

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	ii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
INTRODUCTION	1
Suivi intensif dans le milieu (SIM) au CSSS Cœur-de-l'île	4
Justification et présentation de l'objectif	5
CHAPITRE 1 - CHOIX ET JUSTIFICATION DU MOYEN.....	8
2.1 Description des personnes à interviewer	8
2.2 Grille d'entrevue	11
2.3 Stratégies d'analyse	12
CHAPITRE 2 - RÉSULTATS	13
2.1 Approches d'intervention	13
2.1.1 L'art comme outil d'inclusion sociale	13
2.1.2 Utilisation d'une activité de groupe pour engager le client	14
2.2 Lien entre l'apprentissage des percussions et les objectifs thérapeutiques	15
2.2.1 Développer les ingrédients qui favorisent la motivation au changement	16
2.2.2 Stimulation des facultés cognitives et physiques.....	17
2.2.3 Création du lien social	17
2.2.4 Vivre du plaisir sans consommation.....	18

INTRODUCTION

Au cours des dernières décennies, la désinstitutionnalisation des patients vivant dans les milieux institutionnels (hôpitaux, prisons) a fait émerger plusieurs problèmes sociaux en raison du manque d'organisation alternative dans la communauté. Les durées de séjour en psychiatrie sont diminuées et les patients hospitalisés sont rapidement orientés vers la communauté. Les patients sont souvent peu autonomes et ont de la difficulté à fonctionner dans la communauté. Ce virage a entraîné un phénomène de « porte tournante » dans les services d'urgence. Ils sont hospitalisés à répétition et dérivent trop souvent dans le filet judiciaire, une prévalence à 1,6/100 000 par habitant (Trudel et Lesage, 2005).

Il existe des liens clairs entre la pauvreté et la maladie mentale et plusieurs facteurs (faible instruction, contraintes à l'emploi, problèmes de consommation) expliquent la complexité de cette relation (OMS, 2001). De plus, considérant la pénurie de logement locatif montréalais au cours des dix dernières années avec comme conséquence une augmentation de 37,5% des coûts, il devient inévitable que plusieurs personnes vivant avec un problème de santé mentale se retrouvent à la rue (FRAPRU, 2011). Un nombre important de personnes ayant des problèmes de santé mentale attendent un hébergement (HLM, PSL)¹ proportionnel à leurs revenus qui réponde à leurs besoins spécifiques (RRASMQ, 2013).

De ce fait, on remarque une recrudescence de l'itinérance qui entraîne une vie en communauté désorganisée et une augmentation des troubles d'abus d'alcool et de consommation de drogues au sein de cette population (Trudeau et Lesage 2005). La toxicomanie est une problématique intimement liée aux milieux où sévit la pauvreté. Les personnes toxicomanes consomment des drogues pour éviter la détresse associée à une trajectoire de vie difficile (Brisson, 2000).

On estime qu'environ 80 % des personnes itinérantes vivent avec un problème de consommation et que 60 % d'entre elles présentent un trouble mental grave et persistant (schizophrénie, trouble bipolaire, trouble sévère de la personnalité) (Cloutier, 2010).

¹ Programme de Supplément au loyer.

afin de diminuer la vulnérabilité à consommer des substances psycho-actives (SPA). Les groupes d'entraide basés sur les douze Étapes (Alcooliques Anonymes, Narcotiques Anonymes) sont considérés par cet auteur comme une stratégie concrète au maintien de l'abstinence. Ces différentes approches de groupe permettent aux clients de nourrir un sentiment d'appartenance, de pratiquer la socialisation et de briser leur isolement.

Drake, O'Neal et Wallach (2008) ont recensé les résultats de 45 études portant sur l'efficacité des interventions psycho-sociales qu'on retrouve dans le traitement intégré auprès des personnes souffrant de problèmes graves et persistants de santé mentale avec une problématique de toxicomanie. De ces 45 études, trois interventions sont particulièrement identifiées pour produire d'excellents résultats auprès des personnes atteintes de la double problématique: l'hébergement résidentiel dans des ressources spécialisées, la gestion intensive de cas et la thérapie de groupe. Mon projet comporte deux de ces trois interventions soient la gestion intensive de cas et la thérapie de groupe.

Plusieurs approches d'intervention sont reconnues dans les modèles de traitement pour les troubles concomitants. Les experts soulignent que cette clientèle a souvent des difficultés à être motivée vers le changement (Landry et coll., 2012). Un des ingrédients nécessaires dans le processus de changement pour des patients avec une concomitance est leur niveau d'engagement dans des activités occupationnelles. L'être humain a besoin de s'occuper, de se développer à travers une occupation qu'il choisit par intérêt. L'occupation donne un sens à la vie, elle permet à l'être humain de développer des habiletés et des compétences (Tryssenaar et coll., 2000). Une personne qui consomme est souvent à la recherche de sensations et le développement d'un tel intérêt permet de remplacer cette recherche vécue chez le toxicomane (Brisson, 2009).

Une étude portant sur un sous-échantillon de 22 patients présentant un trouble de santé mentale et un problème de consommation indique que la mise en place d'une activité alternative à la consommation est l'une des techniques (63,6 %) à utiliser afin de diminuer la consommation de SPA (Acier et coll., 2007).

Le suivi intensif dans le milieu (SIM) au CSSS Cœur-de-l'île

En septembre 2008, la création d'un service de Suivi Intensif dans le Milieu (SIM) voit le jour au CSSS Cœur-de-l'Île. L'équipe multidisciplinaire du SIM permet d'offrir une gamme de services tels que l'accès au logement, le soutien à l'emploi, l'enseignement, la réadaptation, le soutien aux familles, la défense de droits... et le traitement de la toxicomanie.

Au SIM, 48 clients sur 60 (80 %) présentent un diagnostic de schizophrénie et environ 60 % de ces personnes vivent avec un trouble concomitant. Les personnes ciblées par mon intervention ont toutes un diagnostic de schizophrénie et vivent avec plusieurs symptômes négatifs reliés à ce trouble : perte de motivation à se mobiliser dans l'action, ralentissement physique et perte d'intérêt significative au niveau affectif. Le retrait social observé chez ces personnes nous incite à accomplir nos interventions d'une façon progressive afin d'optimiser les chances de réussite. Ceci implique de graduer nos interventions en tenant compte du stade de motivation où se situe la personne (alliance thérapeutique, traitement actif, prévention de la rechute) (Mueser et coll., 2001).

L'alcool, les amphétamines, la cocaïne et le cannabis sont parmi les substances les plus consommées par notre clientèle. La recherche de sensations fortes par la consommation de cocaïne peut être considérée comme une forme d'automédication, notamment, pour soulager l'anxiété et les états dépressifs (Carton, 2005). Mon expérience clinique auprès de cette clientèle m'a appris qu'elle justifie souvent sa consommation de cocaïne et d'amphétamines par le sentiment de puissance que lui procurent ces substances. Plusieurs disent se sentir plus intelligents sous l'effet de drogues stimulantes. Je formule l'hypothèse que l'expérience de la consommation de substances psycho-actives (SPA) leur permet de vivre des états émotionnels positifs parfois difficilement atteignables pour une personne atteinte de schizophrénie (Carton, 2005) et qui semblent répondre à un sentiment de vide (Brisson, 2009). La réadaptation par le loisir permet donc de faire ressentir des émotions chez une personne ayant une problématique de toxicomanie et ainsi encourager sa compétence à organiser son temps avec autre chose que la consommation de SPA (Acier et coll., 2007; Séguin, 2009).

Justification et présentation de l'objectif

Le Centre National d'excellence en santé mentale (2004) suggère de prendre en compte les préférences de la clientèle dans l'offre de service afin d'être centré sur le client et ainsi susciter son étroite collaboration dans le plan de traitement. Il relève également l'importance d'accompagner les clients dans la réalisation d'activités récréatives de groupe puisque ces dernières permettent d'augmenter les habiletés communicationnelles, l'estime personnelle, la confiance en soi et de générer une certaine productivité dans la dimension occupationnelle de son temps (De Las Heras, 2006). Contrairement à l'intervention individuelle, elles permettent de créer un contexte social où l'individu peut obtenir un soutien et se servir des autres en tant que modèle positif (Mueser et Noordsy, 1996).

La plupart des personnes avec lesquelles j'ai débuté un suivi en dépendance ne sont pas à l'aise de parler devant un groupe. Elles expriment souvent leur désir de continuer exclusivement en individuel. Le retrait social et les symptômes négatifs et positifs associés à la schizophrénie expliquent les difficultés pour la clientèle d'adhérer à une modalité thérapeutique de groupe. La plupart de ces personnes vivent dans un isolement quasi quotidien. J'ai proposé à ma clientèle des modalités de groupe à maintes reprises, considérant qu'elles font partie des meilleures pratiques en intervention (Santé Canada, 2002) notamment en accompagnant certains clients dans leur démarche de participation à des groupes d'entraide ou en les accompagnant ou les référant vers des groupes de thérapie offerts par des services spécialisés (Clinique Cormier-Lafontaine, Centre de réadaptation en dépendance de Montréal, volet santé mentale) extérieurs au SIM. Cet accompagnement n'a pas donné les résultats escomptés car ils ne participent pas. Plusieurs de nos clients au SIM utilisent des services offerts par la communauté, mais certains n'y adhèrent pas facilement et ce sont souvent ceux qui présentent le double diagnostic. Ces échecs m'ont conduite à élaborer un traitement de groupe intégré sur la psychose et l'abus de substances afin de faciliter l'implication de la clientèle visée en misant sur le lien de confiance préalablement établi et en postulant que la proximité des bureaux du SIM favorise leur déplacement. Tous ont décliné l'invitation de participer à un suivi de groupe invoquant qu'ils n'en voyaient pas l'intérêt (ne croient pas avoir un problème exigeant ce type de suivi), ou qu'ils préféreraient poursuivre en

individuel car moins confrontant sur certains aspects (anxiété sociale, difficulté dans les habiletés sociales). Nous avons donc opté pour des interventions de type récréatives et avons obtenu une certaine participation. Il me semble donc pertinent d'offrir une intervention de groupe au SIM avec des modalités ajustées aux besoins et intérêts de la clientèle, justifiant ainsi amplement le projet que je souhaite mettre en place.

L'objectif de cet essai sera formulé ainsi : *Développer une intervention de groupe à partir de l'apprentissage des percussions afin de faire vivre une expérience alternative à la consommation à une clientèle qui éprouve des troubles de santé mentale graves et persistants dans le cadre d'un suivi intensif dans la communauté.*

Considérant que les clients ciblés n'ont pas d'occupations constructives, la mise en place d'une activité de groupe pourrait permettre la création de liens entre eux afin de favoriser des échanges agréant le développement d'habiletés sociales (Mueser, 2004). La thérapie de groupe par l'activité est d'ailleurs souvent utilisée par les ergothérapeutes en psychiatrie (Dupuy, 2004). Elle pousse l'individu vers l'action et les interactions qui se passent au sein du groupe permettent à l'individu avec des difficultés d'acquérir des habiletés (Kielhofner, 2006). Le choix des ateliers de percussion résulte de mon analyse de la population à laquelle s'adresse cette intervention. La plupart des personnes ciblées ont un intérêt marqué pour la musique. De plus, la pratique des percussions ne demande pas de matériel trop spécialisé ou dispendieux et ne nécessite pas d'habiletés musicales poussées.

