



Association d'entraide pour les personnes ayant  
un trouble obsessionnel compulsif · Genève

## **Présentation de la Fondation vivaMente et de son projet**

**Semaine de la santé mentale – Genève, 08.10.2025**



## **Projet : “Une nouvelle approche intensive et structurée en TCC pour le TOC”**

**Semaine de la santé mentale – Genève, 08.10.2025**

# Qu'est-ce que le TOC?

- **Obsession** : pensée intrusive involontaire, répétitive et angoissante
- **Compulsion (rituel)**: acte visant à neutraliser l'obsession
- **Évitement**: la personne évite les situations qui pourraient déclencher un TOC

# Prise en charge actuelle du TOC en Suisse

- **Choix thérapeutiques polarisés**
  - **Traitement ambulatoire de 1-2h/semaine**
  - **Hospitalisation stationnaire pour gestion de crise**
  - **Pas de niveaux intermédiaires de soins**
- **Prise en charge des jeunes jusqu'à 25 ans : particulièrement problématique**

# La Fondation vivaMente

- **Créée à Genève en 2022**
- **À but non lucratif et reconnue d'utilité publique**
- **Les membres du Conseil :**
  - Paola Tedeschi, fondatrice – Présidente
  - Marcello Tedeschi, fondateur – Vice-président
  - Pr Guido Bondolfi, médecin psychiatre – Membre
  - Dr Julien Elowe, médecin psychiatre – Membre
  - Sigrid Malandain, psychologue – Membre

# **La Fondation vivaMente : notre mission**

- **Introduction à Genève (et plus tard en Suisse) du même programme thérapeutique intensif spécifique – en régime d’hôpital de jour – suivi aux États-Unis par le fils des fondateurs et bien connu depuis 20 ans pour la prise en charge d’enfants, adolescents et adultes souffrant de TOC sévère et résistant, n’ayant pas répondu aux modèles traditionnels de traitement ambulatoire.**
- **Projet réalisé en collaboration avec Eric A. Storch (créateur du programme) et RBH (Rethinking Behavioral Health, Houston, Texas).**
- **En partenariat avec le CCEAF (Centre de Consultations Enfants Adolescents et Familles) de Genève.**

# La Fondation vivaMente : notre programme

- Programme intensif en régime d'hôpital de jour

- PHP (Partial Hospitalization Program) : 6h de thérapie/jour, 5 jours/semaine, 6-8 semaines
- IOP (Intensive Outpatient Program) : 3h de thérapie/jour, 5 jours/semaine, 6-8 semaines

- Qu'est-ce qui fait la différence dans ce type de programme ?

**TCC** : approche qui aide à identifier et modifier les pensées négatives et les comportements problématiques, en se concentrant sur le présent pour améliorer l'état émotionnel. Méthode collaborative et axée sur des solutions, où le patient apprend des stratégies pratiques pour se sentir mieux au quotidien.

**EPR** : forme de TCC consistant à s'exposer volontairement aux situations ou pensées déclenchant de l'anxiété (exposition) tout en s'abstenant de réaliser les rituels compulsifs habituels qui soulageraient temporairement l'anxiété.

La **TCC avec EPR** est la thérapie de choix pour traiter le TOC, MAIS elle n'est efficace que si elle est administrée selon un protocole précis et spécifique.

# Critères pour une TCC avec EPR efficace

- Le cadre : hôpital de jour
- La quantité : 3-6h de psychothérapie/jour, 5 jours/semaine, 6-8 semaines
- La qualité :
  - un protocole strict, intensif, structuré, cohérent, personnalisé
  - des thérapeutes avec un niveau de compétences très élevé
- L'implication des proches :
  - une participation à 100% au parcours thérapeutique (*cheerleaders*)
  - une psychoéducation ciblée et approfondie

# Daily Schedule



OCD and Anxiety Disorders Services:

## Partial Hospitalization Program Child and Adolescent

Child/Adolescent Schedule:

	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday
8:00 – 9:00	Education Group				
9:00- 11:00	Cognitive - Behavioral Therapy				
11:00- 12:00	Experiential Therapy	Cognitive-Behavioral Therapy	Cognitive-Behavioral Therapy	Experiential Therapy	Cognitive-Behavioral Therapy
12:00 – 12:30	Lunch				
12:30- 2:30	Cognitive-Behavioral Therapy	Cognitive-Behavioral Therapy group	Cognitive-Behavioral Therapy	Cognitive-Behavioral Therapy	Social Work Group
		Cognitive-Behavioral Therapy	Cognitive-Behavioral Therapy		Parent University

*This schedule is subject to change without prior notification.*

**Please note:** Individual sessions with the physician and other team members are scheduled separately. Family sessions are scheduled throughout the course of care as needed.

Child/Adolescent staff: Lacey Tucker– Behavioral Specialist  
 Brittany - Mental Health Professional  
 Danielle -Experiential Therapist  
 Kaitlyn -Social Worker  
 Caroline and Tanya -Nurse  
 Dr. Ramos -Psychiatrist  
 Dr. Josh -Clinical Director  
 Dr. Tan – Clinical Supervisor and Psychologist

# Journée-type d'un programme PHP

- Premier jour

- **Check-in**
- **Attribution de la chambre**
- **Première rencontre avec les psychothérapeutes**
- **Bilan initial (diagnostic, sévérité du TOC)**
- **Élaboration d'une hiérarchie des TOC**
- **Début du traitement thérapeutique**

# Clinical assessment

The following statements refer to experiences that many people have in their everyday lives. Circle the number that best describes **HOW MUCH** that experience has **DISTRESSED or BOTHERED you during the PAST MONTH**. The numbers refer to the following verbal labels:

	0 Not at all	1 A little	2 Moderately	3 A lot	4 Extremely
1. I have saved up so many things that they get in the way.	0	1	2	3	4
2. I check things more often than necessary.	0	1	2	3	4
3. I get upset if objects are not arranged properly.	0	1	2	3	4
4. I feel compelled to count while I am doing things.	0	1	2	3	4
5. I find it difficult to touch an object when I know it has been touched by strangers or certain people.	0	1	2	3	4
6. I find it difficult to control my own thoughts.	0	1	2	3	4
7. I collect things I don't need.	0	1	2	3	4
8. I repeatedly check doors, windows, drawers, etc.	0	1	2	3	4
9. I get upset if others change the way I have arranged things.	0	1	2	3	4
10. I feel I have to repeat certain numbers.	0	1	2	3	4
11. I sometimes have to wash or clean myself simply because I feel contaminated.	0	1	2	3	4
12. I am upset by unpleasant thoughts that come into my mind against my will.	0	1	2	3	4
13. I avoid throwing things away because I am afraid I might need them later.	0	1	2	3	4
14. I repeatedly check gas and water taps and light switches after turning them off.	0	1	2	3	4
15. I need things to be arranged in a particular way.	0	1	2	3	4
16. I feel that there are good and bad numbers.	0	1	2	3	4
17. I wash my hands more often and longer than necessary.	0	1	2	3	4
18. I frequently get nasty thoughts and have difficulty in getting rid of them.	0	1	2	3	4

# Clinical assessment

Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## Y-BOCS SYMPTOM CHECKLIST (9/89)

Check all that apply, but clearly mark the principal symptoms with a "P".  
(Rater must ascertain whether reported behaviors are bona fide symptoms of OCD, and not symptoms of another disorder such as Simple Phobia or Hypochondriasis. Items marked "\*" may or may not be OCD phenomena.)

