



HAL
open science

Évaluation du sentiment d'efficacité des cliniciens lors d'une formation TCC pour la gestion des hallucinations auditives en groupe : étude Accept Voices©

Thomas Langlois, Axel Bourcier, François Olivier, Tania Lecomte, Stacey Callahan

► **To cite this version:**

Thomas Langlois, Axel Bourcier, François Olivier, Tania Lecomte, Stacey Callahan. Évaluation du sentiment d'efficacité des cliniciens lors d'une formation TCC pour la gestion des hallucinations auditives en groupe : étude Accept Voices©. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2020, 178, pp.989 - 995. 10.1016/j.amp.2020.01.010 . hal-03493393

HAL Id: hal-03493393

<https://hal.science/hal-03493393>

Submitted on 15 Dec 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Mémoire

Évaluation du sentiment d'efficacité des cliniciens lors d'une formation TCC pour la gestion des hallucinations auditives en groupe : étude Accept Voices©

Evaluation of clinicians' self-efficacy during CBT training for managing auditory hallucinations in groups: Accept Voices© study

Thomas Langlois^{1*}, Axel Bourcier², François Olivier³, Tania Lecomte⁴, Stacey Callahan¹

1. Centre d'Études et de Recherches en Psychopathologie et Psychopathologie de la Santé, Université de Toulouse, UT2J, France
2. CHU Toulouse Purpan, Toulouse, France
3. Centre hospitalier de Montauban, Montauban, France
4. Université de Montréal, Montréal, Canada

*Auteur correspondant : Thomas Langlois, Centre d'Études et de Recherches en Psychopathologie et Psychopathologie de la Santé, Université de Toulouse, UT2J, France

Adresse Email : tomalanglois@hotmail.com - thomas.langlois@univ-tlse2.fr

Texte reçu le 11 septembre 2019 ; accepté le 23 novembre 2019

Résumé

Objectif de l'étude. – Dans le cadre d'un projet de recherche sur l'efficacité d'une approche groupale pour la gestion des hallucinations acoustico-verbales (HAVs), nous avons mesuré le sentiment d'efficacité des cliniciens pour aider leurs patients à faire face aux phénomènes hallucinatoires, avant et après avoir reçu une formation.

Méthode. – Vingt-trois cliniciens ont reçu une formation de trois jours pour acquérir les bases nécessaires à la mise en place et la gestion des séances de l'intervention groupale pour la gestion des HAVs. Le sentiment d'efficacité des cliniciens pour aider leurs patients à gérer leurs HAVs, a été mesuré avant et après la formation.

Résultats. – Le sentiment d'efficacité initial des cliniciens pour aider leurs patients à gérer leurs HAVs était relativement faible. Après la formation, tous les cliniciens ont vu leur sentiment d'efficacité s'améliorer, que ce soit pour la gestion des HAVs en groupe ou en individuel. La formation de trois jours, dispensée dans le cadre de notre recherche, semble

avoir été suffisante et efficace pour amener les cliniciens à mettre en œuvre et à gérer l'intervention groupale sur les HAVs.

Conclusion. – Aider les patients à faire face aux HAVs peut être difficile pour les cliniciens exerçant en psychiatrie. La nécessité d'évoluer dans sa pratique et d'acquérir de nouvelles compétences issues d'approche telles que les TCC peut permettre de combler cette lacune. La pertinence de l'évaluation du sentiment d'efficacité des thérapeutes pour aider leur patient à gérer les hallucinations pour l'amélioration de la pratique clinique y est discuté.

Mots-clés : Formation des thérapeutes ; Groupe ; Hallucinations auditives ; Sentiment d'efficacité ; Thérapie comportementale et cognitive

Abstract

Objectives. – The objective of this study was to measure clinicians' self-efficacy (psychologists and psychiatrists) in helping their patients cope with auditory hallucinations, before and after receiving a specific training in this regard. This research work was part of a larger clinical research project to assess the feasibility and effects of a CBT/third wave group approach for the management of auditory hallucinations in patients with schizophrenia. Currently, in France few CBT/third wave approaches to treating patients with schizophrenic disorders who hear voices are being offered. Given our study, we were also interested in determining how efficacious clinicians working with this clientele feel when helping their patients better understand and manage their voices. Our main objective was to train clinicians to become efficacious in working with patients with auditory hallucinations, particularly in using the CBT/third wave group intervention under study.

Method. – After responding to a call for projects launched with nine mental health institutions in the Occitanie region of France, 23 clinicians (psychologists and psychiatrists) accepted to participate and received a three-day training. The purpose of this training was to: 1) develop the basic skills necessary in CBT/third wave to deal with psychotic disorders (non-confrontational approaches, coping development, CBT/third wave principles and basic exercises; 2) acquire competence in managing group sessions for the intervention called Accept Voices; 3) ensure the protocol is respected for the implementation of the study in the region (regulatory and research ethics aspect). A 15-items questionnaire with a response system based on a percentage score was developed specifically for this research. The items addressed different clinical situations, in order to assess clinicians' sense of self-efficacy in

helping their patients manage their auditory hallucinations, both in a group and individually. This measurement was done with clinicians before and after receiving the training.