Ce choix prend tout son sens à la lecture des travaux de Baker et coll. (2007) qui ont réalisé une étude auprès de 24 patients vivant un problème de consommation de SPA (dont plus de la moitié avec une comorbidité dépression-anxiété). Les résultats indiquent que 87,5 % des patients ont utilisé la musique pour changer positivement leur humeur dans un environnement sécuritaire où ils pouvaient explorer des émotions positives sans l'usage de drogues. Par ailleurs, l'utilisation de la musique favorise l'expression des émotions, autant négatives que positives, permettant de contrer la difficulté d'une personne schizophrène à extérioriser son vécu émotionnel (Ross et coll., 2008). Plusieurs études auprès de patients souffrant de toxicomanie démontrent que l'utilisation de la musique dans un cadre thérapeutique réduit la détresse, augmente le sentiment de contact avec soi-même, favorise le

calme et facilite la diminution de l'anxiété (Ross et coll., 2008; Blackett et Payne, 2005; Baker et coll., 2007).

CHAPITRE 1

CHOIX ET JUSTIFICATION DU MOYEN

Compte tenu de l'objectif de mon essai synthèse, il m'est apparu pertinent de choisir l'entrevue individuelle semi-dirigée pour recueillir mon matériel. L'entrevue comme méthode de collecte de données tend à préciser les différents aspects qui doivent être pris en compte dans l'élaboration de l'activité. Elle permet d'explorer les enjeux spécifiques à une clientèle et ainsi décrire les modalités adaptées dans le développement de l'activité choisie. La réalisation d'entrevues individuelles exige un certain temps et dans le cadre d'un essai, il apparaît raisonnable de cibler quatre informateurs. Considérant la difficulté à trouver un spécialiste qui regroupe l'ensemble des expertises reliées à l'objectif de cet essai, l'entrevue individuelle est la méthode de collecte de données qui permet d'accéder à des sources pertinentes d'information qui ne serait pas possible avec une étude de cas par exemple (Fortin, 2006). Le choix de l'entrevue individuelle est plus adapté qu'un questionnaire considérant le temps requis qu'exigerait les réponses à développement pour l'informateur. Mon but est d'obtenir du matériel qualitatif tandis que le questionnaire est davantage utilisé dans la recherche quantitative.

Plusieurs expériences d'utilisation de la musique ou de musicothérapie auprès de personnes ayant des troubles de santé mentale ou de toxicomanie sont réalisées au Québec. La plupart d'entre elles, n'ont par contre pas fait l'objet de publications, ce qui limite grandement la pertinence d'une recension des écrits. La difficulté causée par la distance et la disponibilité à regrouper des personnes compétentes en la matière à une même table oriente le choix du moyen vers l'entrevue individuelle plutôt que sur le focus groupe.

2.1 Description des personnes à interviewer

Une réflexion sur le choix des personnes à interroger dans le cadre de cet essai qui est de mettre en place une intervention de groupe me conduit à cibler des personnes dont l'expertise permettra de développer une intervention qui articule activité musicale et action

thérapeutique, soient, des personnes possédant une expertise en intervention de groupe auprès de la clientèle éprouvant des troubles de santé mentale graves et persistants et/ou de dépendance, une expertise dans l'enseignement des percussions auprès de clientèles spécifiques ainsi qu'une expertise clinique avec l'utilisation de la musique comme modalité d'intervention. Le choix des personnes à interviewer s'est donc fait en fonction des expertises de la clientèle qu'elles desservent et de leur milieu de pratique assurant ainsi le critère de représentativité fondamental dans un échantillonnage qualitatif (Miles et Huberman, 2003).

Un tableau descriptif des personnes interviewées est présenté afin de permettre un portrait des personnes interrogées et faciliter la lecture de l'essai par la suite.

Tableau 1
Portrait descriptif des personnes interviewées

Prénom fictif	Fonction	Clientèle desservie	Date et durée de l'entrevue
Julie	Éducatrice spécialisée dans un hôpital psychiatrique	Personnes avec des troubles de santé mentale graves	24/04/13 20 min.
Michel	Ergothérapeute et responsable clinique au programme des troubles psychotiques et conduites addictives	Personnes avec un problème de dépendance aux substances ainsi qu'un trouble concomitant grave et persistant de santé mentale	14/06/13 45 min.
René	Directeur clinique d'un organisme offrant des services en travail de rue	Jeunes adultes en situation d'exclusion sociale et d'itinérance	8/05/13 53 min.
Magalie	Enseignante de musique dans un organisme offrant des services de rue	Jeunes adultes en situation d'exclusion sociale et d'itinérance	8/05/13 20 min.
Julien	Enseignant de percussions	Jeunes enfants avec troubles du développement et adultes avec des problèmes de santé mentale	17/04/13 45 min.

La première personne a été sélectionnée avec le souci d'interroger une intervenante en santé mentale qui avait de l'expérience avec l'utilisation de la musique comme modalité d'intervention. Je savais qu'il y avait des interventions de type musical dans certains milieux psychiatriques et j'ai été dirigée par la conseillère clinique d'une institution universitaire vers

une personne clé à l'intérieur du milieu. Julie est une éducatrice spécialisée possédant près de vingt années d'expérience dans l'utilisation de la musique auprès des personnes vivant avec des troubles graves et persistants de santé mentale. Elle a aussi travaillé en collaboration avec des musicothérapeutes dans un milieu psychiatrique institutionnel. Malheureusement, un incident technique avec l'appareil d'enregistrement s'est conclu par la perte des quarante premières minutes de l'entrevue. J'ai choisi de conserver les vingt dernières minutes considérant la pertinence de cette partie de l'entrevue. J'ai par contre décidé de sélectionner un autre candidat pour respecter mon plan méthodologique.

Mon deuxième choix s'est arrêté sur un ergothérapeute (Michel), responsable du programme clinique au sein d'une équipe super spécialisée auprès des personnes ayant des problèmes de dépendance et de santé mentale. Son expérience clinique en intervention de groupe avec une clientèle comparable à la mienne a motivé mon choix, d'autant plus que la clinique dans laquelle il œuvre se trouve être un partenaire important de mon service SIM.

La troisième personne sélectionnée (René) est un directeur clinique œuvrant dans un organisme pour les jeunes de la rue. Cette personne a développé un projet d'intervention impliquant l'apprentissage des percussions auprès de jeunes toxicomanes et m'a été référée par mon directeur d'essai. Un parallèle étroit existe entre les jeunes de la rue et la clientèle desservie par mon équipe SIM, que l'on parle de marginalisation, d'itinérance ou du mépris occasionné par la visibilité de leurs différences. On constate aussi une perte de sens de l'existence vécue par les personnes marquées par l'exclusion sociale dont sont l'objet ces deux groupes (Barbès-Morin et Lalonde, 2006). La mission de l'organisme étant de créer des opportunités favorisant une rencontre entre la personne marginalisée et la communauté, René et son équipe ont donc mis sur pied une intervention similaire à celle que je tends à développer (apprentissage d'instruments de percussion).

Magalie, enseignante de percussion au sein de l'organisme dirigé par René, s'est jointe à notre entrevue et est devenue la quatrième personne interviewée. Elle a signé le formulaire de consentement. Nous avons donc poursuivi l'enregistrement une vingtaine de minutes avec des questions sur les modalités de l'intervention, son rôle et l'utilisation de la musique comme moyen de communication.

La cinquième personne interviewée se prénomme Julien. Sa grande expérience (environ 18 ans), à titre de professeur de percussion, auprès de clientèles vivant des problématiques complexes tels que l'autisme, la déficience intellectuelle, l'hyperactivité et les troubles de santé mentale, a justifié ce choix. Il m'apparaissait important de sélectionner une personne avec une expertise dans l'enseignement des percussions auprès de clientèles spécifiques. De plus, cet enseignant avait son local de musique dans un centre communautaire du quartier, partenaire du SIM, dans lequel nos clients résident facilitant ainsi son approche pour mon projet.

Les personnes choisies pour l'entrevue y ont participé sur une base volontaire dans le cadre de leur travail. Elles ont été informées à l'avance des thèmes généraux à l'entrevue afin qu'elles puissent réfléchir sur le contenu abordé. Un formulaire de consentement (Annexe A) a été complété par les participants. La durée prévue de l'entretien était d'environ 45 à 60 minutes. Les entrevues se sont déroulées dans les milieux de pratique pour faciliter la disponibilité des personnes identifiées et me permettre de visualiser les lieux et d'associer un environnement distinct (local de musique, milieu institutionnel, organisme communautaire) aux propos recueillis. Les entrevues ont été enregistrées afin d'éviter la prise de note et assurer une meilleure présence aux personnes interviewées en plus d'une meilleure fidélité du matériel recueilli.

2.2 Grille d'entrevue

Pour réaliser les entrevues, j'ai élaboré une grille d'entrevue (Annexe B) décrivant les thèmes et les questions à aborder en lien avec l'objectif de mon essai (Boutin, 2008). La grille repose sur des questions touchant, entre autres, le choix des objectifs thérapeutiques de l'intervention ainsi que ceux reliés à l'enseignement des percussions. Les modalités thérapeutiques de l'intervention, la pertinence et le rôle des acteurs impliqués ont été investis à travers les entrevues. Des éléments en lien avec la problématique de la toxicomanie ont également été abordés. La pertinence clinique de la grille d'entrevue fut validée auprès d'une psycho-éducatrice du SIM possédant plusieurs années d'expérience en intervention de groupe.

La grille d'entrevue s'est légèrement modifiée (Annexe C) au fil des entrevues pour s'adapter à la réalité des personnes interrogées et mieux explorer des thèmes mis en relief dans les entrevues précédentes. Nous avons notamment cru intéressant de mettre à profit l'expertise du spécialiste clinique au programme des troubles psychotiques et conduites addictives quant à l'utilisation de l'approche motivationnelle et les éventuelles contre-indications à développer des groupes avec des personnes qui ne se situent pas au même stade de motivation au changement. Compte tenu qu'il ne possédait pas d'expérience d'intervention impliquant la musique, nous lui avons proposé de se référer à son groupe d'activités sportives.

2.3 Stratégies d'analyse

Toutes les discussions enregistrées ont été retranscrites intégralement par une personne extérieure engagée à cette fin. Par la suite, j'ai validé moi-même chacun des verbatims afin d'assurer la fidélité des retranscriptions (Roy et coll., 2006).

Une stratégie d'analyse thématique a été retenue pour l'analyse des entrevues. Les thèmes abordés dans la grille d'entrevue en ont constitué le point de départ. Deux éléments qui se sont dégagés à l'écoute des entrevues ont été ajoutés : la possibilité d'intégrer un bilan final à l'intervention considérant que l'évaluation des services est une pratique encouragée dans nos milieux (Thomson et Gélinas, 2002) et le thème « les approches d'intervention ». La grille d'analyse se retrouve à l'annexe D.

Les verbatims ont été codifiés par une couleur représentant un thème distinct permettant de regrouper en un nombre plus restreint le contenu de ces retranscriptions (Miles et Huberman, 2003).