Current

Past

### AGGRESSIVE OBSESSIONS

- |       |       |  |
|-------|-------|--|
| _____ | _____ | Fear might harm self   |
| _____ | _____ | Fear might harm others   |
| _____ | _____ | Violent or horrific images   |
| _____ | _____ | Fear of blurting out obscenities or insults  |
| _____ | _____ | Fear of doing something else embarrassing *  |
| _____ | _____ | Fear will act on unwanted impulses (e.g. to stab friend)                             |
| _____ | _____ | Fear will steal things*  |
| _____ | _____ | Fear will harm others because not careful enough (e.g. hit/run MVA)                  |
| _____ | _____ | Fear will be responsible for something else terrible happening (e.g. fire, burglary) |
| _____ | _____ | Other _____  |

**Current:** Symptom experienced within 30 days  
**Past:** Symptom experienced 31 days or longer ago

### CONTAMINATION OBSESSIONS

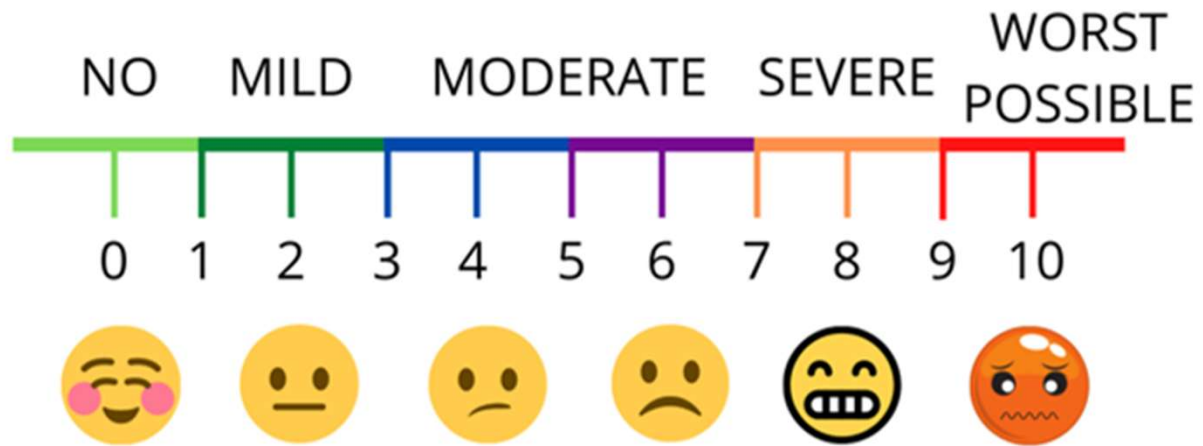
Concerns or disgust with bodily waste or secretions (e.g. urine, feces, saliva)

# Anxiety Rating Scale



0	1	2	3	4	5	6	7
HAVE TO RESIST				TRY AS HARD AS POSSIBLE TO RESIST			
Low Anxiety and Urge to Ritualize				Medium Anxiety and Urge to Ritualize		High Anxiety and Urge to Ritualize	
Calm  No anxiety  No urge to ritualize at all	"It bothers me." "Don't want to do it but know it will be easier than I think."  A few urges to ritualize	Anxiety is bothersome, yet manageable  A little bit harder to resist urges but can still do it	Difficult to resist urges "Wish I didn't have to do it, but can do it. Glad when it's over!" Come close to ritualizing but can still resist	Challenging Unsure if able to resist ritualizing Very hard to resist urges to ritualize	Challenging Extremely hard to resist urges to ritualize Start feeling symptoms of panic	Near panic	Panicking  Fear of dying
<b>Example:</b> Going to the dentist	A few weeks before appointment thinking about not wanting to go, but not worried, really.	Dreading going. Really don't want to, but know it will be okay if I go.	Thinking about "faking being sick." Trying to make excuses. Go to it, but am glad when it's over.	Can't imagine making it through the appointment. Think about leaving in the middle of the appointment. Strong relief when I make it.	Don't know if I can make it. Feel some panic symptoms starting.	Refuse to go. Feeling panicky.	PANIC! Fear of dying if I go.