Results. – Regardless of the clinicians' therapeutic orientation (CBT or psychoanalysis) and the number of years in working with psychotic disorders, the initial level of clinicians' sense of efficacy in helping their patients manage their auditory hallucinations was relatively low, for both individual and group interventions. Following the training, the 23 clinicians saw their self-efficacy significantly improve, in both conditions (group and individual), regarding their ability to help their patients better manage their voices. Subsequently, after the training, 12 of the 23 clinicians were able to implement the group intervention method for voice management acquired during the training. The three-day training, provided as part of our study, appears to have been sufficient and effective to engage clinicians in implementing and managing the group intervention. It has also helped improve their skills and feelings of efficacy in their daily practice with individuals with schizophrenia. Conclusion: The outcomes from our study, which were part of a larger research project evaluating the effectiveness of a group intervention for auditory hallucinations, allowed us to observe an initial low self-efficacy among clinicians in helping their patients manage their auditory hallucinations. Fortunately, the training appeared successful in improving their self-efficacy. For many, helping patients cope with auditory hallucinations with psychotherapeutic tools, rather than solely with medication, was deemed difficult prior to the training. Despite the small size of our sample, these results encourage further initiatives to train clinicians who accompany patients with psychotic disorders in CBT/Third wave therapeutic approaches.

Key-words: Behavioural and cognitive therapy, group, auditory hallucinations, therapist training, self-efficacy

1. Introduction

En France, dans les services de psychiatrie, la prise en charge des hallucinations acoustico-verbales (HAVs) réside presque exclusivement sur l'approche médicamenteuse. Encore trop peu de cliniciens sont formés aux TCC pour les troubles psychotiques [11], et/ou disposent d'une formation spécifique pour offrir une thérapie adaptée aux HAVs de leurs patients. Forts de ce constat, nous avons initialement élaboré un programme pour une intervention groupale courte de six séances nommée Accept Voices© conçu par Th.L. Ce

programme (détaillé dans le **Tableau 1**) s'est inspiré des travaux de la littérature sur la gestion des HAVs en groupe [4,12,13,23,24], ainsi que sur les manuels de référence sur les TCC pour les troubles psychotiques [1,3,9]. Les premières observations cliniques très encourageantes et les retours positifs des patients sur l'amélioration du vécu de leurs HAVs, nous ont motivé à évaluer la méthode d'intervention quant à sa validité et à son efficacité dans la pratique courante. Ainsi, le projet Accept Voices© qui a consisté à expérimenter le programme, s'est organisé et structuré grâce aux soutiens respectifs de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitives (AFTCC) et la Fédération de Recherche en Psychiatrie de la région Occitanie (FERREPSY). Courant 2016, le lancement de l'étude multicentrique Accept Voices© a permis de recruter 23 cliniciens des établissements en santé mentale de la région Occitanie intéressés par le projet, afin de les former à la méthode d'intervention groupale, afin de la mettre à l'épreuve dans la pratique courante. Pour s'assurer des compétences nécessaires pour la mise en œuvre et la gestion de ce type d'intervention groupale chez les cliniciens, nous avons centré notre travail sur l'évaluation de leur sentiment d'efficacité pour aider les patients atteints de schizophrénie à gérer leurs HAVs avec une approche non-médicamenteuse. En effet, le sentiment d'efficacité se définit selon Bandura comme la croyance d'un individu dans ses capacités à organiser et à réaliser une tâche, dans des situations et des contextes spécifiques [2]. Des recherches ont montré des corrélations entre sentiment d'efficacité personnelle et acquisition de compétences dans le cadre d'une formation, où le niveau de confiance de l'individu sur sa capacité à agir dans un domaine donné pourrait relever de compétences acquises pendant la formation [16]. En outre, il a notamment été montré que dans un cadre de formation, considérer le sentiment d'efficacité comme un indicateur de l'efficacité d'une formation était pertinent [18], et qu'il était nécessaire d'évaluer les perceptions qu'ont les apprenants de leurs propres capacités pour l'évaluation de l'efficacité d'une formation [17]. Par conséquent, nous avons évalué le sentiment d'efficacité des cliniciens recevant notre formation, afin de pouvoir garantir son efficacité pour notre protocole de recherche. Dans ces conditions, il était nécessaire pour notre recherche de :

- 1) connaître le sentiment d'efficacité d'un échantillon de thérapeutes français pour aider leurs patients à faire face leurs HAVs ;
- 2) mesurer l'impact de la formation sur ce sentiment d'efficacité ;
- 3) s'assurer que les cliniciens se sentaient en mesure de pouvoir conduire efficacement la méthode dans le cadre de la recherche multicentrique qui était en cours.

La présente étude a donc pour but d'évaluer l'impact de la formation sur le sentiment d'efficacité des cliniciens pour gérer les HAVs chez les patients atteints de schizophrénie, suite à une formation portant sur la méthode d'intervention groupale pour la gestion des HAVs Accept Voices©, dans le cadre de la recherche multicentrique que nous menons à l'heure actuelle.

Mettre ici le Tableau 1

2. Matériel et méthodes

2.1. Procédure pour la mise en place du projet de recherche sur les centres partenaires

Afin de réaliser l'étude multicentrique, une communication concernant l'étude a été effectuée auprès des établissements membres de la Fédération de Recherche en Psychiatrie FERREPSY, pour recruter des cliniciens psychologues et psychiatres pour la réalisation de cette recherche. Ainsi, neuf centres en santé mentale (hôpitaux publics, privés et cliniques en santé mentale de la région Occitanie en France) ont souhaité participer à cette expérimentation. Cela a permis de constituer un groupe de 23 cliniciens volontaires, psychiatres et psychologues, et de les faire bénéficier d'une session de formation à notre méthode d'intervention, d'une durée de 21 heures, répartie sur trois jours consécutifs en juin 2017. Tous les cliniciens ont présenté un intérêt et une réelle motivation pour la formation à la méthode et la mise en œuvre du projet de recherche, quelles que soient leurs orientations thérapeutiques de références : psychodynamique ou d'inspiration analytique, Thérapie Comportementale et Cognitive (TCC) ou Thérapie Comportementale et Cognitive pour la psychose (TCCp). Les objectifs de cette formation étaient :

1) de développer les compétences de base nécessaires à la prise en charge TCC pour la psychose et la TCC pour les hallucinations auditives ;

2) d'acquérir la méthode et de maîtriser les techniques d'intervention groupale Accept Voices© ;

3) de constituer des binômes psychologues/psychiatres par centre pour la mise en œuvre de ce type d'intervention sur le terrain, dans leur service de santé mentale ;

4) de connaître le cadre de la recherche dans lequel s'inscrivait l'étude sur l'évaluation de l'efficacité de l'intervention groupale pour la gestion des hallucinations auditives en pratique courante.