CHAPITRE 2

RÉSULTATS

Cette section reprend les propos rapportés par nos experts, la littérature à cet effet et nos observations cliniques afin de formuler des recommandations en concordance avec l'objectif de l'essai. La discussion est intégrée au fur et à mesure des thèmes afin d'éviter les redondances.

2.1 Approches d'intervention

L'une des préoccupations poursuivie dans cet essai est d'identifier les pratiques à privilégier dans la façon d'intervenir auprès de ma clientèle. Deux éléments semblent se dégager du discours des personnes interviewées : « l'art comme outil d'inclusion sociale » et « l'utilisation d'une activité pour transmettre un savoir ».

2.1.1 L'art comme outil d'inclusion sociale

René affirme que l'utilisation de l'art pour favoriser l'inclusion sociale a fait ses preuves à nombre d'égards. Il explique l'importance d'offrir des occasions de rencontres entre les personnes marginalisées ou stigmatisées et la communauté.

« L'art est un langage, il est un mode de communication qui permet d'établir des liens avec l'ensemble de la communauté » (René, directeur clinique, p. 1).

Son équipe et lui ont d'ailleurs réfléchi au cours des dix dernières années sur la place de l'art comme moyen d'intervention. Leurs observations montrent que l'art est un moyen d'intervention parfois mieux adapté à certains individus pour lesquels les traitements plus traditionnels (comme l'entretien motivationnel sous forme de « counseling » ne fonctionnent pas. Selon René, l'art devient un traitement complémentaire important, une pièce incontournable d'une offre de service complète. Magalie verbalise que plusieurs de ces

jeunes n'ont pas envie d'être assis et de parler de leurs problèmes. Elle croit aux bienfaits de la création collective.

« L'art permet de solidariser les personnes; c'est l'occasion de créer ensemble dans tout ce qu'on a comme différences ou ressemblances. La rencontre créative permet de changer le statut qu'on est juste ensemble pour régler une problématique, [mais que l'on est ensemble pour créer une énergie]... » (Magalie, professeure de percussions, p. 36).

Plusieurs programmes d'action sociale ont vu le jour au Québec. Pensons à la Wapikoni Mobile (projet audiovisuel pour enseigner le cinéma aux jeunes autochtones), la chorale de l'Accueil Bonneau et l'organisme « Les Impatients ». Ce sont tous des projets qui viennent en aide aux personnes vivant avec des problèmes de santé mentale par le biais de l'art. C'est sans compter les milliers d'initiatives artistiques émergeant autant des milieux institutionnels que communautaires. L'expérience artistique sert de rapprochement entre professionnels et usagers et permet ainsi un contact moins intrusif que l'entretien en « tête-à-tête » (Loser, 2011).

2.1.2 Utilisation d'une activité de groupe pour engager le client

Michel rapporte qu'un groupe moins axé sur la parole constitue une porte d'entrée adaptée à notre clientèle. Il partage l'avis de René en affirmant qu'une intervention de groupe à partir d'un médium quel qu'il soit permet de fournir une offre de service complète. Selon lui, l'utilisation des percussions est un outil important pour travailler les enjeux reliés à leur problématique (problèmes de santé mentale et toxicomanie). Il estime que ce type de groupe permet à ceux qui présentent des difficultés fonctionnelles, cognitives ou relationnelles d'avoir une modalité d'intervention mieux adaptée à leur réalité. Il mentionne qu'à son arrivée, à titre de spécialiste clinique, les tentatives de former des groupes de thérapie ne fonctionnaient pas, les clients ne semblaient pas très intéressés par le groupe discussion.

« Nous croyons que le suivi en groupe d'activité est un bon soutien pour leurs démarches. Un endroit où ils peuvent rencontrer d'autres personnes qui vivent des difficultés semblables et partager avec eux divers moyens pour les surmonter. C'est une bonne façon de briser leur isolement et développer des habiletés de communication » (Michel, ergothérapeute, p. 17).

Michel croit qu'une activité qui permet de travailler sur les forces de l'individu peut favoriser son implication par la suite dans un plan de traitement car il se sent davantage en confiance face à un changement. Il précise cette idée en disant :

« Ils ne s'investissaient pas, donc la première étape, c'est de travailler sur le développement de la capacité à s'engager, à s'impliquer, après on fera des plans de changement en lien avec la problématique de consommation. La psychose consiste à la difficulté d'assumer les éléments de réalité. Il faut donc leur faire vivre une expérience afin qu'ils puissent développer un sentiment de contrôle sur les éléments de la réalité » (Michel, ergothérapeute, p. 10 et 11).

René corrobore cette vision lorsqu'il mentionne qu'il a observé à maintes reprises comment l'art permettait d'enclencher une démarche au plan personnel chez les jeunes.

« On veut d'abord et avant tout l'inclusion, pis vers la fin, on se rend compte qu'il y a plein de choses qui ont changé dépendamment de chacun des individus. Comme par exemple, on avait une escorte dans le projet [...], elle s'est réapproprié sa féminité et elle a commencé une démarche avec le Centre de santé des femmes [...] un autre va dire qu'il consomme moins et qu'il gère mieux son chèque » (René, directeur clinique, p. 19).

« Certains vont arrêter de fumer, d'autres d'arrêter de s'injecter, d'autres vont commencer un traitement d'hépatite C » (René, directeur clinique, p. 15)

Les guides de pratique en ergothérapie appuient ce concept que les compétences d'un individu se développent à travers le potentiel thérapeutique de l'activité. L'activité en psychiatrie permet de développer le sens de l'existence à travers la capacité de l'individu à investir une activité significative. La personne confrontée à des éléments de réalité gratifiants peut investir une prise de conscience sur son propre fonctionnement (Dupuy, 2004).

2.2 Lien entre l'apprentissage des percussions et les objectifs thérapeutiques

L'une des préoccupations de l'essai est de définir la relation entre l'activité et les objectifs thérapeutiques. Le but est de faire vivre une expérience alternative à la consommation de SPA. Michel et René reconnaissent qu'une activité alternative peut facilement devenir un substitut à une consommation de SPA et amener des transformations.

« C'est fou! Il y a des transformations, t'sais, je te ferais un avant/après, pis même physiquement, tu les reconnais pas, [...] dans l'apparence, dans ce que la personne dégage, dans son sourire. Les transformations, c'est pour tous [...] » (René, directeur clinique, p. 22).

Quatre objectifs thérapeutiques semblent émerger du discours des participants en lien avec l'utilisation d'une activité artistique auprès de leur clientèle.

2.2.1 Développer les ingrédients qui favorisent la motivation au changement

Michel fait un parallèle important entre l'activité et l'atteinte de l'objectif, soit celui de faire vivre aux participants une expérience qui intègre les ingrédients nécessaires à la motivation au changement.

« Je dis tout le temps qu'avant d'être capable de faire un changement, ça demande des efforts [...] Avant d'être capable de faire des efforts pour surmonter un problème de dépendance, il faut que tu sois capable de t'investir [...] la confiance en ses capacités ça ne se construit pas en parlant, ça se fait à travers les expériences que tu vas vivre » (Michel, ergothérapeute, p. 11).

En lien avec le développement de ces ingrédients, René répète que le travail d'un intervenant est de créer la meilleure opportunité possible pour que le jeune puisse lui-même répondre à ses besoins (hygiène personnelle, réduire sa consommation, faire du bénévolat).

« [Notre travail], ce n'est pas de répondre à des besoins, c'est de créer la meilleure opportunité du monde pour que les jeunes puissent répondre à leurs besoins. Et pour moi, c'est leur responsabilité » (René, directeur clinique, p. 20).

« On souhaite qu'il ait vécu des moments de valorisation; de dépassement de soi qui vont rester dans sa tête, dans ses tripes pour toujours » (René, directeur clinique, p. 8).

La littérature indique qu'au niveau du traitement de la toxicomanie, l'approche motivationnelle figure en tête de liste des meilleures pratiques (ACRDQ, 2005). Selon cette approche, pour qu'une personne puisse s'engager dans un changement, elle doit avoir des motivations qui proviennent de l'intérieur. Par exemple, elle doit avoir confiance en sa capacité à faire un changement et d'y parvenir par ses propres moyens. L'estime personnelle,

la confiance et la capacité d'engagement sont donc des objectifs à prendre en considération (Miller et Rollnick, 2006). Lors de mes rencontres en individuel, je constate que mes clients en suivi dépendance obtiennent de faibles résultats aux tests qui mesurent le niveau d'importance accordé au changement ainsi que ceux qui mesurent la confiance en la capacité à opérer le changement. Une enquête préliminaire auprès de dix participants dépendants qui ont participé à une intervention de groupe utilisant les percussions relève que 70 % ont changé de stade motivationnel à la fin des sept ateliers (Blackett et Payne, 2005). Une activité à partir de l'apprentissage des percussions semble donc un bon moyen pour augmenter l'estime de l'individu et ce, dans le but de développer un sentiment de compétence et favoriser le désir de changement.

2.2.2 Stimulation des facultés cognitives et physiques

Un consensus s'est aussi dégagé sur le fait qu'une activité de percussions stimule plusieurs fonctions cognitives et physiques. La musique fait appel au rythme et à la coordination. Les deux enseignants affirment que le maintien d'un rythme musical exige une capacité d'endurance physique et cognitive.

« Je les fais chauffer jusqu'au bout [...] je les vois qui commencent à avoir mal aux mains [...] ça demande beaucoup d'effort, t'as un contact de l'instrument avec ton corps » (Julien, professeur de percussions, p. 6).

« L'effet de groupe augmente les énergies et pousse les gens à aller plus loin que leurs capacités » (Julien, professeur de percussions, p. 15).

L'activité percussions exige l'attention et la concentration du participant. Il doit apprendre à anticiper et contrôler ses gestes. Ces éléments qui cheminent jusqu'à la conscience grâce aux sens comme l'ouïe, la vue et le toucher ne peuvent qu'améliorer les fonctions déficitaires chez les personnes schizophrènes (Le Louet, 2008).

2.2.3 Création du lien social

L'importance de « l'aspect social » dans la santé fait aussi consensus chez nos experts. Établir des liens avec la communauté est un enjeu important. René suggère d'organiser

l'activité percussions dans la communauté afin de favoriser l'inclusion sociale. Il en fait mention à plusieurs reprises dans son discours.

« Les objectifs sont très simples : harmoniser les liens sociaux, favoriser la participation citoyenne et l'inclusion par le biais de l'art » (René, directeur clinique, p. 19).

La communication entre les participants du groupe est également un aspect du lien social qui peut être abordé par le biais d'une telle activité. Les enseignants de percussion et l'éducatrice réfèrent à l'importance que prend la dimension communicationnelle entre les musiciens. L'objectif principal est de préserver l'harmonie. Selon René, une activité de groupe est inévitablement un lieu où l'on investit le développement des habiletés sociales. Cet aspect du mode de communication est un défi pour des personnes schizophréniques qui souvent ont de la difficulté à s'exprimer. L'instrument prend la forme d'un outil de communication.

« Fait que oui, c'est essentiel, la communication. La communication par l'art devient une façon de s'exprimer, mais après ça on va récupérer pour être capable d'aller toucher nos façons de s'exprimer au niveau interpersonnel [...] On va être capable de moduler de quelle façon ton mode d'expression et de communication va être approprié dépendamment du contexte » (René, directeur clinique, p. 12).