# Clinical assessment : SUDS



# Journée-type d'un programme PHP

- À partir du deuxième jour

08h00-09h00

- Moment consacré aux devoirs/rattrapage scolaire (si besoin, pas obligatoire)

09h00-11h00

- Check-in
- Avec son psychothérapeute, mise en place du programme d'exercices de la journée
- TCC/EPR personnalisée accompagnée par le/la psychothérapeute et par les proches

11h00-12h00

- Thérapie de groupe dans une salle commune

# Journée-type d'un programme PHP

- À partir du deuxième jour

12h00-13h00

- Repas en commun obligatoire

13h00-15h00

- TCC/EPR personnalisée accompagnée par le/la psychothérapeute et par les proches

15h00-15h30

- Check out
- Bilan de la journée
- Attribution des devoirs à domicile pour le lendemain – à effectuer avec l'accompagnement des proches

# Journée-type d'un programme PHP

- À partir du deuxième jour

15h30-08h00

- TCC/EPR à domicile selon programme établi avec le/la psychothérapeute et accompagnée par ses proches

09h00

- Check-in
- Compte-rendu et bilan avec le/la psychothérapeute du déroulement de la soirée et de la nuit, ainsi que des exercices effectués à domicile
- Mise en place des exercices pour la journée

# Homework assignments

## Homework Assignments

Date: 7/13/18

1. Write on churches pictures
2. Do hebrew
3. search about clinics that do hypnosis studies
4. Wear the pictures
5. Bands
6. \_\_\_\_\_
7. Track anxiety for yesterday
8. pictures of churches ✓
9. eye contact with staff ✓
10. Newton walls + triggering words #4 (Patricia) ✓
11. Say to staff that I think to go to hypnosis clinic #5
12. Posting #6 ✓
13. see the satanic room?
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_

- Please indicate and record on group target exposure form any exercises that require additional repetition in group.
- Remember to complete your Group Target Exposure Form prior to group.

# Journée-type d'un programme PHP

- Au planning de base, il faut ajouter
  - Des contrôles réguliers de ses paramètres physiques (tension, rythme cardiaque)
  - 1h de thérapie familiale par semaine
  - 30min/1h de séance par semaine avec le/la psychiatre (médicaments)
  - 1 après-midi par semaine de psychoéducation/formation pour les proches
  - Des bilans intermédiaires complets toutes les 2 semaines