2.2. Procédure pour l'évaluation des compétences en TCCp pour les HAVs

Afin d'évaluer le sentiment d'efficacité des cliniciens pour l'accompagnement et le soin des patients psychotiques chroniques ayant des HAVs, nous avons utilisé un questionnaire que nous avons élaboré pour cette phase de notre recherche. Pour bâtir ce questionnaire, nous nous sommes référés aux ouvrages de références pour la prise en charge thérapeutiques des patients psychotiques, afin de mieux cibler les habiletés à acquérir par les thérapeutes pour gérer les voix chez cette population [1,3,9]. Par ailleurs, pour mieux formuler nos items, nous nous sommes inspirés des apports théoriques de Bandura sur le sentiment d'efficacité, et des travaux de Wass (2001) sur l'évaluation des compétences cliniques chez les apprenants en médecine [22], ainsi que de l'ouvrage de Gérard [7] sur l'évaluation de l'efficacité d'une formation.

Notre questionnaire était composé de deux parties, ciblant les habiletés et le sentiment d'efficacité pour l'aide à la gestion des HAVs chez les patients souffrant de troubles psychotiques. La première partie du questionnaire était composée de neuf items avec un système de réponse basé sur un score en pourcentage (allant de 0 % pour « je ne me sens pas du tout capable » à 100 % pour « Je me sens totalement capable »), afin d'obtenir une évaluation du sentiment d'efficacité des thérapeutes pour l'aide à la gestion des HAVs en situation de groupe. La deuxième partie du questionnaire était composée de six items avec le même système de réponse, afin d'obtenir un score en pourcentage relatif au sentiment d'efficacité pour l'aide à la gestion des HAVs en situation individualisée. Enfin, des informations relatives au statut (psychologue ou psychiatre), le sexe et le niveau d'expertise en TCC, côté « absence de formation TCC », « Formation initiale TCC », « Formation en TCCp ».

La passation du questionnaire s'est déroulée en passation collective au moment de la formation juste avant les temps pédagogiques, puis une seconde fois à la fin de la troisième journée, au moment du bilan de la formation.

Cette procédure nous permettait ainsi d'obtenir une mesure de sentiment d'efficacité des thérapeutes pour l'aide à la gestion des HAVs en situation groupale et individuelle, avant et après avoir reçu la formation.

2.3. Procédure pour la formation à la méthode

La formation de trois jours consistait à développer chez les thérapeutes des habiletés de base en TCC pour la gestion des hallucinations en groupe.

Les compétences visées à l'issue de la formation étaient les suivantes :

- savoir établir une bonne alliance thérapeutique pour aborder avec les patients leurs phénomènes hallucinatoires ;
- savoir animer et gérer des séances de groupe thérapeutique sur le thème des hallucinations auditives ;
- savoir explorer le vécu et les explications donnés par les patients à propos de leurs voix ;
- connaître et savoir appliquer les approches psychoéducatives et de thérapies comportementales et cognitives de type 3^e vague de base pour aborder les HAVs ;
- être en mesure d'utiliser des outils spécifiques pour modifier les cognitions, les émotions et les comportements problématiques en lien avec les voix.

Le contenu de la formation abordait, d'une part, les techniques d'interaction nécessaires pour créer l'alliance thérapeutique et interagir efficacement avec les patients (style non confrontationnel, empathie, prise en compte des déficits cognitifs pour adapter son intervention). D'autre part, les thèmes relatifs à notre méthode d'intervention groupale étaient abordés sous forme théorique et pratique. Ainsi, une alternance de méthodes et de moyens pédagogiques [6] était employée tout au long de la formation, comme des présentations explicatives sous forme de modèles théoriques, des démonstrations, des exercices expérientiels, des vidéos et des mises en situation. Des temps de debriefing et de synthèse avaient lieu régulièrement pendant les temps pédagogiques, afin de favoriser les échanges avec les thérapeutes sur la mise en place des techniques thérapeutiques de gestion des hallucinations en groupe. L'interaction avec le formateur (Th.L) était permanente tout au long des trois jours de formation.

2.4. Analyse statistique des données

Dans un premier temps, une analyse descriptive des scores moyens du questionnaire du groupe de thérapeutes a été réalisée. Cette analyse s'est basée sur le calcul de plusieurs indices :

- le coefficient de variation qui permet d'évaluer le degré d'accord entre les personnes interrogées. On considère qu'en dessous de 15 % le score indique une bonne homogénéité alors qu'au-dessus de 30 %, il existe une hétérogénéité importante [15] ;
- le gain relatif moyen de l'apprentissage, qui représente le rapport entre ce qui a été gagné et ce qui pouvait être gagné, afin d'évaluer l'effet de l'apprentissage. Il y a un effet positif d'apprentissage lorsque ce gain relatif est supérieur à 30 ou 40 % [7].

