

Une intervention de groupe favorisant l'appropriation du pouvoir chez des personnes ayant un problème de santé mentale et une déficience intellectuelle

par

Marie-France Racine-Gagné, M.Sc., T.S.

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Courriel : gagnegeoffroy@hotmail.ca

Jessica Gauthier, stagiaire en travail social

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Katherine Hauenherm, T.S.

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Marie-Joèle Lacourse, stagiaire en travail social

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Description of a group work project with adults suffering from mental illness and intellectual disability.

Description d'un projet d'intervention de groupe à l'Hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine (Montréal, Québec), auprès d'adultes ayant des problèmes de santé mentale et une déficience intellectuelle.

Tant dans les domaines de la santé mentale (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005) que de la déficience intellectuelle (MSSS, 2001), les pratiques tendent dorénavant à reconnaître les compétences des individus afin qu'ils s'approprient du pouvoir sur leur vie. Si cette vision apparaît aux premiers abords d'une évidence déconcertante, dans les faits, elle comporte différents enjeux. En effet, historiquement, il y avait une reconnaissance d'office de l'expertise des intervenants alors que les usagers n'avaient que peu à dire dans les décisions concernant leur propre plan d'intervention. Valoriser les compétences des individus implique ainsi un changement de culture qui remet en question des balises établies alors que les intervenants doivent

maintenant considérer le point de vue de l'utilisateur et, surtout, lui reconnaître le pouvoir de décider. Pour les usagers, il s'agit aussi d'un changement majeur. Comment des personnes qui ont trop longtemps été déconsidérées pourraient-elles maintenant mettre à profit leurs compétences alors qu'elles n'ont jamais appris à le faire? De surcroît, comment est-ce possible chez une clientèle dont les atteintes dues à la maladie et à la déficience intellectuelle accentuent la vulnérabilité et la dépendance à l'environnement? Nos convictions personnelles et notre formation en travail social nous amènent à croire au potentiel de ces individus et à travailler avec eux pour faire émerger leurs ressources personnelles. Toutefois, il nous faut pousser nos réflexions et innover dans nos pratiques pour atteindre cet objectif. C'est dans cette optique qu'a émergé, dans un groupe de praticiennes composé de deux travailleuses sociales superviseuses et de deux stagiaires, l'idée de former un groupe portant sur l'appropriation des valeurs éthiques de l'établissement par les usagers. Le présent texte, rédigé par les praticiennes qui ont élaboré le projet d'intervention, expose l'évolution de ce groupe de croissance et de soutien (dans une perspective de changement social) impliquant des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale et d'une déficience intellectuelle dans notre contexte de pratique, soit le programme de *psychiatrie en déficience intellectuelle* de l'hôpital Louis-H. Lafontaine. L'évolution du groupe est traitée en abordant sa préparation, ses objectifs ainsi que ses retombées.

Profil des usagers et de leurs problématiques

Le groupe a été formé de quatre hommes âgés de 30 à 45 ans, qui ont été choisis par les travailleuses sociales qui les connaissent de longue date. À la base, pour faciliter l'émergence d'une aide mutuelle et d'une confiance dans le groupe, nous avons ciblé des personnes qui avaient déjà des affinités entre elles. De plus, ces personnes vivaient dans la même unité de soins. Nous croyions

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 134 (2011.1): 62-68.

que ces affinités sont bénéfiques pour la continuité, la consolidation et la généralisation des apprentissages dans leur quotidien.

Chaque membre du groupe présente une déficience intellectuelle légère ou moyenne. La durée d'hospitalisation de ces personnes varie de 10 à 25 années. Outre la déficience intellectuelle, chacun a une ou plusieurs autres problématiques dont des dysfonctions exécutives.

La déficience intellectuelle implique des déficits cognitifs dont les atteintes, notamment des fonctions exécutives, varient en fonction de la condition propre à chaque individu. Les fonctions exécutives, qui se situent dans les régions frontales du cerveau (Moore Sohlberg et Mateer, 2001), sont responsables de différentes opérations mentales. Elles agissent en quelque sorte comme « un chef d'orchestre qui gère, contrôle et coordonne l'ensemble des opérations du cerveau » (Bernier, 2009 : 106). Ces déficits entraînent donc, pour ces personnes, différentes difficultés de gestion de leurs émotions et de leur comportement. Les difficultés générées peuvent être, entre autres, la difficulté à organiser une action, à la planifier, à anticiper et évaluer les résultats, à s'adapter aux nouvelles situations (Bernier, 2009; Taillefer, 2004). On peut dire qu'elles ont des difficultés majeures à généraliser les concepts même lorsque ces derniers sont connus. Ces difficultés peuvent aussi être de l'ordre de la persévérance (répétition d'une pensée ou d'une action sans pouvoir la refréner), de l'impulsivité ou du manque d'initiative, d'inhibition, de concentration par une grande *distractibilité* (Bernier, 2009; Moore Sohlberg et Mateer, 2001). Dans le langage courant, on dira souvent de ces personnes qu'elles « manquent de filtre » puisqu'elles diront instantanément ce qu'elles ressentent et agiront spontanément, sans analyse préalable. D'ailleurs, ces difficultés d'ordre cognitif peuvent générer des troubles du comportement dans leur quotidien (Moore Sohlberg et Mateer, 2001; Tremblay, Richer, Côté, Lachance et Poulin, 2004).