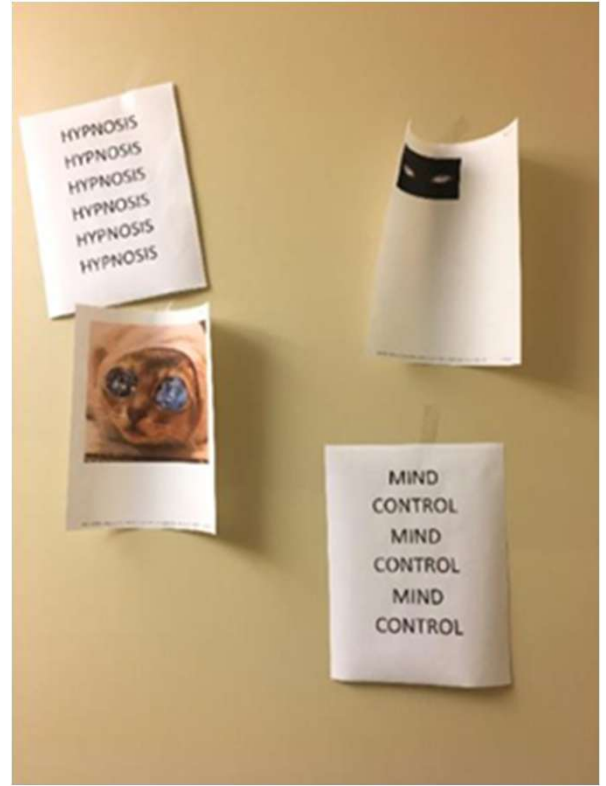
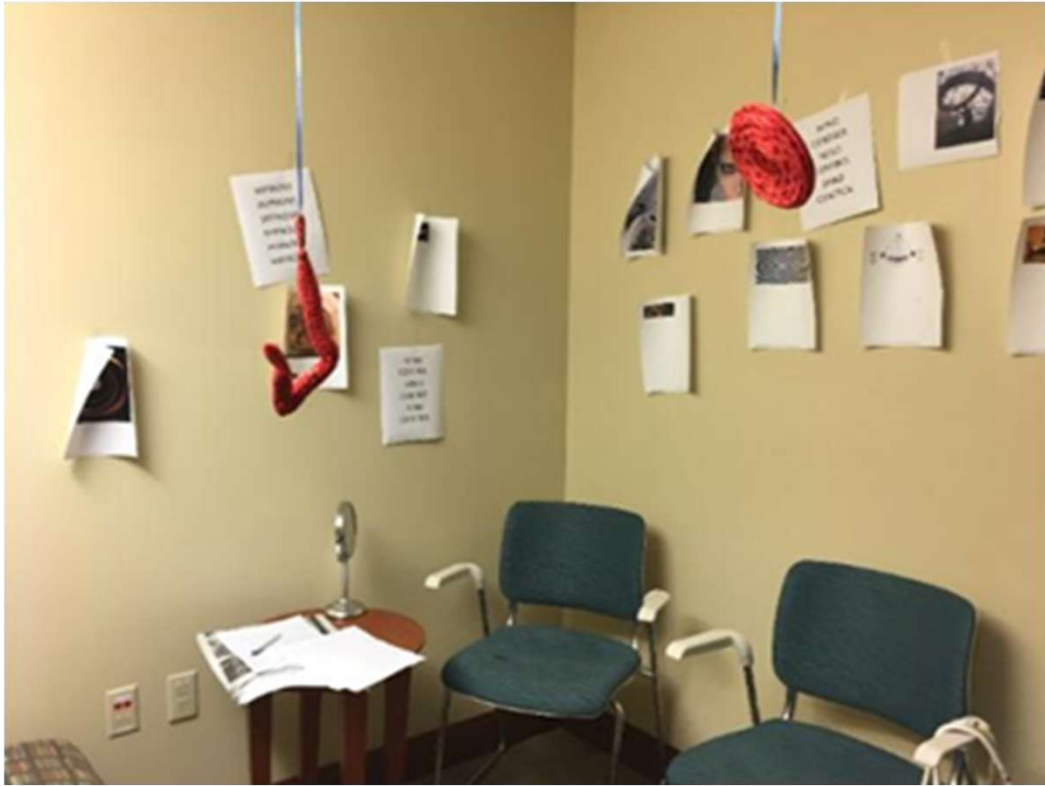
# Mise en place des EPR

- **Partout dans la clinique et aussi à l'extérieur**
- **Approche ludique**
- **Approche motivante (reconnaissance et félicitations à chaque étape franchie)**
- **Exemples concrets : Maddie et sa feuille de mathématiques  
Vittorio et sa recherche sur l'hypnose**

# Résultats envisagés pour ce traitement

- **Acquisition d'outils fondamentaux pour la gestion du TOC**
- **Nette amélioration de la qualité de vie du patient et de son fonctionnement au quotidien**
- **Possibilité concrète d'éliminer, dans un délai de 12-24 mois, le médicament, dont la prise – sans traitement adapté - est souvent prévue à vie**









# Final assessment

OCRD Program:  IOP  PHP *DiC Dak: 8/17/18.*

## ASSESSMENT SCORES

	ADMIT 7/3	7/16	8/3	8/17		
CASI	37	38	33	31		
CYBOCS	33	28	16	17		
PROMIS	56.6	51.9	43.2	47.4		
SCARED	43	40	26	28		
PQ-LES-Q				51.43		
SDS	25			13		
PSWQC	42			22		
IUSC	106			83		
LSAS-CA	59	57	40	39		
CGI						

**CY-BOCS: OCD SYMPTOMS.**  
 0-7 Subclinical 24-31 Severe  
 8-15 Mild 32-40 Extreme  
 16-23 Moderate

**CASI: HOW HIS ANX MAKES HIM FEEL**  
 Scores range from 18-54 **PHYSICALLY.**

**PQ-LES-Q: QUALITY OF LIFE.**  
 \*higher the better

**PROMIS: MOOD**  
 Refer to table for T-score  
 Less than 55 = None to slight  
 55-59.9 = Mild  
 60-69.9 = Moderate  
 70+ = Severe