Dans un second temps, une analyse statistique de la différence des scores pour chaque item a été réalisée en réalisant une comparaison des scores T2/T1 à un seuil de 5 %. Un test de Shapiro a été réalisé pour vérifier la normalité des données avec un seuil à 5 %. Si les données n'étaient pas normales, un test non paramétrique de Kruskal (seuil à 5 %) était effectué. Si les données étaient normales, était réalisé un test d'égalité des variances de Fisher (seuil à 5 %). Si les variances étaient égales, un Test de Student était réalisé, lorsque les variances étaient différentes, un test de Welch était effectué, avec dans les deux cas un seuil à 5 %.

3. Résultats

3.1. Échantillon de thérapeutes

Suite à l'appel à projet, 23 cliniciens ont répondu favorablement, et ont bénéficié des trois jours de formation. Cet échantillon (**Tableau 2**) était composé de 13 psychiatres et 10 psychologues (11 femmes et 12 hommes, âge moyen 43 ans [ET=11]). Le niveau d'expertise dans la pratique des TCCp variait avec un taux allant de 30 % de cliniciens sans formation TCC de base, à 70 % ayant une formation initiale en TCC dont 39 % qui avaient une véritable expertise en TCCp (formation spécifique et pratique régulière avec ce type de population).

Par ailleurs, sur ces 23 cliniciens, à la date de la présente étude, seuls 12 d'entre eux ont pu mettre en œuvre la méthode d'intervention groupale au sein de leur service. En effet, sur certains établissements, pour des raisons d'organisation interne propres aux

établissements, certains binômes n'ont pas pu à ce jour se coordonner pour mettre en œuvre le projet de recherche sur leur site. Sur ces 12 thérapeutes, 25 % n'avaient aucune formation initiale en TCC, tandis que 75 % d'entre eux avaient une formation en TCC dont la moitié avec une réelle expertise en TCCp.

Mettre ici Tableau 2

3.2. Sentiments d'efficacité des thérapeutes pour aider leur patient à gérer les hallucinations auditives (Tableaux 3 et 4)

Les résultats montrent que le niveau initial du sentiment d'efficacité des psychologues et psychiatres était relativement bas pour l'ensemble des items mesurés

La formation de trois jours a permis d'améliorer de façon significative les scores pour tous les items concernant le sentiment d'efficacité pour soutenir et animer un groupe thérapeutique pour la gestion des hallucinations auditives (**Tableau 3**). Cette amélioration significative se retrouve également pour les items mesurant le sentiment d'efficacité pour aider et accompagner les patients avec des HAVs en individuel (**Tableau 4**). Concernant l'effet de la formation pour les habiletés à gérer un groupe de patients pour les aider à gérer leurs HAVs, on note une nette amélioration des scores pour la quasi-totalité des items relatifs à l'exploration, la compréhension et le soutien du vécu hallucinatoire des patients. Il en va de même pour les items en lien avec les explications à propos des HAVs à leur donner en groupe. Sur le plan du développement des stratégies à transmettre en groupe, les scores du sentiment d'efficacité des thérapeutes se sont également améliorés de façon significative. Cette amélioration globale semble d'autre part, être importante intragroupe puisque le coefficient de variation est élevé pour les items 1 à 7 et 9 chez tous les thérapeutes, scores qui étaient supérieurs à 40 % avant la formation, puis inférieurs à 20 % après la formation. Enfin, l'effet positif de l'apprentissage est élevé pour les items 1 à 7 et 9 puisqu'il est supérieur à 40 %, à l'exception de l'item 8, lié au sentiment d'efficacité pour aider les patients à trouver de l'aide hors parcours de soins pour surmonter les hallucinations auditives. En effet, même si à cet item le taux relatif à l'effet d'apprentissage est supérieur à 40 %, le coefficient de variation est quant à lui supérieur à 30 %, ce qui signifie une hétérogénéité importante intragroupe pour se sentir efficace dans ce domaine. Concernant le sentiment d'efficacité des thérapeutes pour soutenir et aider en individuel leurs patients à faire face à leurs hallucinations (**Tableau 4**), on constate également un effet positif de l'apprentissage (scores >

40 %) et une homogénéité des résultats intragroupe (< 20 %). Cette homogénéité semble d'autant plus importante lorsqu'il s'agit d'être à l'écoute et de formuler avec le patient des explications à propos de ses voix sur le long terme. Néanmoins, seuls les scores à l'item 6 relatifs au sentiment d'efficacité pour accompagner le patient à trouver des ressources hors parcours de soins classiques n'ont pas connu cette amélioration. En effet, même si pour cet item, l'effet positif de l'apprentissage est important (49.2 %), le coefficient de variation se montre quant à lui faible (31.3 % > 30 %). Ceci indique de nouveau que le sentiment d'efficacité pour aider les patients à trouver des ressources hors parcours de soins s'améliore moins bien que pour les autres domaines évalués, même après la formation.

Mettre ici Tableau 3 et Tableau 4

4. Discussion

Le but de notre étude était de mesurer le sentiment d'efficacité des cliniciens pour aider leur patient à faire face aux phénomènes hallucinatoires, avant et après avoir reçu une formation. Cette mesure permettait d'évaluer l'effet et l'impact de la formation pour l'aide à la gestion des hallucinations auditives chez ces mêmes cliniciens. Cela donnait également la possibilité de s'assurer qu'à l'issue de la formation, les cliniciens formés seraient en mesure de pouvoir mettre en œuvre notre protocole de recherche.