La littérature mentionne que les personnes aux prises avec des graves problèmes de santé mentale ont plus de risques de vivre une rupture sociale. Les services dispensés dans la communauté permettent le rétablissement qui prend racine dans l'environnement social (CNESM, 2004). De ce fait, il est important que l'individu puisse vivre une expérience positive dans sa communauté. J'observe au quotidien que les clients suivis au SIM sont souvent isolés et certains verbalisent qu'ils se sentent jugés par autrui. Je crois donc qu'il est essentiel de créer une opportunité telle l'activité percussions afin que la personne puisse se développer à travers des relations constructives et des interactions positives apportées par le groupe.

2.2.4 Vivre du plaisir sans consommation

Faire vivre à la clientèle une activité plaisante alternative à la consommation est un objectif qui fait aussi consensus parmi les experts. Les enseignants en percussion parlent du moment

Je crois qu'un temps de verbalisation sur ce qui a été vécu durant l'activité est pertinent afin d'évaluer l'état mental et émotionnel dans lesquels les participants quittent l'activité afin d'intervenir au besoin. Comme je vise notamment utiliser cette expérience de groupe pour favoriser le développement d'un lien social avec l'entourage, il est difficile de ne pas saisir l'occasion qu'offre ce projet pour développer les habiletés sociales des participants à travers ces retours.

2.3.4 Difficultés rencontrées et stratégies d'intervention adaptées

Nos experts en troubles psychotiques ont mentionné certaines difficultés soulevées par l'activité proposée à la clientèle, notamment la présence de certains symptômes reliés à la schizophrénie. Entre autres, le délire souvent se manifeste par des hallucinations ou par des impressions de persécution. Il y a aussi la dissociation qui entraîne des troubles de la pensée (propos incohérents). On rapporte aussi des troubles de l'attention et de la mémoire pour cette clientèle. Le respect de la structure et du cadre sont des stratégies d'intervention appropriées lorsque ces difficultés se manifestent pendant l'activité. Quatre de nos experts estiment que la stratégie de revenir à la tâche (l'objectif) principale est utile, que ce soit lorsque nous sommes dans un retour verbal au terme de l'activité ou lors de la séance de musique.

« C'est déjà arrivé qu'on commence un groupe avec six personnes, il y en a trois qui sont symptomatiques pis la semaine d'avant ils ne l'étaient pas [...] ils ont des troubles de la pensée [difficulté à ressentir un contrôle sur les éléments de la réalité, discours délirant]. Plus qu'y sont symptomatiques, plus qu'ils ont des troubles cognitifs, plus il faut que ton groupe soit structuré » (Michel, ergothérapeute, p. 17).

Selon Julie, le modèle des autres musiciens peut agir comme élément de renforcement :

« Y en a une qui dit : « Je ne suis pas capable ». Pis là t'insiste, t'insiste, pis elle finit par le faire un peu et elle est surprise de voir que ça sonne comme les autres [...] C'est rare que vraiment une personne soit vraiment apathique en musique. En tout cas, j'en ai rarement vu » (Julie, éducatrice spécialisée, p. 8).

Ces commentaires indiquent qu'il existe une stratégie pour aider le participant à surmonter chaque obstacle rencontré. Les personnes interviewées formulent le même leitmotiv : « Adapter et s'ajuster ». Il est du devoir de l'intervenant et de l'enseignant de trouver une technique adaptée aux limites et caractéristiques de la clientèle. Les experts réfèrent ainsi à plusieurs stratégies éducatives consignées dans le guide pratique pour les professionnels dans le traitement de la schizophrénie de Favro et Maire (2012). Ils proposent de favoriser l'expression des émotions en assurant un climat de sécurité, le « *modeling* », la caricature des postures et des mouvements, d'attirer l'attention du participant et de mettre l'accent sur les forces du client.

2.3.5 Cadre et règles

Nos experts en santé mentale affirment qu'il est essentiel que le plan de l'activité et les règles à suivre soient clairs et bien compris des participants. En ce sens, les directives incluses dans le contrat d'engagement remis et signé par les participants doivent être explicites. Selon René, lorsqu'on assiste à du non-respect, de la violence ou de l'intimidation au cours de l'activité, il est primordial qu'un échange ait lieu pour régler la situation. Si les échanges ne permettent pas de résoudre la situation, des mesures plus drastiques doivent être appliquées.

« Ce qui devient problématique c'est [lorsqu'ils] deviennent plus arrogants [à travers les symptômes], Il faut mettre le cadre clair. Tu respectes les règles ou sinon on te demande de quitter » (Michel, ergothérapeute, p. 19).

Le cadre suggéré par les enseignants de musique diffère légèrement. Ils sont d'avis de ne pas imposer un cadre trop rigide au début, confiants que les règles s'imposeront d'elles-mêmes au fil du temps.

« Souvent je dis qu'il n'y a pas de règles, mais là elles s'imposent d'elles-mêmes et on les définit au fur et à mesure. Il n'y a pas de règle, mais il faut que tu fasses ça [pour arriver à un son, un rythme, une harmonie musicale]. Mais je ne veux pas arriver avec un paquet de règles, mais plus [tu avances, plus tu] te rends compte qu'il y en a, [...] la question du respect [de soi] et des autres, du groupe, de la communication, de l'instrument. [...] Des règles de la vie, des règles musicales, des règles de communication dans la musique » (Julien, enseignant de percussions, p. 14 et 15).

Tel que mentionné par nos trois experts en santé mentale, il m'apparaît important d'établir dès la rencontre préparatoire un cadre précis au sujet des règles de fonctionnement du groupe. Ceci implique notamment d'aviser les responsables des retards ou des absences, de respecter la confidentialité des comportements ou attitudes manifestés pendant les séances, de respecter autrui (pour un climat de confiance) et d'assurer le respect du temps et de la prise de parole. La littérature rapporte que le bon fonctionnement d'un groupe demande que les personnes impliquées puissent avoir des repères communs permettant de mieux comprendre le code de conduite. Des règles explicites facilitent l'atteinte d'objectifs communs (Leclerc, 1999). Certains des clients du SIM sont isolés et ont peu de contacts sociaux entraînant une perte d'intérêt face aux normes sociales. Il est selon moi important d'aider en ce sens le groupe à se construire une réalité sociale en dictant les règles de conduite dès le début et en les impliquant dans le processus. Ainsi, nous facilitons l'appropriation des règles par les membres et créons une représentation de ce que constitue une vie en société (Leclerc, 1999). Michel souligne l'importance que les règles soient liées à un système de sanctions, avis supporté par la littérature (Leclerc, 1999). Ainsi, le groupe sera informé qu'un non-respect des règles entraînera une intervention proportionnelle allant de l'avertissement à l'expulsion. Toutes ces raisons viennent justifier mon choix de ne pas tenir compte du point de vue commun des deux enseignants de percussions qui suggérerait de ne pas nommer les règles, mais de les faire respecter au fur et à mesure. Dans le cadre de mon projet, un document écrit sur les règles de conduite, les sanctions possibles et la structure de l'activité sera remis à chacun des participants lors de la rencontre préparatoire.

Les règles et sanctions touchant la consommation seront abordées à la section 2.5 portant sur les modalités en lien avec la consommation de SPA.

2.3.6 Bilan de groupe

Mon canevas d'entrevue n'a pas abordé directement la question du bilan de fin de projet, mais Michel et René ont spontanément mentionné la pertinence qu'il y en ait un. Le bilan doit tenir compte de tous les acquis des participants et permettre ainsi d'évaluer l'atteinte des objectifs sur le plan personnel.

« Pis à la fin, je trouverais intéressant de faire un bilan de groupe. Cela peut se faire avec un questionnaire écrit individuellement au début et après on fait un retour en groupe. Chaque intervenant pivot peut ensuite reprendre ce bilan » (Michel, ergothérapeute, p. 25).

Je crois donc qu'un bilan de groupe est un moyen de plus pour articuler le lien entre l'activité et les objectifs thérapeutiques ciblés. La quasi totalité des guides d'activités de groupe incluent une dernière séance impliquant un bilan de l'ensemble des apprentissages (Le Blanc et Trudeau-Le Blanc, 2008). Le bilan fera donc partie intégrante du projet. Par contre, je n'inclurai pas la question de l'atteinte des objectifs personnels. Je souhaite davantage orienter le bilan sur les acquis que sur la réalisation d'objectifs.

2.3.7 Impacts émergent de la réalisation d'un spectacle

À l'exception de Michel, tous nos experts ont terminé leur intervention par un spectacle. Selon Julien et Magalie, la planification d'un spectacle peut être un levier de motivation pour soutenir les participants dans leur engagement. René attribue une valeur thérapeutique (estime personnelle, sentiment de confiance, dépassement de soi) au moment final qui s'articule à travers le spectacle. Il insiste sur l'importance que le spectacle se fasse dans la communauté, pour favoriser le contact avec le grand public

« Terminer avec un spectacle. Pour nous autres, c'est le moment final [...] C'est vraiment comme l'accomplissement. Pour moi c'est essentiel [...] pis qui va être une source de valorisation exceptionnelle » (René, directeur clinique, p. 4).

Julien est plutôt d'avis que ce choix revient au groupe. Il doit le percevoir comme un défi et non comme une pression des intervenants. Selon lui, cette proposition devrait être présentée vers le milieu de la démarche en tenant compte qu'un sentiment d'appartenance et de cohésion s'installe avec le temps, donc un choix plus éclairé du groupe devrait émerger par le fait même. L'intervenant accompagnera le groupe à faire un choix éclairé quant aux gains (valorisation, dépassement, fierté) et aux risques (gestion du stress, pression extérieure) associés à cette opportunité.

En regard des commentaires recueillis, nous cheminerons vers la possibilité qu'il y ait un spectacle à la fin de la démarche. Ce choix reposera sur une décision de groupe et non sur une exigence de l'extérieur, philosophie qui concorde avec l'importance accordée à la prise de décision de l'individu sur son propre rétablissement (Mueser et coll. 2001).

2.4 Rôles des acteurs impliqués

L'intervention exige que différentes personnes jouent un rôle spécifique pour son bon fonctionnement. Trois grands acteurs vont jouer des rôles : 1) l'enseignant de percussion, 2) l'intervenant social et 3) l'équipe traitante.

2.4.1 Enseignant de percussion

Il y a consensus autour du rôle de l'enseignant de percussions, que l'on peut identifier comme principal animateur de l'atelier musical. Cette personne présente l'activité, en structure les étapes, donne des consignes et resserre la structure au besoin. René estime que l'enseignant aura inévitablement et régulièrement à s'adapter au groupe. Il doit donc prévoir plusieurs options. Selon lui, l'enseignant doit trouver une manière créative d'impliquer les participants à chaque difficulté rencontrée. Trois des experts pensent que l'enseignant est celui qui soutient l'énergie du groupe afin que tous puissent dépasser leurs limites. Selon nos deux enseignants, leur rôle consiste aussi à faire respecter les règles ainsi que le cadre qu'exige l'harmonie musicale.