**SNAP-IV:**  
 Inattentive: #1-9  
 Hyperactive: #10-18

**SCARED: significant if...** **SEPARATION ANX**  
 Total ≥ 25 SP ≥ 5 **AVOIDANCE FEAR**  
 PN ≥ 7 SC ≥ 8 **IN SCHOOL +**  
 GD ≥ 9 SH ≥ 3 **INTERACTIONS IN**  
**PEERS.**

**LSAS-CA: AVOIDANCE, FEAR.**  
 Need 29.5+ to consider significant

**SDS: DAILY FUNCTIONING: HOW ANX IMPACTS THEM**  
 0-3 Mild 4-8 Moderate 9-10 Extreme

**IUSC: FEELING OF UNCERTAINTY.**  
 27-54 Mild 55-108 Moderate 109-135 Severe

**PSWQC: WORRY**  
 Scores range from 14-70

# Études scientifiques

Journal of Anxiety Disorders 69 (2020) 102151



Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

Journal of Anxiety Disorders

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/janxdis](http://www.elsevier.com/locate/janxdis)



## Cost-Effectiveness of Treatment Alternatives for Treatment-Refractory Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder



Sean T. Gregory<sup>a,b,\*</sup>, Brian Kay<sup>c</sup>, Bradley C. Riemann<sup>c</sup>, Wayne K. Goodman<sup>b</sup>, Eric A. Storch<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Department of Politics & International Affairs, College of Social and Behavioral Sciences, Northern Arizona University, Flagstaff, AZ, United States

<sup>b</sup> Menninger Department of Psychiatry & Behavioral Sciences, Baylor College of Medicine, Houston, TX, United States

<sup>c</sup> Rogers Memorial Hospital, Oconomowoc, WI, United States

### ARTICLE INFO

#### Keywords

Obsessive-Compulsive Disorder  
Cost-Effectiveness  
Cognitive Behavioral Therapy  
Antidepressant Medication  
Treatment-refractory