Premièrement, les résultats nous indiquent que tous les thérapeutes, quel que soit le niveau de formation initiale et de compétences en TCC, avaient dans l'ensemble un sentiment d'efficacité global assez modéré à propos de l'aide qu'ils pouvaient apporter à leur patient pour la gestion des HAVs. Cette première observation est surprenante et pose question sur la façon dont sont abordées et traitées les HAVs des patients par leurs cliniciens, alors que ces derniers ne se sentent pas efficaces pour le faire. Ce point peut, en partie, s'expliquer par la pratique en psychiatrie qui depuis plusieurs décennies consiste à apporter une réponse presque exclusivement médicale à un symptôme faisant appel au langage qui reflète la subjectivité du patient. Par conséquent, les approches centrées sur l'exploration de la phénoménologie et du contenu des HAVs n'avaient jusqu'ici que peu de place, puisque l'objectif thérapeutique de diminution du symptôme par la médication prédominait sur les autres interventions non-médicamenteuses. Depuis les travaux de Romme et Escher (1989) sur l'entente de voix [19], il semblerait qu'il y ait un regain d'intérêt pour des approches non médicamenteuses pour aborder les HAVs des patients en psychiatrie. En outre, les résultats

ont montré que chez les cliniciens, avant la formation, il existait une certaine hétérogénéité du sentiment d'efficacité pour les items relatifs à l'exploration et l'accompagnement des personnes qui souffrent d'HAVs. Ceci dénote une variabilité intragroupe importante qui reflète probablement la difficulté chez les thérapeutes à explorer de façon approfondie, avec toute l'écoute nécessaire, le discours du patient qui aborde son expérience subjective. Ce point semble être probable si l'on se réfère à l'étude de Martin (2000) qui révèle que les praticiens de la santé mentale n'écoutaient pas efficacement l'expérience subjective de l'entente de voix [14]. Cette carence peut s'expliquer par un manque de compétences qui peut amener le clinicien à négliger et/ou éviter l'exploration de ce type de symptômes souvent difficiles à comprendre. Ainsi, Martin et ses collaborateurs suggèrent qu'en créant un environnement dans lequel les utilisateurs de services en santé mentale peuvent discuter de leur expérience, le praticien en santé mentale peut faciliter l'apprentissage tiré de l'expérience, et l'élaboration de stratégies de gestion basées sur le « sens commun ».

Deuxièmement, suite à la formation, tous les cliniciens de notre étude ont amélioré significativement leur score pour ce sentiment d'efficacité. Cette amélioration est importante pour la quasi-totalité des domaines explorés : explorer les hallucinations, comprendre le contenu des HAVs, donner des explications sur l'origine des voix que les patients peuvent entendre, les soutenir et les accompagner par rapport à leurs voix positives et négatives, développer avec eux des stratégies pour faire face aux voix positives et négatives et les guider pour qu'ils puissent parler de leurs voix à leur entourage. De plus, les indicateurs d'apprentissage (coefficient de variation et) nous ont permis de confirmer les bénéfices de la formation en termes d'apprentissage (effet positif de l'apprentissage avec un gain relatif supérieur à 30 %), révélant un réel gain pour tous les thérapeutes (coefficient de variation < 20). Par ailleurs, la formation qui initialement était centrée sur les compétences à acquérir pour mener notre intervention groupale pour la gestion des HAVs semble avoir permis de développer également chez les cliniciens des compétences dans la pratique en individuel, pour la gestion de ce type de symptômes. En effet, après la formation, le sentiment d'efficacité pour aider en individuel les patients à gérer les HAVs s'est également amélioré significativement. Il semblerait qu'il y ait eu un transfert de compétences pour l'aide à la gestion des HAVs en groupe vers l'aide à la gestion des HAVs en individuel suite à la formation.

Enfin, dans nos résultats, le seul domaine de compétences qui n'a pas été amélioré significativement au niveau du sentiment d'efficacité, était en lien avec celui de l'orientation des patients vers des structures et des réseaux de soins et d'entraide spécifiques pour l'aide et

la gestion des HAVs. Il est probable que certains contenus de notre formation n'étaient pas suffisants pour améliorer le sentiment d'efficacité des soignants dans ce domaine. Toutefois, ce point est intéressant car il peut refléter deux autres problématiques. La première est en lien avec la question de la démarche d'orientation vers des soins autres que la TCC elle-même, et la méconnaissance d'autres approches existantes pour les HAVs. En effet, quand l'alliance thérapeutique s'est construite, il peut être difficile pour un thérapeute d'orienter vers l'extérieur un patient qui présente une symptomatologie spécifique difficile à gérer pour le thérapeute [8]. Ceci peut devenir encore plus difficile lorsqu'il s'agit d'orienter un patient vers un réseau de soins mal identifié, ou bien un réseau d'utilisateurs avec des approches mal connues tel que celui des entendeurs de voix [5], ce qui peut être une source de résistance pour le clinicien. La seconde problématique, plus préoccupante, serait liée à la méconnaissance même des ressources existantes pour l'accompagnement et le soin spécifique pour les HAVs. Cette idée semble d'autant plus probable que la rareté des ressources pour traiter spécifiquement les HAVs en France est importante. Leur visibilité, lorsque ces ressources existent, fait défaut dans le champ sanitaire, de même que dans les champs médico-psychologiques et social.

Des limites sont toutefois à soulever dans notre travail. Tout d'abord, étant donné la petite taille de notre échantillon, il semble difficile de pouvoir généraliser nos résultats à l'ensemble des cliniciens en psychiatrie. Par ailleurs, il nous est difficile de conclure sur l'opérationnalisation des compétences puisque la moitié des cliniciens de notre échantillon n'a à ce jour pas pu mettre en œuvre l'intervention groupale, pour des raisons d'organisation interne à leur établissement, et des changements de postes pour certains binômes qui ont changé de services. En outre, notre outil pour l'évaluation du sentiment d'efficacité nécessiterait une étude afin de vérifier ses qualités psychométriques. Enfin, des effets non négligeables des binômes psychiatres/psychologues pour mener ce type d'intervention, même si nous n'avons pas pu le contrôler à ce stade de notre étude, seraient à envisager, afin d'en apprécier les résultats pour ce type d'intervention et de soins en psychiatrie.