Les valeurs éthiques mises de l'avant dans le milieu de pratique

Ces dernières années, pour guider les actions tant de ses employés que des usagers desservis par l'établissement, l'hôpital Louis-H.

Lafontaine s'est doté d'un *Énoncé de valeurs éthiques* (HLHL, 2006) appuyé sur cinq valeurs : le respect; la bienveillance et la bienfaisance; l'autonomie; l'équité; l'intégrité et la sécurité.

Au programme de psychiatrie en déficience intellectuelle, bien que les employés aient été sensibilisés à cet *Énoncé de valeurs éthiques*, nous avons constaté que les usagers l'ont, de leur côté, été beaucoup moins. Certes, des affiches exposant l'*Énoncé de valeurs éthiques* sont disposées dans plusieurs lieux. Toutefois, la majorité des usagers, en raison de leurs multiples déficits, incluant le fait de ne pas savoir lire, peuvent difficilement s'en approprier le contenu. Comment peuvent-ils alors savoir si leur entourage interagit à leur égard de façon conforme aux valeurs prônées par l'établissement? De plus, comment peuvent-ils savoir si leur propre comportement est conforme à ce qui est attendu d'eux selon cet énoncé de valeurs?

Objectifs du groupe

Le groupe s'est échelonné sur une période de quatre mois avec des rencontres hebdomadaires. Il a été mené par les deux stagiaires avec le soutien des travailleuses sociales superviseuses. Les objectifs poursuivis par ce groupe ont été établis selon ce que nous percevions comme un besoin d'optimisation des connaissances théoriques et des pratiques des usagers en regard des valeurs éthiques, mais aussi des habiletés à développer pour s'approprier du pouvoir concernant ces valeurs. Nous avons aussi développé un volet de sensibilisation des intervenants à partir de nos perceptions des points qui devaient être peaufinés chez plusieurs d'entre eux. Les objectifs étaient de :

- Permettre aux usagers de rehausser leur niveau de connaissances en regard des valeurs éthiques afin qu'ils soient mieux outillés dans leurs interactions avec leur entourage (le personnel de l'établissement, les pairs, leur famille);
- Sensibiliser le personnel au point de vue des usagers;
- Permettre aux usagers de mieux se connaître et de mettre à profit leurs ressources personnelles.

Des stratégies facilitant les apprentissages

Avec un tel profil est-il réaliste de penser que les personnes auprès de qui nous intervenons puissent se réapproprier du pouvoir sur leur situation et, qui plus est, participer à un processus d'intervention de groupe au cours duquel elles travailleront à comprendre des concepts aussi abstraits que des valeurs éthiques? Nous ne nous cachions pas que le défi était de taille. D'ailleurs, une prochaine section du texte est consacrée aux difficultés rencontrées. Par contre, nos convictions et les avancées dans les recherches menées auprès de ce type de clientèle nous ont poussées à aller de l'avant avec ce projet.

Pour favoriser des apprentissages réalistes chez ces personnes, des conditions favorables devaient être réunies. Des auteurs parlent de stratégies de compensation, de stimulation (par la répétition, l'accroissement graduel des difficultés, les encouragements) et de renforcement (Vallat-Azouvi, Azouvi et Pradat-Diehl, 2007). Pour se réapproprier du pouvoir sur sa situation, un usager peut ainsi apprendre à dire à son intervenant, par exemple, « ça me fâche quand tu me dis telle chose » au lieu de l'insulter ou qu'une crise éclate et qu'il perde le contrôle sous le poids de la colère. Il ne pourra toutefois pas y arriver sans que des conditions favorables soient mises en place. Nous nous sommes donc attardées, dans l'intervention de groupe, à mettre en place de telles conditions.