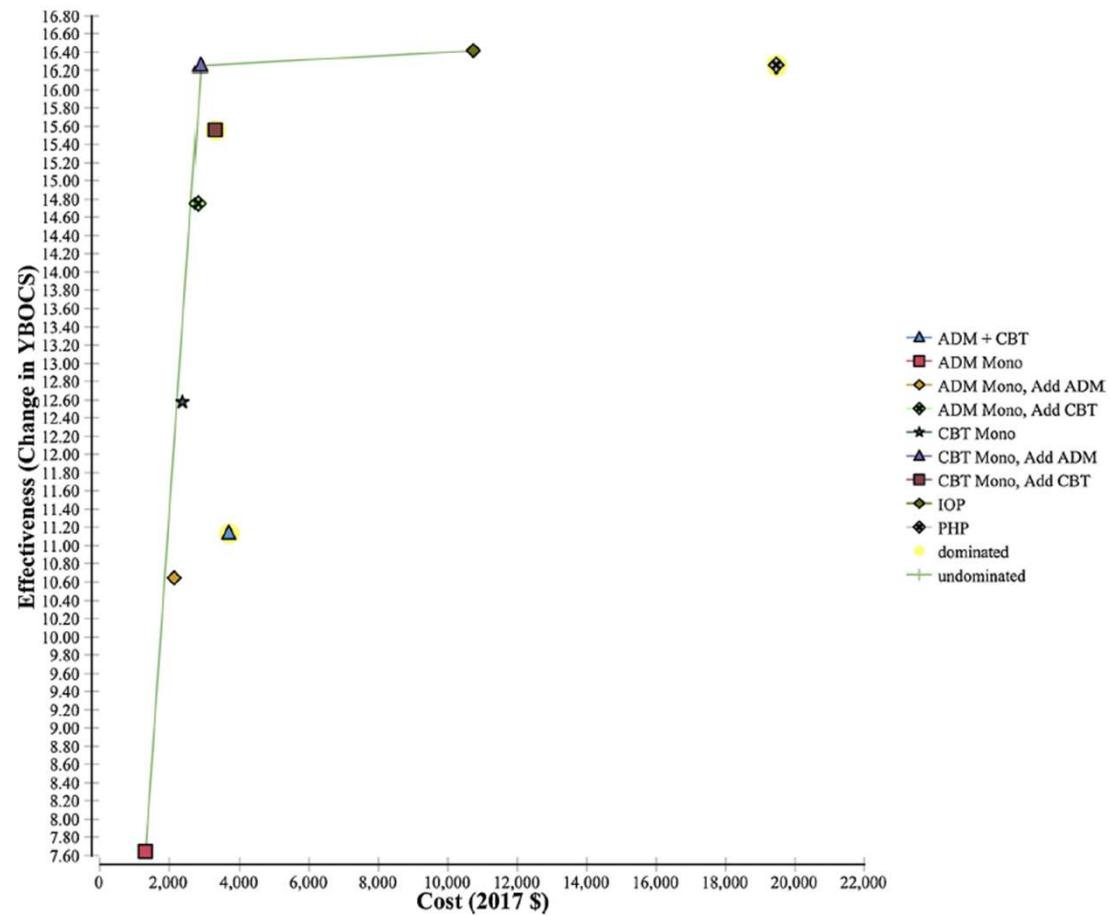
### ABSTRACT

**Purpose:** Current guidelines for first-line treatment of childhood OCD are cognitive-behavioral therapy (CBT) utilizing exposure and response prevention (ERP), and/or antidepressant (ADM) pharmacotherapy, specifically serotonin reuptake inhibitors (SRI). Given that first-line are relatively similar in terms of clinical effectiveness, the role of costs to provide such services may help influence treatment decisions. In the case of treatment refractory pediatric OCD, this cost-effectiveness analysis (CEA) aims to further evaluate two additional, higher intensity combination therapies, namely OCD-specific Intensive Outpatient (IOP) and Partial Hospitalization Programs (PHP), to determine the additional benefits, in terms of effectiveness, that may result, and the corresponding increase in costs for these higher-intensity courses of therapy.