Pour finir, à l'heure actuelle, les premiers résultats issus de cette étude réalisée auprès de 38 sujets souffrant de schizophrénie avec des HAVs ont montré qu'à l'issue de ce programme, et six semaines après l'intervention, les patients présentaient de manière significative une baisse de l'intensité des HAVs, une diminution de la dépression, de l'anxiété, des croyances de malveillance à l'égard des voix. En outre, les patients ont présenté significativement une meilleure acceptation des voix et un coping plus efficace pour y faire

face [10]. L'étude à ce jour continue, et les résultats définitifs sur les effets de l'intervention sur les HAVs des patients à six mois et un an après l'intervention seront exploitables en 2020.

5. Conclusion

Nous pouvons dire qu'une formation de trois jours pour amener les cliniciens à animer un groupe pour l'aide à la gestion des HAVs semble efficace, et améliore significativement leur sentiment d'efficacité pour aider leur patient à faire face aux HAVs, que ce soit en situation groupale mais aussi en suivi individuel. En outre, notre formation présenterait des avantages pour faire évoluer en compétences les cliniciens dans leur pratique pour l'aide à la gestion des HAVs, mais aussi pour aborder les troubles psychotiques de manière plus globale, qu'ils aient ou non une formation en TCC. Ce point est important si l'on considère le faible niveau de développement des TCCp en France [11] et l'insatisfaction importante des cliniciens, notamment des internes en médecine, concernant leur formation à la psychothérapie lors de leur formation initiale [20, 21]. Notre formation pourrait, dans ce cas, représenter une possibilité de compenser ce type de carence dans la pratique des cliniciens en psychiatrie, et représenterait ici la possibilité d'acquérir rapidement des compétences en TCCp pour la pratique en santé mentale. Elle viendrait, en outre, faire évoluer de manière spécifique la pratique des psychologues amenés à accompagner les patients souffrant de troubles psychiatriques avec des HAVs.

Conflit d'intérêt : aucun

Remerciements à l'AFTCC « Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive » et de la FERREPSY « Fédération de Recherche en Psychiatrie Occitanie » qui ont offert leur soutien logistique et financier à cette recherche.

Références

- [1] Amador XF. Comment faire accepter son traitement au malade: schizophrénie et troubles bipolaires: guide pratique à l'intention des familles et des thérapeutes. Retz; 2007.
- [2] Bandura A. Auto efficacité: le sentiment d'efficacité personnelle. Liège: Boeck; 2002.
- [3] Chadwick P, Birchwood MJ, Trower P. Thérapie cognitive des troubles psychotiques. Mont-Royal, Québec: Décarie; 2003.

- [4] Chadwick P, Hughes S, Russell D, Russell I, Dagnan D. Mindfulness Groups for Distressing Voices and Paranoia: A Replication and Randomized Feasibility Trial. *Behav Cogn Psychother* 2009;37:403.
- [5] Evrard R, Le Malefan P. Que changent les «entendeurs de voix» à l'écoute des hallucinations ? I. Genèse d'un mouvement. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2013;171:623–8.
- [6] Foucaud J, Bury JA, Balcou-Debussche M, Eymard C. Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation. 2010.
- [7] Gérard FM. L'évaluation de l'efficacité d'une formation. *Recherches et publications en management ABSL*; 2003.
- [8] Horvath AO, Del Re A, Flückiger C, Symonds D. Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy* 2011;48:9.
- [9] Kingdon DG, Turkington D. Thérapie cognitive de la schizophrénie: une thérapie par le dialogue et l'écoute du sujet. De Boeck; 2011.
- [10] Langlois T, Sanchez-Rodriguez R, Bourcier A, Lamy P, Callahan S, Lecomte T (2019). Effectiveness of the groupe intervention "Accept Voices" based on psychoeducation and 3rd wave CBTs for the management of verbal auditory hallucinations. Article soumis pour publication.
- [11] Lecardeur L. Thérapies cognitives et comportementales après les premiers épisodes psychotiques. *L'Encéphale* 2013;39:S115–20.
- [12] Lecomte T, Leclerc C. Implementing cognitive behaviour therapy for psychosis. *CBT Psychos Symptom-Based Approach* 2013:144–58.
- [13] Lecomte T, Leclerc C, Wykes T, Nicole L, Abdel Baki A. Understanding process in group cognitive behaviour therapy for psychosis. *Psychol Psychother Theory Res Pract* 2015;88:163–77.
- [14] Martin PJ. Hearing voices and listening to those that hear them. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2000;7:135–41.
- [15] Ouellet G. *Statistiques. Théorie, exemples, problèmes*. Sainte-Foy (Québec): Le Griffon d'argile. 1985.
- [16] Perrault B, Brassart D-G, Dubus A. Le sentiment d'efficacité personnelle comme indicateur de l'efficacité d'une formation. Une application à l'évaluation de la formation des enseignants 2010.