À mon avis, l'enseignant de percussions est le chef d'orchestre de l'activité puisqu'il connaît les directives relatives à l'enseignement des percussions. Il doit donc diriger l'atelier et pourra compter sur l'intervenant social à certains égards. Il doit utiliser les stratégies éducatives adaptées à la clientèle et à l'atteinte de ses objectifs (voir section difficultés rencontrées et stratégies). Il doit aider les participants à concentrer leur énergie sur l'atteinte des objectifs individuels et collectifs (cohésion, communication, harmonie, etc.) tout en favorisant les compétences (Turcotte et Lindsay, 2008).

2.4.2 Intervenant social

La majorité des experts s'entendent sur la pertinence d'intégrer une personne pour co-animer l'activité percussions. Il est préférable que cette personne soit en lien avec une équipe traitante permettant ainsi de soutenir l'intervention percussions auprès de la clientèle. Selon eux, l'intervenant doit posséder une expertise de la clientèle à laquelle s'adresse l'intervention. René est d'avis qu'un enseignant de percussions qui possède aussi une formation en intervention pourrait agir seul. Il ne voit cependant pas de contre-indications à ce qu'il y ait une personne supplémentaire. Il affirme par ailleurs qu'il ne laisserait en aucun cas un enseignant de percussions animer un groupe seul s'il n'a pas de formation en intervention de crise.

« J'ai d'autres profs qui sont venus, qui sont des musiciens de carrière, qui ne sont pas des intervenants. À ce moment-là, je laissais toujours un intervenant présent. Pour plusieurs raisons : une des principales, c'est que je ne veux pas laisser la pression de gérer la souffrance à quelqu'un qui n'est pas habilité, formé, qui n'a pas de code d'éthique, etc. [...] Je vais toujours m'assurer qu'il y a un jumelage avec un de mes intervenants » (René, directeur clinique, p. 10).

Il ressort des entrevues trois grandes formes d'implication possibles : l'intervenant peut participer en s'impliquant comme joueur de percussions, endosser uniquement un rôle d'observateur ou s'impliquer en intervenant verbalement dans la co-animation. Les professeurs de musique estiment qu'un intervenant qui n'a pas d'expérience en enseignement musical ne doit pas intervenir au niveau technique dans l'apprentissage des percussions. Julien apprécie par contre que les intervenants s'impliquent comme joueur au même titre que les autres participants. Il croit que le modèle de l'intervenant qui vit des limites comme les autres peut générer une rencontre intéressante entre le professionnel et la clientèle. René explique que toutes les modalités sont envisageables.

« Si l'intervenant a l'intérêt pour apprendre les percussions, elle embarque. [...] Si j'ai un intervenant qui préfère rester en retrait, observateur pendant les ateliers, [...] il y a beaucoup de matériel [...] à récupérer après » (René, directeur clinique, p. 11).

Julie croit que l'intervenant doit transmettre l'information et les connaissances de la clientèle à l'enseignant de percussions. Elle croit qu'il est souhaitable qu'il y ait un moment fixe entre les deux pour se transmettre l'information. Ses années d'expérience ont montré qu'il est possible qu'un enseignant de percussions moins familier avec la clientèle cible soit moins sensible aux difficultés et aux particularités des personnes vivant avec un trouble grave et persistant de santé mentale. Le co-animateur se concentre donc sur le climat de l'atelier. Il peut noter ses observations cliniques pendant la séance et les utiliser lors du retour, reflétant aux participants leurs bons coups ou les défis à relever pour la suite. Michel mentionne que l'information clinique observée doit circuler dans l'équipe traitante et que ce rôle relève de l'intervenant social.

La clientèle vit avec des symptômes positifs et négatifs reliés à la schizophrénie et cet état doit être pris en considération dans le choix d'un co-animateur. Il apparaît indiqué de séparer le rôle orienté vers la tâche (l'apprentissage des percussions) de celui orienté vers les besoins personnels (en lien avec les caractéristiques individuelles de chacun qui ont un impact sur le climat du groupe) (Turcotte et Lindsay, 2008). Il doit gérer à travers ses interventions la clientèle plus « difficile » lorsque leurs symptômes sont trop importants et nuisent au groupe. L'intervenant social doit supporter l'enseignant de percussions et lui fournir de l'information concernant sa clientèle. Il peut exercer une vigilance sur le groupe et les individus afin de déceler les éléments de réalité pertinents à intégrer lors des retours formels à la fin de chacun des ateliers, lors de rencontres individuelles auprès des participants ou lors des réunions cliniques avec l'équipe.

Considérant que je suis en charge du développement de l'intervention percussions et étant donné mon rôle de travailleuse sociale et spécialiste en toxicomanie auprès des clients suivis au SIM, je considère qu'il est de ma responsabilité d'endosser ce rôle. Je choisis de m'impliquer activement à titre de participante à l'apprentissage de percussions par souci de vivre une expérience commune avec la clientèle. Ma participation à l'atelier musical permettra de vivre les mêmes défis que le reste du groupe et ainsi servir de modèle positif. Ma participation n'exclut pas le rôle de co-animation, tel que suggéré par les experts, notamment par une prise de parole ponctuelle advenant que le climat du groupe se détériore.

L'animation de la prise de contact et du retour avant et après l'activité percussions relève aussi de l'intervenant.

2.4.3 Équipe traitante

Selon René, l'équipe traitante a un rôle majeur dans la phase de recrutement car elle possède la capacité de cibler les clients qui pourraient profiter de l'intervention. L'implication de l'équipe est nécessaire tout au long du processus.

« On a un rôle pour aller les recruter au départ. On le fait en équipe pour être capable de cibler les jeunes pour lesquels qui ont le plus besoin du projet. On est omniprésent, [...] mais on est aussi présent dans ce qu'il y a avant, on les connaît depuis longtemps (les participants) [...] Et on va être présent après pour assurer le soutien pis le suivi » (René, directeur clinique, p. 7 et 8).

À mon avis, l'équipe traitante doit être impliquée par l'intervenant social dès le recrutement afin de faciliter l'accès aux clients et favoriser leur appropriation du projet. Bien évidemment, il est du rôle de l'intervenant social d'informer l'équipe sur le projet et son évolution. Les clients rencontrés dans un contexte de suivi intensif sont des partenaires vus, pour la plupart, depuis longtemps et à une grande fréquence. Chacun d'eux a un intervenant pivot qui assure un suivi plus étroit du plan d'intervention. Un retour sur l'activité lors des réunions d'équipe permet que l'intervenant pivot soit bien informé de l'évolution de son client afin qu'il puisse ajuster le plan d'intervention.

2.5 Enjeux spécifiques à la consommation

Considérant que le choix de l'activité percussions a comme objectif de faire vivre une activité alternative à la consommation et qu'elle s'adresse à des consommateurs, nous avons abordé les enjeux touchant à cette réalité.

2.5.1 Règles spécifiques entourant la consommation

Sur cette question, les points de vue diffèrent selon l'organisation dans laquelle se retrouvent les personnes interviewées. On affiche une attitude plus libérale dans les organisations communautaires qu'institutionnelles. Une approche de réduction des méfaits semble être

davantage utilisée par René et les enseignants de percussions. Ils se concentrent surtout sur les conséquences de la consommation et, s'il n'y en a pas, la situation ne leur pose pas problème.

« Je me veux en tout respect de la mission de chacune des organisations parce que je comprends que ce qu'on fait ici peut ne pas se faire ailleurs. [...] Je sais que pour la plupart des jeunes, si je leur demande d'arrêter de consommer avant de venir, je les perds. Il faut que je fasse l'inverse : il faut que je dise « Viens t'en! Même si t'es gelé » [...] Si on fait ça on crée un vide identitaire pour la personne qui se définit [...] comme un junkie, on lui enlève une portion de son identité, on crée un vide » (René, directeur clinique, p. 14 et 15).

Du point de vue de Michel, qui intervient dans un milieu institutionnel, des règles claires doivent être nommées aux participants en regard de la consommation. Il est d'avis d'interdire la possession de substances psycho-actives aux participants de l'activité de groupe, d'en distribuer ou d'en vendre. Michel considère que les participants doivent être à jeun lorsqu'ils se présentent à des activités de groupe afin d'être en cohérence avec l'objectif de vivre une expérience alternative à la consommation.

Le choix d'imposer des règles spécifiques à la consommation est difficile à prendre. Il est entendu dans notre équipe SIM de ne pas intervenir avec une personne intoxiquée. Toutefois, l'activité percussions s'adresse à ceux pour lesquels la pulsion à consommer est plus que présente. Ce groupe de personnes ciblées par l'intervention n'adhère pas aux activités de groupes dans la communauté et la plupart prétendent n'avoir aucun problème de consommation. Il m'apparaît important d'ajuster l'activité percussions aux personnes concernées et considérant leur absence d'implication à toute forme d'activité autre que la consommation, le choix de ne pas imposer l'abstinence se justifie. Bien évidemment, il serait préférable que les participants puissent vivre du plaisir à jeun et tenter d'éviter qu'ils attribuent les bienfaits de l'activité à leur consommation. Par contre, il n'est pas réaliste à ce stade-ci d'exiger cette règle sans décourager leur participation. J'envisage donc, à l'instar de René, de ne pas appliquer de règles spécifiques sur la consommation. Malgré l'absence de celles-ci, nous considérons que tout comportement qui ne respecte pas le cadre décrit à la section 2.5 doit être pris en compte. Une règle sera toutefois nommée lors de la rencontre

préparatoire sur l'interdiction d'avoir des SPA en vue de marchander pendant l'activité percussions.

2.5.2 Interventions entourant la consommation

Un consensus se dégage sur l'importance d'intervenir sur les impacts visibles de la consommation sur la participation des personnes lors de l'activité. Michel suggère d'ajuster les interventions lorsqu'il y a non-respect du cadre et de nommer ouvertement ce qui n'est pas respecté. Par exemple, advenant qu'un participant a un comportement désinhibé et qu'il parle par-dessus une autre personne, il suggère d'intervenir en demandant à la personne de changer le comportement. Il est nécessaire de rappeler le cadre aux personnes concernées et d'insister sur le respect des règles.

Magalie nomme quelques stratégies d'intervention favorisant l'inclusion des participants. Elle insiste sur l'enseignement et l'inclusion. Elle continue à chercher à préserver l'harmonie musicale auprès de chacun des participants, et cela peu importe s'il a consommé ou non. René partage cette opinion.

« Ça ne sera pas un critère qui va faire que la personne est présente ou non, ou qu'elle se fasse mettre dehors. Mais ça va être un élément qui va être utilisé [...] pour tenter de ramener la personne [...] Moi je dis pas arrête de te geler, [mais] quand t'es à jeun, mon vieux, elle rentre la toune » (René, directeur clinique, p. 15).

Suite aux propos des experts et ma connaissance de la clientèle ciblée, il m'apparaît souhaitable de responsabiliser les participants et faire confiance en leur engagement en les laissant choisir d'avoir consommé ou non lorsqu'ils se présentent à l'activité. Comme mentionné par Michel, les interventions dirigées vers les comportements jugés inadéquats sont plus profitables. Nous croyons que les interventions en lien avec la consommation ont avantage à être orientées sur les comportements afin que la personne puisse saisir les impacts de celle-ci sur sa participation à une activité comme les percussions. Ne pas imposer de règle sur cet aspect n'exclut pas la nécessité que l'intervenant social et son équipe puissent questionner au plan clinique ce choix de la part du participant de consommer avant l'activité. Par exemple, identifier avec lui les raisons qui le poussent à consommer et ainsi tenter avec

lui d'explorer des moyens alternatifs est plus bénéfique au plan thérapeutique que de risquer qu'il ne se présente pas à l'activité. Le marchandage de SPA sera toutefois interdit et entraînera une rencontre spécifique avant de demander à la personne de quitter les lieux.

