faire monter ce chiffre d'un ou deux points ?
- Utiliser les outils de l'EM dans les groupes de discussion, notamment : reflets simples et complexes, résumés de transition, écoute réflexive.

La structure du déroulement du groupe peut également s'appuyer sur les processus de l'EM (INSPQ, 2019), comme dans cet exemple de groupe de discussion thérapeutique sur la prévention de la rechute :



Pour les groupes où l'on souhaite transmettre de nouvelles connaissances à la patientèle, il est possible d'utiliser la technique *Demander-Fournir-Demander* pour optimiser un accueil favorable des nouvelles notions. Par exemple, si l'on souhaite introduire des notions sur une bonne hygiène de sommeil on peut commencer par demander aux membres du groupe ce qui, selon leur perspective, influence la qualité du sommeil (**demander**), fournir des renseignements supplémentaires (ex. L'impact de l'utilisation des écrans sur la qualité du sommeil — **fournir**), puis valider auprès des individus dans le groupe ce qu'ils pensent de cette information (**demander**).

Approche de gestion par contingences

La gestion des contingences implique de définir un changement de comportement souhaité (par exemple, l'abstinence à une ou plusieurs substances psychoactives identifiées au préalable) et en utilisant des incitatifs externes (prix, coupon, etc.) (Boucher, 2022).

Par exemple, des collations et du café peuvent être offerts aux personnes qui prennent part au groupe pour encourager leur participation active. L'allocation de telles récompenses dépend évidemment des ressources disponibles dans chaque milieu.

Afin de contourner cette contrainte, on peut également envisager certaines opportunités ou privilèges pour stimuler la participation au groupe. Par exemple, lors de la pandémie COVID-19, alors que les groupes étaient offerts via téléconsultation sur des tablettes prêtées à la patientèle, les gens avaient la chance d'utiliser les tablettes à leur guise pendant les 15 minutes suivant la fin du groupe.

Approche de la Prévention structurée de la rechute

La prévention de la rechute se fonde sur un modèle qui considère l'étape de la rechute comme une réaction normale au processus de changement ainsi qu'une occasion de mieux comprendre les déclencheurs de la consommation. Cette approche offre une démarche cognitive et comportementale qui visent spécifiquement l'exploration des signes avant-coureurs de la rechute. Les interventions consistent à fournir des stratégies et des outils pour aider les individus à mieux se préparer à faire face aux déclencheurs quotidiens. (Herie, M.A. & Watkin-Merek, L., 2006)

Bien qu'habituellement offert sur plusieurs séances (entre 8 à 12), des groupes de prévention structurée de la rechute peuvent tout de même être offerts en contexte d'hospitalisation. Voici quelques éléments pouvant être abordés en groupe de prévention structurée de la rechute :

- Évaluer les objectifs et l'engagement à l'égard du changement désiré;
- Élaborer un plan en situation de crise;
- Identifier les points forts individuels;
- Cibler les déclencheurs incitant à la consommation;
- Exercer l'affirmation de soi.

Approche centrée sur les forces

Le postulat de base de l'approche centrée sur les forces stipule que le personnel d'intervention doit mettre l'accent sur les compétences de la personne en situation d'aide et sur les ressources de son milieu plutôt que sur ses problèmes et ses déficits. La personne au centre de cette intervention doit être considérée comme l'experte de sa propre situation. Pour ce faire, la personne professionnelle qui intervient doit se positionner comme partenaire et non comme spécialiste dans l'animation de ces groupes. Les connaissances théoriques et techniques doivent être mises au service de la patientèle, notamment en développant le pouvoir d'agir.

- Inciter chaque personne à nommer ses forces. Utiliser un vocabulaire qui souligne les forces et les habiletés ;
- Tenir compte des souhaits de chaque personne, des éléments qui la motivent et de sa vision du problème ;
- Mettre la personne en action, ce qui lui permet de découvrir ses forces et de développer de nouvelles habiletés. Mettre en action les ressources de son environnement (par exemple : avoir des séances de groupe axées sur la connaissance des ressources communautaires et institutionnelles disponibles dans la région concernée).

En fin de compte, l'objectif principal de l'intervention de groupe doit être d'améliorer la qualité de vie et le bien-être de la patientèle en favorisant le partage d'expériences vécues. En utilisant des approches fondées sur les données probantes en troubles concomitants et en travaillant en collaboration avec les personnes concernées, l'instauration de groupes sur les unités internes s'avère une stratégie fort utile et pertinente

Votre projet de développer une programmation de groupe sur les unités d'hospitalisation représente une stratégie efficace d'intervention qui offre des avantages uniques en matière de soutien social et de partage d'expériences.

En espérant que cet avis permettra de soutenir vos équipes dans leur travail clinique, je vous prie d'accepter,
[REDACTED] nos plus cordiales salutations.

Rédigé par :

Florence Bourbeau, ergothérapeute, Service de médecine et psychiatrie et des toxicomanies, CHUM.

Experte consultée :

Sandra Cormier, Adjointe clinique à la programmation, Direction des programmes santé mentale, dépendance et services psychosociaux généraux adulte, CIUSSS des Laurentides

Révisé par :

François-Olivier Hébert, rédacteur scientifique, CECTC

Véronique Plante, travailleuse sociale, CECTC

Didier Jutras-Aswad, psychiatre, Centre hospitalier universitaire de Montréal

Avertissement

Il est possible que le contenu de cet avis nécessite des révisions dans un avenir plus ou moins rapproché, selon les données scientifiques qui seront éventuellement disponibles. Il faut aussi noter que cet avis contient des renseignements fournis à titre d'information et d'éducation et ne remplace aucunement le jugement professionnel et la responsabilité engagée d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé.

RÉFÉRENCES

Berteau, G., Jalbert, C., et Gascon, E. (2018). Le groupe d'une seule rencontre en travail social de groupe. École de travail social Université du Québec à Montréal (UQAM).

Boucher, C-I. (2022) Outils d'intervention favorisant l'adhésion aux suivis à travers le continuum de soins : Application de la gestion des contingences. Communication présentée au Projet CHUM ECHO TC.

Brisson, P., (2012) *L'approche de réduction des méfaits*. INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/l-approche-de-reduction-des-mefaits>

CAMH (2023). *Concurrent disorders*. Repéré à <https://www.camh.ca/en/health-info/mental-illness-and-addiction-index/concurrent-disorders>.

Campbell, M., Huynh, A. et al. (2022). Guide sur l'animation de groupes thérapeutiques en ergothérapie sur l'unité de médecine et de psychiatrie des toxicomanies du CHUM. CHUM.Herie, M.A. & Watkin-Merek, L. (2006). *Structured Relapse Prevention: An Outpatient Counselling Approach* (2^e éd.). Toronto ON : Centre for Addiction and Mental Health.

INSPQ (2019). *Optimisation de la pratique de counseling par l'utilisation de l'entretien motivationnel (de base)*. <https://fcp.rtss.qc.ca/course/view.php?id=2387>

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). L'entretien motivationnel. *Aider la personne à engager le changement*, 2, 108.

Ramey, T., & Regier, P. S. (2019). Cognitive impairment in substance use disorders. *CNS spectrums*, 24(1), 102-113.

Ce document est protégé sous une licence Creative Commons : [CC BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).