- [17] Piccoli G, Ahmad R, Ives B. Web-Based Virtual Learning Environments: A Research Framework and a Preliminary Assessment of Effectiveness in Basic IT Skills Training. *MIS Q* 2001;25:401.
- [18] Romano JL. School Personnel Prevention Training: A Measure of Self-Efficacy. *J Educ Res* 1996;90:57–63.
- [19] Romme MAJ, Escher ADMAC. Hearing Voices. *Schizophr Bull* 1989;15:209–16.
- [20] Van Effenterre A, Azoulay M, Champion F, Briffault X. La formation aux psychothérapies des internes de psychiatrie en France : résultats d’une enquête nationale. *L’Encéphale* 2013;39:155–64.
- [21] Van Effenterre A, Azoulay M, Briffault X, Dezetter A, Champion F. La formation aux psychothérapies des internes en psychiatrie en France : résultats d’une analyse qualitative. *Santé Ment Au Qué* 2015;40:201.
- [22] Wass V, Van der Vleuten C, Shatzer J, Jones R. Assessment of clinical competence. *The Lancet* 2001;357:945–9.
- [23] Wykes T, Parr AM, Landau S. Group treatment of auditory hallucinations. Exploratory study of effectiveness. *Br J Psychiatry* 1999;175:180–5.
- [24] Wykes T. Psychological treatment for voices in psychosis. *Cognit Neuropsychiatry* 2004;9:25–41.

Tableau 1 : Description du programme Accept Voices©

Titres et thèmes des séances	Durée des séances	Outils utilisés
<p>Séance 1 : « Connaître les voix » Thèmes : Partager le vécu et les représentations sur les voix Formuler sa propre explication sur les voix</p>	1h30	<ul style="list-style-type: none"> - Échanges entre participants avec les thérapeutes sur les voix - Psychoéducation sur les voix - Exercice de description phénoménologique de son vécu des voix - Exercice de formulation de sa propre explication sur les voix
<p>Séance 2 : « Mes stratégies pour gérer mes voix » Thèmes : Comprendre l'apparition des voix selon les modèles de « stress-vulnérabilité » et de la « conscience de Soi » Apprendre à accueillir l'instant présent Repérer ses émotions associées aux Voix Identifier ses stratégies spontanées et les partager</p>	1h30	<ul style="list-style-type: none"> - Psychoéducation sur les modèles Stress-vulnérabilité et de la conscience de soi lors de l'apparition des voix - Exercices de pleine conscience - Exercices d'identification des émotions associées aux voix - Exercices d'identification des stratégies personnelles pour gérer les voix
<p>Séance 3 : « Je découvre d'autres stratégies 1 » Thèmes : S'approprier des stratégies fréquemment utilisées pour gérer les voix. Découvrir et apprendre à utiliser des stratégies de gestion émotionnelle et d'acceptation fréquemment utilisées. Réduire le degré de conviction et de préoccupations associées aux croyances délirantes par la découverte et le mise en place de ces stratégies.</p>	1h	<ul style="list-style-type: none"> - Exercices comportementaux pour développer de nouvelles stratégies de gestion des voix - Exercices de pleine conscience - Exercices d'acceptation de type 3^{ème} vague pour favoriser l'acceptation des voix - Discussion sur le choix et l'utilité des stratégies des participants
<p>Séance 4 : « Je découvre d'autres stratégies 2 » Thèmes : Renforcer l'emploi des stratégies fréquemment utilisées pour gérer les voix. Découvrir et apprendre à utiliser des stratégies de gestion émotionnelle et d'acceptation fréquemment utilisées. Réduire le degré de conviction et de préoccupations associées aux croyances délirantes par la découverte et le mise en place de ces stratégies.</p>	1h	<ul style="list-style-type: none"> - Exercices comportementaux pour développer de nouvelles stratégies de gestion des voix - Exercices de pleine conscience - Exercices d'acceptation de type 3^{ème} vague pour favoriser l'acceptation des voix - Discussion sur le choix et l'utilité des stratégies des participants
<p>Séance 5 : « Médication et hygiène de vie » Thèmes : Comment agissent les traitements sur les voix ? Les habitudes de vie qui peuvent influencer l'apparition des voix Les substances et produits qui peuvent influencer l'apparition des voix.</p>	1h30	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des exercices de pleine conscience et d'acceptation - Psychoéducation sur les traitements médicamenteux et leurs effets au niveau neurobiologique - Exercices d'identification de ses habitudes comportementales pouvant influencer sur les voix - Exercices d'identification et de modification de ses habitudes de consommation de substance et produits pouvant influencer sur les voix
<p>Séance 6 : « Parler de mes voix et s'engager des projets » Thèmes : Apprendre à parler de ses voix et limiter l'isolement Identifier une ou des personnes ressources pour échanger sur ses voix Connaître les réseaux d'entraide pour parler et ou partager son expérience sur les voix Identifier ses valeurs et choisir une action pour aller dans le sens de ce qui est important pour soi</p>	1h30	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des exercices de pleine conscience et d'acceptation - Psychoéducation sur la nécessité de parler de ses voix et sur l'identification des personnes ressources pour aborder les voix - Exercices pour initier et favoriser l'échange sur les voix - Exercices d'identification de ses valeurs et mise en œuvre d'actions concrètes pour aller dans le sens de ce qui est important pour soi.

Tableau 2 : Nombre de thérapeutes formés à la méthode Accept Voices© avec formation en TCC et expertise en TCCp.

	Effectif	Absence de formation TCC	Formation initiale TCC	Formation en TCCp
Thérapeutes formés à la méthode	23	30%	70%	39%
Thérapeutes formés à la méthode et ayant mis en place le protocole	12	25%	75%	50%

Table 1: Number of therapists trained in the Accept Voices© method with CBT training and expertise in CBT.