2.5.3 Prise en considération de la modalité « groupe » avec des consommateurs

Ce thème a plus spécifiquement été abordé avec Michel. Selon lui, il existe des risques à regrouper des consommateurs (marchandage, entres autres) et nous devons être conscients de cette réalité. Il y a aussi des effets positifs à créer un groupe.

« Le fait de venir rencontrer d'autres personnes qui sont en démarche comme eux, pis qui font des efforts dans le même sens qu'eux, [peut donner] un effet supportant, encourageant pis motivationnel. C'est ce que l'on souhaite » (Michel, ergothérapeute, p. 8).

Selon Michel, l'intervention avec un groupe de consommateurs constitué de personnes à des stades motivationnels différents n'est pas contre-indiquée puisque l'accent est mis sur la réalisation d'une activité et non sur la thérapie.

« Je pense que ça prend des espaces où ils peuvent se côtoyer et cela peut être intéressant. C'est bon qu'une personne au stade 1 (phase de pré-contemplation) soit en contact avec une personne dans une démarche de maintien par exemple. Le contact avec une personne d'un autre niveau peut être inspirant et stimulant » (Michel, ergothérapeute, p. 23 et 24).

René mentionne que l'intervenant social devrait porter une attention sur l'importance d'encourager les liens entre les participants du groupe.

« On se rend compte que c'est tous des tout seul ensemble. Même si c'est des connaissances, quand t'es mal pris dans ta souffrance, tu te retrouves très isolé. Fais que pour nous autres, c'est important de former ce groupe de soutien-là qui va permettre à la personne de ne jamais se sentir seule tout au long du projet. C'est important d'avoir ce soutien-là » (René, directeur clinique, p. 7).

Considérant l'importance pour les experts de développer des liens entre les participants, l'intervenant social devrait mettre en place des stratégies permettant de faciliter cette recommandation. Par exemple, une carte d'encouragement pourra être remise de la part du groupe aux participants qui quittent l'activité percussions, peu importe la raison. Une sortie

éducative (repas au resto, spectacle de percussions) sera choisie par le groupe pour souligner la fin du projet. L'important ici est de soutenir les liens de la personne avec le groupe puisque ces liens peuvent être une force dans le rétablissement (Vincent et coll., 2001).

CHAPITRE 3

DISCUSSION

Malgré que nous ayons abordé la partie discussion dans la section des résultats, nous reprenons ici les éléments centraux considérés comme les modalités optimales.

3.1 Principaux constats

Les résultats obtenus indiquent qu'une intervention de groupe à partir de l'apprentissage des percussions est appropriée à une clientèle qui éprouve des troubles de santé mentale graves et persistants dans le cadre d'un suivi intensif dans la communauté. La littérature et les experts interrogés identifient plusieurs pratiques d'intervention à privilégier dans l'approche intégrée auprès des personnes ayant le double diagnostic dont l'utilisation de l'art comme outil d'inclusion et l'utilisation du groupe pour engager le client. Les experts sont unanimes, une telle activité permet d'atteindre plusieurs objectifs thérapeutiques : développer les ingrédients favorisant la motivation au changement, stimuler les facultés cognitives et physiques; créer des liens sociaux, et finalement vivre du plaisir sans consommation.

Les résultats recueillis donnent une ligne de conduite intéressante en ce qui a trait aux modalités de l'intervention. Le seul critère est que la personne utilisatrice de services au SIM soit volontaire. Il est recommandé de mettre en place des mécanismes de sollicitation pour la clientèle (rappels verbaux et une rencontre individuelle avec chacun des participants) afin d'encourager leur participation au groupe d'activité percussions. Il est suggéré d'organiser une rencontre préparatoire avant le début de l'activité afin de situer les participants sur les objectifs de la démarche de groupe. Les résultats recommandent de débiter l'activité avec un temps de parole permettant ainsi d'évaluer l'état mental dans lequel se situent les participants. En deuxième lieu se déroule le cours de percussions et on recommande de terminer par un retour verbal sur ce qui a été vécu à la toute fin. Plusieurs difficultés (symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie, manque de motivation et confiance) sont soulevées chez la clientèle à travers ce choix d'activité et les principales stratégies pour y

faire face sont le « *modeling* », miser sur les forces de la personne, attirer l'attention du participant ainsi que favoriser l'expression des émotions. Les résultats indiquent l'importance d'inclure un cadre clair regroupant des règles de fonctionnement et des sanctions relatives au non-respect de celles-ci. Un bilan de groupe est une valeur ajoutée car il permet d'identifier les apprentissages faits à travers l'intervention. Il est souhaitable que le groupe puisse choisir de terminer avec un spectacle, l'opportunité de cet espace n'est donc pas à négliger à l'intervention. Finalement, compte tenu du contexte, nous recommandons aux participants de vivre l'expérience sans consommer, mais qu'en autant qu'ils fonctionnent bien dans le groupe, nous composerons avec la situation.

Plusieurs auteurs appuient l'importance d'innover par des pratiques qui poussent les individus vers l'action autorisant une reprise de contrôle sur leur vie (Dupuy, 2004; Séguin, 2009). Vivre une expérience alternative à la consommation apparaît une piste clairement gagnante auprès de ma clientèle. L'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec partage cet avis et recommande à ses membres la formation d'activités cliniques de groupe comme alternative à la consommation (ACRDQ, 2005).

Considérant que le traitement intégré implique l'accompagnement de l'individu vers des changements d'habitude de vie qui ne sont pas centrés sur la consommation, il est souhaitable que l'intervention développée dans cet essai soit implantée dans un contexte de suivi dans la communauté auprès des personnes à double diagnostic (toxicomanie-santé mentale) (Mueser et coll., 2001).

3.2 Réalisation de l'implantation de l'intervention

Fort des constats réalisés lors des entrevues et des appuis de la littérature, j'ai déposé une demande de financement à la Fondation de mon hôpital afin d'implanter l'intervention de groupe décrite à ma clientèle. Cette démarche ne faisait pas partie prenante de mon essai. Ma demande a été acceptée, en partie grâce au travail effectué dans le cadre de cet essai. J'ai ainsi été en mesure de constater un taux de participation significatif et un intérêt certain des participants pour l'activité. Sur dix personnes mobilisées lors de la rencontre préparatoire, six assistent régulièrement aux séances hebdomadaires. Comme prévu, le défi est de maintenir

leur motivation. Les stratégies identifiées dans les sections sur la phase de recrutement et la sollicitation permettent de maintenir leur engagement. Suite à mes observations, celles de mon équipe et celles de l'enseignant de percussions et en regard des commentaires rapportés par les participants, il semble que tous les éléments rapportés dans mon essai sont adaptés à ma clientèle. Bien entendu, il sera souhaitable d'évaluer l'implantation et l'efficacité du projet de façon appropriée, mais ce sera l'objet d'un autre exercice.

3.3 Forces de l'essai

En tant que travailleuse sociale et spécialiste en toxicomanie au sein d'une équipe SIM, j'ai le mandat d'offrir des services spécialisés dans le traitement des troubles concomitants (troubles graves et persistants de santé mentale et toxicomanie). Mon rôle professionnel coïncide parfaitement avec mon intérêt à implanter l'intervention développée dans cet essai. Les connaissances acquises après quelques années d'expérience auprès de cette clientèle en contexte de suivi dans la communauté m'ont permis d'être confortable avec le sujet à l'étude.

Je suis sensible au fait que la clientèle que je dessers est aux prises avec des problèmes plus complexes et mon souci d'explorer des pistes nouvelles d'intervention est justifié auprès des experts qui ont participé aux entrevues. Je suis familière avec le langage relié au monde de l'intervention et les propos rapportés à travers les entrevues me sont plus accessibles qu'à une personne qui n'aurait pas cette expérience (Beaud et Weber, 1998). Ma position m'a permis d'approfondir certaines questions du guide d'entretien lors des entrevues, ce qui n'aurait pu être possible si je ne les avais faites moi-même. Une entrevue semi-dirigée exige un minimum de confort avec le sujet. De plus, les coûts financiers reliés à l'engagement d'une personne externe représentaient un inconvénient majeur. Mon rôle actif en tant qu'intervieweuse a permis de mieux guider la collecte de données et m'assurer de recueillir le matériel nécessaire à mon sujet, une force dans la recherche qualitative (Fortin, 2006).

Une deuxième force de mon essai est attribuable au caractère novateur du sujet. L'idée d'associer le développement d'une activité d'apprentissage des percussions au traitement des troubles concomitants au Québec est une force en soi. La rareté des expériences québécoises concernant mon sujet a exigé une recherche auprès d'informateurs clés. La littérature

québécoise met en relief un manque de données probantes sur des nouvelles pratiques à développer concernant le traitement des troubles concomitants et ce, malgré certaines interventions prometteuses (Landry et coll., 2012). Mon sujet d'étude comble un vide à cet effet et peut inspirer d'autres professionnels œuvrant dans notre système de santé.

3.4 Limites

Je reconnais que ma démarche présente quelques limites. L'une d'elles fait référence à la constitution de l'échantillon. Nous avons recueilli le point de vue de cinq experts qui ont tous développé des expertises pertinentes sur le sujet de l'essai. Par contre, aucun des participants ne possédait les cinq caractéristiques à l'étude : soit celle d'avoir expérimenté l'intervention de **groupe** à partir d'une **activité d'apprentissage des percussions** auprès de personnes ayant des **troubles graves et persistants de santé mentale** ainsi qu'un problème de **toxicomanie** dans un contexte de **suivi dans la communauté**. Il aurait été intéressant de tenir compte de la perception et de la vision globale d'experts pour lesquels tous les éléments auraient été intégrés dans le même discours. Toutefois, mon choix d'opter pour un mode d'échantillonnage par choix raisonné (Fortin, 2006) n'implique pas une erreur technique réelle considérant qu'il y a un lien équivoque entre chacune des personnes interviewées et le sujet à l'étude. Au final, les cinq experts rassemblés ont permis de rallier les éléments nécessaires.

Une seconde limite est liée à la difficulté de généraliser les résultats obtenus à d'autres contextes d'interventions. Par exemple, un professionnel voulant implanter cette intervention auprès d'une clientèle hospitalisée et instable au plan psychiatrique (en ajustement de médication) pourrait trouver que les exigences soulevées par l'activité ne sont pas ajustées à la réalité de l'individu. Cette limite est toutefois inévitable dans le cadre d'un essai dont le but était de créer une activité de groupe dans un contexte bien précis. Il faut donc demeurer vigilants et tenir compte des caractéristiques de la population visée par l'étude avant d'en généraliser les résultats (Fortin, 2006).