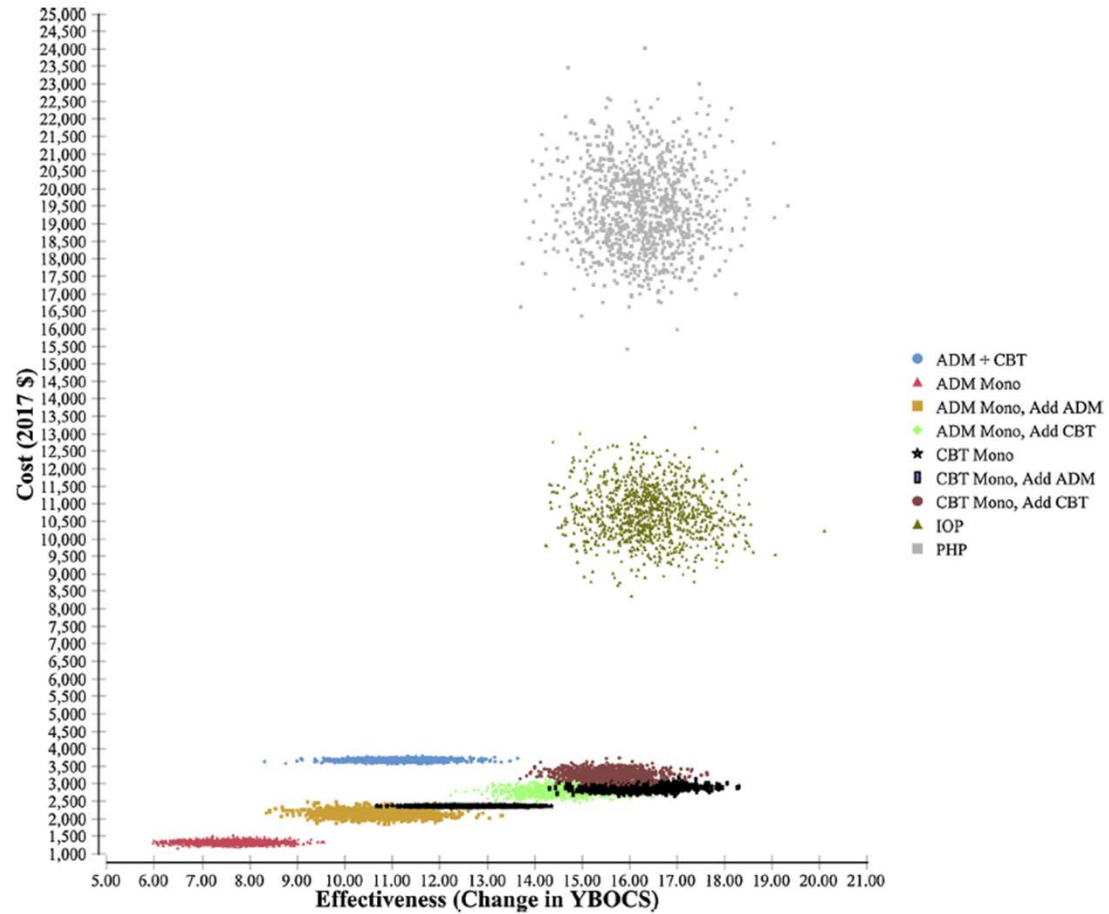
**Results:** IOP was the most cost-effective strategy in terms of change in CY-BOCS, pre/post treatment, equal to 16.42 units, followed by PHP and CBT monotherapy augmented with ADM CBT-monotherapy augmented with additional CBT and ADM-only augmented with CBT followed closely with 15.56 and 14.75 unit improvements in CY-BOCS. IOP accomplished its superior cost-effectiveness with an Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER), of \$48,834, lower than either of the established willingness to Pay thresholds.

**Conclusions:** Lack of access to high fidelity, high dose CBT paired with pharmacotherapy is an issue for OCD patients and families. Among youth who were treatment non-responsive, these results indicate the superiority of a high dosage CBT strategy, indicating the need to increase access to these treatments.

# Études scientifiques



# Études scientifiques



# Un projet en 3 étapes

- **Formation de niveau 1**
  - Introduction à la méthode pour les professionnel.le.s de la santé mentale
  - 1 journée en présentiel à Genève
  - 15 thérapeutes formé.e.s
  - Effectuée le 14 février 2023
- **Formation de niveau 2**
  - Formation avancée et continue
  - 4 jours en présentiel à Genève + 6 mois de supervisions à distance
  - 24 thérapeutes en formation
  - 2 septembre 2025 – 31 mars 2026
- **Projet pilote**
  - Jeunes et adultes
  - Été 2026

# Objectifs

- **Introduire à Genève (et en général en Suisse) ce type de programme**
- **Combler un vide thérapeutique important**
- **Future reconnaissance du programme de la part des assurances maladie**
  - **Changement du paradigme de prise en charge du TOC en Suisse**

# **Nous souhaitons remercier :**

- **Eric Storch et Benjamin Chang (RBH Houston), qui nous permettent de profiter d'un groupe de professionnel.le.s extraordinaires (Jordan Stiede, Caleb Lack, Rebecca Hamblin et Marni Jacob)**
- **Magali Voléry et Eric Ferrand, directeurs du CCEAF (notre Centre partenaire)**
- **Guido Bondolfi, Julien Elowe et Sigrid Malandain, nos précieux membres du Conseil de Fondation**
- **L'Association AETOC-Genève**
- **Les entités qui nous soutiennent**

# vivaMente

- **Fondation à but non lucratif et reconnue d'utilité publique**
- **Mission : projet thérapeutique pour la prise en charge du TOC**
  - **un traitement intensif et structuré**
  - **un modèle d'hôpital de jour**
  - **un programme qui a fait ses preuves depuis 20 ans aux USA**

[www.fondationvivamente.org](http://www.fondationvivamente.org)