	Number	Lack of CBT training	Initial training TCC	Training in CBTp
Therapists trained in the method	23	30%	70%	39%
Therapists trained in the method and having implemented the protocol	12	25%	75%	50%

Tableau 3 : sentiments d'efficacité chez les cliniciens avant et après la formation pour soutenir en groupe les patients à gérer leurs voix

	Avant la formation (n=23)		Après la formation (n=23)		
	M (ET)	% hétérogénéité	M (ET)	% hétérogénéité	% apprentissage
1. Explorer avec eux leurs vécus hallucinatoires	60.40 (24.7)	40.9	82.2* (12.4)	15.1†	55.1
2. Comprendre avec eux le contenu de leurs hallucinations auditives	55.40 (27.5)	49.6	79.3* (12.5)	15.7†	53.6
3. Leur donner des explications sur l'origine de leurs voix	51.30 (27.3)	53.2	78.9* (12.8)	16.2†	56.7
4. Les soutenir quand ils me parlent de leurs voix négatives	55.90 (23.4)	41.9	78.0* (15.1)	19.4†	50.1
5. Les accompagner quand ils me parlent de leurs voix positives	55.40 (23.4)	42.2	80.0* (15.1)	18.8†	55.2
6. Leur transmettre des stratégies pour faire face à leurs voix négatives	46.70 (24.8)	52.9	78.3* (13.7)	17.5†	59.3
7. Leur transmettre des stratégies pour faire face à leurs voix positives	47.40 (26.9)	56.9	80.0* (14.1)	17.7†	62.0
8. Les aider à trouver de l'aide hors parcours de soin pour surmonter leurs hallucinations auditives	30.40 (29.9)	98.2	62.6* (27.1)	43.3	46.3
9. Les guider pour qu'ils puissent parler à leur entourage de leurs voix	42.80 (26.7)	62.3	76.3* (13.8)	18.1†	58.6

*P < 0.05%

† Le coefficient de variation est considéré comme bon si le taux d'homogénéité des réponses est compris entre 15 et 20

Table 2: Clinicians' self-efficacy before and after training to support patients in groups to manage their voices

	Before Training (n=23)		After Training (n=23)		
	M (SD)	% heterogeneity	M (SD)	% heterogeneity	% of learning
1. Explore with them their hallucinatory experiences	60.40 (24.7)	40.9	82.2* (12.4)	15.1†	55.1
2. Understand with them the content of their auditory hallucinations	55.40 (27.5)	49.6	79.3* (12.5)	15.7†	53.6
3. Explain to them the origin of their voices	51.30 (27.3)	53.2	78.9* (12.8)	16.2†	56.7
4. Support them when they talk to me about their negative voices	55.90 (23.4)	41.9	78.0* (15.1)	19.4†	50.1
5. Support them when they speak to me with their positive voices	55.40 (23.4)	42.2	80.0* (15.1)	18.8†	55.2
6. Provide them with strategies to deal with their negative voices	46.70 (24.8)	52.9	78.3* (13.7)	17.5†	59.3
7. Provide them with strategies to deal with their positive voices	47.40 (26.9)	56.9	80.0* (14.1)	17.7†	62.0
8. Help them find off-course help to overcome their auditory hallucinations	30.40 (29.9)	98.2	62.6* (27.1)	43.3	46.3
9. Guide them so that they can speak to their surroundings with their voices	42.80 (26.7)	62.3	76.3* (13.8)	18.1†	58.6

*P < 0.05%

† The coefficient of variation is considered good if the homogeneity rate of the responses is between 15 and 20

Tableau 4 : sentiments d'efficacité chez les cliniciens avant et après la formation pour soutenir en individuel les patients à gérer leurs voix

	Avant la formation (n=23)		Après la formation (n=23)		
	M (ET)	% d'hétérogénéité	M (ET)	% hétérogénéité	% apprentissage
1. Avoir une qualité d'écoute suffisante quand il me parle de ses voix	75.2 (17.4)	23.2	84.3* (12.1)	14.3†	36.7
2. Formuler avec lui de nouvelles explications de ses phénomènes hallucinatoires	63.0 (20.1)	32.0	82.2* (10.2)	12.4††	51.9
3. Le suivre sur le long cours (plusieurs semaines) pour discuter ensemble de ses voix	63.0 (22.7)	36.1	82.4* (12,0)	14.5†	52.4
4. L'aider à acquérir des stratégies pour gérer la détresse liée à ses voix	54.1 (24,0)	44.3	78.5* (14.4)	18.4†	53.2
5. Le guider pour qu'il puisse parler à son entourage de ses voix	50.2 (25.8)	51.3	80.0* (12.1)	15.1†	59.8
6. L'accompagner pour qu'il puisse trouver des ressources hors parcours de soins classiques	37.0 (28.3)	76.6	68.0* (21.3)	31.3	49.2

P < 0.05%

Le coefficient de variation est considéré comme :

† bon si le taux d'homogénéité des réponses est compris entre 15 et 20

†† très bon si le taux d'hétérogénéité < 15

Table 3: Clinicians' self-efficacy before and after training to individually support patients in managing their voices

	Before Training (n=23)		After training (n=23)		
	M (SD)	% of heterogeneity	M (SD)	% of heterogeneity	% of learning
1. Have sufficient listening quality when he speaks to me with his voices	75.2 (17.4)	23.2	84.3* (12.1)	14.3†	36.7
2. Formulate with him/her new explanations of his hallucinatory phenomena	63.0 (20.1)	32.0	82.2* (10.2)	12.4††	51.9
3. Follow him on the long course (several weeks) to discuss together his voices	63.0 (22.7)	36.1	82.4* (12,0)	14.5†	52.4
4. Help him/her acquire strategies to manage distress related to his/her voices	54.1 (24,0)	44.3	78.5* (14.4)	18.4†	53.2
5. Guide him/her so that he can speak to his surroundings with his voices	50.2 (25.8)	51.3	80.0* (12.1)	15.1†	59.8
6. Support him so that he can find resources outside the traditional care pathway	37.0 (28.3)	76.6	68.0* (21.3)	31.3	49.2

P < 0.05%

The coefficient of variation is considered as:

† good if the homogeneity rate of responses is between 15 and 20

†† very good if the heterogeneity rate < 15