3.5 Retombées prévisibles

Selon mes observations cliniques et la littérature consultée, on peut s'attendre à plusieurs impacts de ma démarche (Ross 2008; Chanda et Levitin, 2013). Une amélioration du fonctionnement social et parfois même une diminution de la consommation de SPA chez les personnes qui s'engagent dans des activités de réadaptation de ce genre est prévisible (Mueser, 2001). On peut facilement concevoir qu'une personne qui vit une expérience positive comme celle que je veux articuler développe un sentiment d'auto-identité plus fort, une estime personnelle augmentée et une diminution de ses comportements d'isolement (Mueser, 2001). La clientèle ciblée par l'intervention est confrontée à plusieurs obstacles qui augmentent la difficulté à leur faire intégrer des activités autres que la consommation. Nous croyons que l'apprentissage des percussions peut leur permettre de vivre une expérience de plaisir différent. Vivre du plaisir sans la consommation pourrait favoriser une généralisation des acquis du plaisir vers d'autres activités de la vie et ainsi favoriser l'adoption d'un style de vie plus sain (Bertrand et coll., 2012). L'activité de groupe devrait améliorer les compétences sociales des participants (Mueser, 2001).

Il y aura possiblement des retombées positives pour le CSSS Cœur-de-l'île considérant que j'aurai l'opportunité de faire une présentation du projet devant le comité dépendance, celui-ci regroupant des agents de liaison de chacun des programmes offerts par le CSSS. Les intervenants en santé mentale sur le comité dépendance décrivent une augmentation des problèmes de consommation de SPA chez leur clientèle (enfance, jeunesse, personnes âgées) et invoquent un sentiment d'impuissance devant certaines impasses en intervention. Le partage d'expériences d'intervention comme « Rythme ta Vie » ne peut que faire émerger une vague créatrice d'interventions prometteuses et innovantes dans la perspective du traitement de la toxicomanie.

Mon implication étroite depuis janvier 2013 dans la création d'une communauté de pratique visant à améliorer le traitement et la réadaptation des troubles concomitants dans un contexte de suivi intensif est un autre espace où ce projet sera pris en considération. Les retombées positives prévues par le projet pourront être ainsi partagées et véhiculées à travers les équipes de Suivi Intensif au Québec.

RÉFÉRENCES

- Acier, D., Nadeau, L. et Landry, M. (2007). « Processus de changement chez des patients avec une concomitance toxicomanie-santé mentale ». *Santé mentale au Québec*, 32(2). Consulté le 16 novembre 2013, <http://id.erudit.org/iderudit/017797ar>.
- Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) (2005). *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux : Pour une intervention efficace des centres et de leurs partenaires*. Consulté le 9 février 2013, <http://www.acrdq.qc.ca/trouble.php>.
- Baker, F., Gleadhill, L. et Dingle, G. (2007). « Music therapy and emotional exploration : Exposing substance abuse clients to the experiences of non-drug-induced emotions ». *The Arts in Psychotherapy*, 3, (321-330). Consulté le 3 février 2013, <http://dx.doi.org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/j.aip.2007.04.005>.
- Barbès-Morin, G. et Lalonde, P. (2006). « La réadaptation psychiatrique du schizophrène ». *Annales Médico Psychologiques*, 164, 529-536.
- Beaud, S. et Weber, F. (1998) *Guide de l'enquête de terrain*. Paris : Collection Grands Repères.
- Bertrand, K., Laventure, M., Auger, P., Contant, E. et Durand, G. (2012). *Programme adrénaline: développement d'une pratique de pointe dans le traitement de la toxicomanie chez des jeunes hébergés en centre jeunesse*. 4^e Congrès biennal du CQJDC, Université Laval, Québec.
- Blackett, P. et Payne, H. (2005). *Health Rhythms: A Preliminary Inquiry into Group Drumming as Experienced by Participants on a Structured Day Services Programme for Substance Misusers*. Consulté le 13 novembre 2013, www.uhra.herts.ac.uk/bitstream/handle/2299/1377/101663.pdf?sequence.
- Boutin, G. (1997). « L'entretien de recherche qualitatif ». *La conduite de l'entretien individuel*. St-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Brisson, P. (2000). « L'usage des drogues et la toxicomanie ». In P. Lamarche et L. Nadeau (dir.), *Toxicomanie et misère persistante* (p. 103-115). Québec : Gaëtan Morin éditeur.
- Brisson, P. (2009). [Les questions de sens dans la prévention et le rétablissement des dépendances](#). Conférence présenté au 37^e colloque de l'AITQ, Trois-Rivières, Canada. 26 octobre 2011.

- Carton, S. (2005). « La recherche de sensation : quel traitement de l'émotion ? » *Psychotropes*, 3(11), 121-144. Consulté le 26 janvier 2013, <http://www.cairn.info/revue-psychotropes-2005-3-page-121.htm>.
- Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) (2013). *Traitement intégré, parallèle et séquentiel. Approches et modèles de traitement du double diagnostic*. Consulté le 13 décembre 2013. www.santementaletoxicomanie.ca.
- Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) (2004). *Guide de pratique pour les équipes de suivi intensif dans la communauté*. Consulté le 9 février 2013, <http://www.douglas.qc.ca/page/documentation-cnesm>
- Cloutier, R. (2010). « Itinérance, santé mentale et toxicomanie : un mélange potentiellement explosif ». *Bulletin d'information et de liaison sur la police de type communautaire*. Consulté le 16 février 2013, www.securitepublique.gouv.qc.ca/police/publications-statisti
- De Las Heras, C.G. (2006). « Le processus de remotivation : de la pratique à la théorie à la pratiquer ». *Le partenaire*, 13(2), 4-12.
- Drake, R.E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K.T., McHugo, G.J. et Bond, G.R. (1998). « Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders ». *Schizophrénie Bulletin*, 24(4), 589-608.
- Drake, R.E., O'Neal, E. et Wallach, M. (2008). « A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorder ». *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 123-138.
- Dufour, M. (2011). *TXM 722 : Comorbidité et toxicomanie*. Recueil de textes. Longueuil : Université de Sherbrooke.
- Dupuy, V. (2004). « Des activités artisanales ? Ah bon! Pourquoi ? ». *Expériences en ergothérapie*, 17^e série, 104-108.
- Favrod, J. et Maire, A. (2012). *Se rétablir de la schizophrénie : Guide pratique pour les professionnels*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Fortin, M. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Les méthodes de collecte des données qualitatives : l'entrevue*. 2^e édition. Chenelière Éducation. p. 427-428.
- Fortin, M.F., Côté, J. et Filion, F. (2006) *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Front d'action populaire en réaménagement urbain (FRAPRU) (2011). *Dix ans de crise qui ont laissé des traces*. Front d'action populaire en réaménagement urbain. Consulté le 13 novembre 2013, www.frapru.qc.ca/?Dix-ans-de-crise-qui-ont-laisse.

- Kielhofner, G. et Marcoux, C. (2006). *Le modèle de l'occupation humaine (MOH)*. Sainte-Foy : Université Laval, Faculté de médecine.
- Landry, M., Brochu, S. et Patenaude, C. (2012). « L'intégration des services en toxicomanie ». In M.J. Fleury, M. Perreault et G. Grenier (dir.), *L'intégration des services pour les troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie* (p. 9-25). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Le Blanc, M. et Le Blanc-Trudeau, P. (2008). *L'activité d'apprentissage d'habiletés pour la gestion de la consommation psychoactives*. Montréal : Boscoville.
- Le Louet, C. (2008). *Éveil des sens et troubles cognitifs chez l'adulte schizophrène : L'exemple de l'atelier percussions en ergothérapie*. Rennes : Institut de Formation en Ergothérapie.
- Leclerc, C. (1999). *Comprendre et construire les groupes*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Loser, F. (2011). *La médiation artistique en travail social. Enjeux et pratiques en atelier d'expression et de création*. Consulté le 13 novembre 2013, <http://lectures.revues.org/1312>.
- Miles, M.B. et Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2^e édition). Paris : De Boeck Université.
- Miller, W.R. et Rollnick, S. (2006). *L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement*. Paris : InterÉditions.
- Mueser, K.T. (2004). *Manuel de réadaptation psychiatrique, Traitement intégré des troubles mentaux graves et de la toxicomanie* (p. 166-182). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Mueser, K.T. et Noordsy, D.L. (1996). « Group treatment for dually diagnosed clients ». *New Directions for Mental Health Services*, 70, 33-52.
- Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E. et Fox, L. (2001). « Troubles mentaux graves et abus de substances : composantes efficaces de programmes de traitements intégrés à l'intention des personnes présentant une comorbidité ». *Santé mentale au Québec*, 26(2), 22-46.
- Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E. et Fox, L. (2003). *Integrated Treatment for Dual Disorders: A Guide to Effective Practice*. New York : Guilford Press.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2001). *Mieux comprendre les troubles mentaux et du comportement*. Consulté le 23 novembre 2013, www.who.int/whr/2001/chapter1/fr/index2.html.

- Pham-Scottez, A. (2007). « Insight et schizophrénie ». *L'Encéphale*, 33(3), 383-389.
- Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ (2013). *Le logement subventionné*. Consulté le 15 novembre 2013, www.rrasmq.com/documents/logement_subventionne.pdf.
- Ross, S., Cidambi, I., Dermatis, H., Weinstein, J., Douglas, Z., Roth, S. et Galanter, M. (2008). « Music therapy ». *Journal of Addictive Diseases*, 27(1), 41-53.
- Roy, E., Morissette, C., Haley, N., Gutiérrez, N., Rousseau, L. et Denis, V. (2006). « Pourquoi commencer ? L'initiation à l'injection de drogues selon les jeunes de la rue ». *Drogues, santé et société*, 5(1), 45-76.
- Santé Canada (2002). *Meilleures pratiques - Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Consulté le 9 février 2013, http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/bp_disorder-mp_concomitants/mechansim-mecanisme-fra.php
- Séguin, G. (2009). *Programme intégré pour personnes atteintes d'un trouble concomitant de psychose et toxicomanie : contribution des ergothérapeutes*. Montréal : Université de Montréal.
- Thomson, D., Gélinas, D. et Ricard, N. (2002). « Le modèle PACT : Suivi dans la communauté des personnes atteintes de troubles mentaux graves ». *Revue de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec*, 10(1), 26-36.
- Trudel, J. et Lesage, A. (2005). « Le sort des patients souffrant de troubles mentaux très graves et persistants lorsqu'il n'y a pas d'hôpital psychiatrique : étude de cas ». *Santé mentale au Québec*, 30(1). Consulté le 16 février 2013, <http://id.erudit.org/iderudit/011161ar>.
- Tryssenaar, J., Wilkinson, S. et Bailey, C. (2000). « Itinérance, santé mentale et ergothérapie. Une expérience qui confirme d'étonnantes possibilités ». *Santé mentale au Québec*, 25(2), 109-131. Consulté le 17 novembre 2013, <http://id.erudit.org/iderudit/014454ar>.
- Turcotte, D. et Lindsay, J. (2008). *L'intervention sociale auprès des groupes* (2^e édition). Montréal : Chenelière Éducation.
- Vincent, M., Gagné, C. et Thérien, J. (2011). « Traitement concomitant de la psychose et de la toxicomanie ». *Santé mentale au Québec*, 26(2), 92-105.

ANNEXE A

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

A. INTRODUCTION

Dans le cadre de notre formation de maîtrise professionnelle en intervention en toxicomanie (MIT) à l'Université de Sherbrooke, nous demandons votre collaboration pour réaliser cet essai synthèse.

Titre de l'essai synthèse: Rythme ta vie

Objectif de l'essai synthèse : Cet essai porte sur l'élaboration d'une intervention de groupe à partir d'une activité d'apprentissage des percussions. Le but de cette intervention est de faire vivre une expérience alternative à la consommation de substances psycho-actives à une clientèle qui éprouve des troubles de santé mentale graves et persistants dans le cadre d'un suivi intensif dans la communauté. Je sollicite votre participation afin de recueillir les éléments d'informations nécessaires à la mise en place de cette démarche. Mon but sera de déterminer le contenu et le déroulement de l'intervention auprès d'une clientèle spécifique avec la modalité de la musique comme moyen d'intervention. Des thèmes tels que la structure d'une séance, le contenu et les objectifs visés seront investis.

Cet essai synthèse sera mené par **Andrée-Anne Brissette**, étudiante à la MIT de l'Université de Sherbrooke et sera encadré par **Pascal Schneeberger**, directeur.

Leurs coordonnées sont les suivantes:

- 1) **Andrée-Anne Brissette, étudiante, (514) 214-4143**
Andree-anne.Brissette@USherbrooke.ca
- 2) **Pascal Schneeberger, directeur de l'essai, (450) 463-1835 poste 61678**
Pascal.Schneeberger@USherbrooke.ca

L'essai de cette étudiante est mené dans le cadre de ses fonctions professionnelles : à titre de travailleuse sociale et spécialiste en toxicomanie pour le suivi intensif dans le milieu du CSSS Cœur-de-l'île. Mme Carole Deschamps, coordonnatrice du programme psychiatrie adulte a accepté que cet essai synthèse se réalise dans l'équipe du suivi intensif dans le milieu.

B. DESCRIPTION DE VOTRE IMPLICATION

Dans le cadre de cet essai, je vous rencontrerai une seule fois pour une entrevue d'une durée de 45 à 60 minutes. L'entrevue se déroulera à l'endroit qui vous conviendra, dans votre milieu ou dans nos bureaux. Cet entretien sera enregistré avec un support audio. Vous avez

été sélectionné à cause de votre expérience professionnelle dans l'utilisation de la musique auprès d'une clientèle spécifique.

C. RISQUES ET BÉNÉFICES

En ce qui concerne les bénéfices de votre participation, cette rencontre pourrait vous permettre de faire le point sur votre expérience professionnelle en premier lieu. De plus, le partage de votre expertise pourrait favoriser le développement de pratiques innovantes dans le champ de la santé mentale et de la toxicomanie. Il n'y a pas de risques associés à votre participation à cet essai, sauf peut-être un inconvénient de temps à consacrer à l'entrevue.

D. CONFIDENTIALITÉ

Tous les renseignements colligés dans le cadre de votre implication dans cet essai synthèse seront traités de façon strictement confidentielle. Votre nom et tout renseignement permettant de vous identifier ne seront mentionnés dans aucun document. Les renseignements recueillis **par l'enregistrement de l'entrevue** ne pourront être utilisés et entendus que par le directeur d'essai, l'étudiante ainsi qu'une personne engagée pour rédiger le verbatim et ils seront détruits dans les six mois suivant le dépôt de l'essai synthèse ou encore au maximum, trois ans suivant cette rencontre.

À noter que la confidentialité sera assurée conformément aux lois et règlements en vigueur. Advenant que la vie ou la sécurité d'une personne soit en danger de façon imminente ou encore que la sécurité d'un enfant soit compromise, un bris de confidentialité pourrait s'avérer nécessaire.

E. COMPENSATION

Aucune compensation ni rémunération ne sera allouée pour votre participation à cet essai.

F. PERSONNES-RESSOURCES

Pour toute question, commentaire ou préoccupation concernant votre participation à cet essai synthèse, vous pouvez contacter l'étudiante ou le directeur d'essai (voir coordonnées ci-dessus). Si, pour une quelconque raison, vous ne désirez pas en discuter avec ces personnes ou si vous désirez porter plainte quant à vos droits à titre de participant(e) à cet essai synthèse, vous pouvez contacter :

Lise Roy, directrice des Programmes d'études en toxicomanie

Tél. : 450 463-1835, poste 61795 ou 1 888 463-1835

Lise.Roy@USherbrooke.ca

G. CONSENTEMENT

Par la présente, je reconnais :

- *avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on a répondu à toutes mes questions, qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision et qu'on m'a offert une copie du présent formulaire.*
- *accepter que les résultats obtenus dans le cadre de cet essai synthèse soient rendus publics, conformément aux exigences du programme de maîtrise de l'Université de Sherbrooke*
- *consentir à participer à cet essai synthèse, tel que décrit dans le présent formulaire de consentement et d'information.*

(Nom du participant(e))

(signature du participant(e))

(date)

*(Nom de la personne
obtenant le consentement)*

*(signature de la personne
obtenant le consentement)*

(date)

ANNEXE B

GRILLE D'ENTREVUE

- 1) Pouvez-vous me décrire vos expériences avec une clientèle spécifique (déficience intellectuelle, trouble de santé mentale, toxicomanie...) ? Et à quel titre vous êtes intervenu auprès d'eux ?
- 2) Quels sont ou étaient vos objectifs ? Buts ?
- 3) Une préparation est-elle nécessaire avant de débiter des cours ? Quels seraient les critères nécessaires pour les participants ? Les contre-indications s'il y a lieu ?
- 4) Est-ce que ça prend un minimum de compétence ou d'habileté de la part des participants avant de s'inscrire dans un atelier musical ? Et pour celui qui anime ou co-anime ce genre d'activité ?
- 5) Pouvez-vous me donner une description du déroulement d'un cours avec une clientèle (spécifique ou non) ?
Incluant les éléments (durée du cours, temps de pause, interventions verbales, méthode pédagogique, improvisation musicale, solo, cohésion musicale, moment de la journée plus favorable pour les participants)
- 6) Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans le passé avec des groupes comparables ? Quels moyens sont utilisés pour pallier les difficultés ?
- 7) Quel est le cadre, les règles ? L'organisation du déroulement est-elle modulable selon les profils des participants ?
- 8) Comment décririez-vous votre type d'enseignement, vos attitudes ?
- 9) Quel est votre point de vue sur le rôle (en tant que travailleuse sociale) que je devrais jouer dans les ateliers, avant, pendant et après ?
- 10) Comment favoriser la motivation à l'apprentissage lorsque les personnes sont parfois en manque d'énergie, apathiques ?

- 11) Est-ce que vous croyez qu'il est souhaitable de terminer la démarche musicale par un spectacle ? Est-ce que vous avez de l'expérience dans la préparation d'un spectacle ? Pour un groupe de personnes avec des particularités (dans ce cas-ci trouble graves et persistants), combien de séances pensez-vous suffiraient pour la préparation à un mini-spectacle ? Des impacts positifs ou négatifs observés lorsqu'il y a un spectacle comme objectif rattaché aux cours ?

- 12) Avez-vous des expériences ou des éléments dont nous n'avons pas parlé et que vous aimeriez inclure ?

ANNEXE C

GRILLE D'ENTREVUE MODIFIÉE

- 1) Pouvez-vous me décrire vos expériences en intervention de groupe avec une clientèle ayant une double problématique (troubles graves et persistants de santé mentale et toxicomanie) ? Et à quel titre êtes-vous intervenu(e) auprès d'eux ?
- 2) Quels sont ou étaient vos objectifs ? Buts ?
- 3) Selon vous, l'utilisation d'un médium (comme une activité artistique) dans l'intervention thérapeutique auprès de cette clientèle est-elle profitable ?

Et si oui, comment s'articule le lien entre l'activité et les objectifs thérapeutiques (retour en fin d'activité, vécu partagé, faire des liens avec eux entre la consommation et l'expérience vécue) ?

- 4) Une préparation est-elle nécessaire avant de débiter une intervention de groupe ? Quels seraient les critères nécessaires pour les participants ? Les contre-indications s'il y a lieu ?
- 5) Pouvez-vous me définir le rôle du co-animateur ainsi que celui de l'animateur ?
- 6) Pouvez-vous me donner une description du déroulement d'une intervention de groupe avec cette clientèle ?

Incluant les éléments (durée du cours, temps de pause, interventions verbales, méthode pédagogique, moment de la journée plus favorable pour les participants, nombre de séance pour une session, contrat d'engagement au début)
- 7) Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans le passé avec des groupes comparables ? Quels moyens sont utilisés pour pallier aux difficultés ?
- 8) Est-ce que vous avez observé des effets pervers ou positifs en lien avec le contact entre consommateurs et si oui, comment composer avec la situation (la force de l'entraide entre eux versus contamination vers la consommation) ?

- 9) Est-il possible de faire une intervention de groupe dans le traitement de la toxicomanie auprès de cette clientèle malgré des individus à des stades motivationnels du changement différents (de pré-contemplation à maintien) ?
- 10) Quel est le cadre, les règles ? L'organisation du déroulement est-elle modulable selon les profils des participants ?
- 11) Comment décririez-vous votre type d'animation, vos attitudes ?
- 12) Quel est votre point de vue sur le rôle (en tant que travailleuse sociale) que je devrais jouer dans des interventions (par exemple, ici je suis avec un enseignant des percussions) avant, pendant et après ? Serait-il pertinent de faire des rencontres individuelles pendant le processus du groupe ?
- 13) Comment favoriser la motivation à l'apprentissage lorsque les personnes sont parfois en manque d'énergie, apathiques ?
- 14) Avez-vous déjà terminé une intervention de groupe par un spectacle, une exposition, une présentation ? Si oui, est-ce que vous croyez que c'est souhaitable ? Des impacts positifs ou négatifs observés lorsqu'il y a un spectacle (ou autre) ?
- 15) Avez-vous des expériences ou des éléments dont nous n'avons pas parlé et que vous aimeriez inclure ?
- 16) Avez-vous des lectures (textes) à me suggérer pour documenter le développement d'une intervention de groupe ?

ANNEXE D

GRILLE DE CODIFICATION

1) Les approches d'intervention

Sous-thèmes :

- 1) L'art comme outil d'inclusion sociale
- 2) Une activité de groupe pour engager le client

2) Le lien entre l'apprentissage des percussions et les objectifs thérapeutiques

Sous-thèmes :

- 1) Développer les ingrédients qui favorisent la motivation au changement
- 2) La stimulation des facultés cognitives
- 3) La création du lien social
- 4) Faire vivre du plaisir sans la consommation

3) Modalités de l'intervention

Sous-thèmes :

- 1) Les participants (profil des participants, sollicitation des participants, taille et nature du groupe)
- 2) La phase de préparation
- 3) Le déroulement d'une séance d'activité
- 4) Les difficultés rencontrées et les stratégies d'intervention adaptées
- 5) Le cadre et les règles
- 6) Le bilan de groupe
- 7) Les impacts émergeant de la réalisation d'un spectacle

4) Les rôles de chacun

Sous-thèmes :

- 1) L'enseignant de percussions
- 2) L'intervenant social
- 3) L'équipe traitante

5) Les enjeux en lien avec la consommation

Sous-thèmes :

- 1) Règles entourant la consommation
- 2) Interventions entourant la consommation
- 3) Prise en considération de la modalité « groupe » avec des consommateurs