D'abord, il est certain que les autres problèmes associés, comme un trouble de santé mentale ou de santé physique, devaient être relativement stabilisés pour que les usagers participent au groupe. En raison de leur distraction, ces personnes sont facilement préoccupées par leurs stimuli internes (ex. : douleur, pensée, frustration) et réussissent difficilement à rediriger leur attention sur autre chose en raison de la persévération. Il nous fallait donc écarter les sources de souffrance liées à une condition de santé mentale et physique instable pour qu'elles soient disposées à faire des apprentissages. Par contre, nous ne pouvions tout contrôler. Il est ainsi arrivé que des usagers ressentent une frustration le jour même de la séance de groupe et y viennent en colère. La persévération étant l'une des caractéristiques de ces personnes, il leur faut alors plus de

temps que la population générale pour passer à une autre émotion et être ainsi disposées à participer à l'intervention.

Ensuite, nous nous sommes attardées aux stratégies compensatoires. Il fallait nous assurer que le lieu des rencontres soit propice aux apprentissages. Comme ces personnes sont facilement distraites par ce qui se passe autour d'elles (stimuli externes), nous devions trouver un lieu calme, avec peu de personnes (d'où le nombre de participants limité à quatre usagers) et peu d'attractions visuelles sur les murs. Considérant leurs déficits de concentration, les activités du groupe devaient pouvoir attirer leur attention et leur apparaître stimulantes. Notre mot d'ordre était que toutes les activités devaient être guidées par nos objectifs, mais devaient être avant tout amusantes. Aussi, comme les usagers du groupe ne savaient lire et écrire que partiellement, d'autres moyens devaient être préconisés. Si la distraction liée aux stimuli externes peut souvent constituer un obstacle à leur pleine participation à une activité, nous en avons tiré profit en ciblant des moyens thérapeutiques attrayants qui ont rapidement retenu leur attention. Nous avons par exemple utilisé des jeux de rôles dans lesquels les usagers se percevaient comme des acteurs, mais aussi plusieurs pictogrammes colorés, avec des images simples comme des soleils, des bonhommes sourire, des nuages, etc. Nous avons également employé la pâte à modeler. Bref, des moyens avec lesquels les personnes avaient du plaisir à travailler et, par le fait même, réalisaient des apprentissages.

Pour ce qui est de la stimulation, il nous a aussi fallu fixer des objectifs réalistes d'apprentissage. Le rythme est plus lent chez ces personnes et les nouveaux apprentissages doivent être répétés à de nombreuses reprises pour être réellement intégrés. Ainsi, il n'était pas réaliste de penser qu'à la fin du groupe, chaque usager connaisse la totalité des valeurs éthiques et sache les reconnaître instantanément dans ses propres comportements et ceux des autres. Nous pensions, par contre, que grâce à des exercices de groupe ils pourraient nommer ce à quoi faisaient référence les valeurs éthiques pour eux et qu'ils seraient en mesure de produire collectivement des affiches qui seraient ensuite exposées dans les unités de l'hôpital

pour sensibiliser les intervenants. De plus, nous pensions que lorsque l'entourage échangerait avec eux sur le thème des valeurs éthiques, les participants pourraient avoir des références. Enfin, lorsque les intervenants reconnaîtraient les premiers signes précurseurs d'une crise et feraient référence aux valeurs éthiques, nous estimions que les usagers pourraient travailler à modifier leur comportement avant d'adopter un comportement problématique.

Enfin, au-delà des encouragements et du plaisir lié aux activités dans le groupe, nous nous sommes attardées au moyen de maintenir la motivation des usagers en ciblant un autre type de renforcement. Ce sont les usagers eux-mêmes qui ont choisi, à la mi-session et à la fin de session du groupe, que le groupe et ses animatrices aillent ensemble au restaurant. Nous avons accepté cette proposition puisqu'en plus de maintenir la motivation, elle permettait aux usagers de tester dans un autre lieu les acquis réalisés dans le groupe.

Le défi : la généralisation des acquis

Nous sommes bien conscientes que les acquis réalisés en séances de groupe ne pourront être maintenus au fil du temps s'ils ne sont pas soutenus dans les milieux où évoluent les personnes, notamment dans leurs unités. Du reste, ce n'est pas parce qu'une personne a réalisé un acquis dans un environnement donné qu'elle le reproduira dans un autre environnement. Pour être réellement intégré, cet acquis doit être répété dans tous les milieux fréquentés par la personne. Dans notre esprit, l'intervention de groupe n'était donc pas une fin en soi. Elle devait prendre place seulement s'il y avait un engagement du milieu d'y donner suite.

Pour faciliter cette continuité, nous avons prévu différentes stratégies. D'abord, après chaque séance de groupe, un suivi partiel était fait aux équipes des unités pour leur expliquer globalement ce qui avait été discuté lors des séances. Nous donnions aux équipes des informations sur le matériel et les exercices réalisés lors des séances du groupe. Par contre, nous avons convenu de garder confidentiels les sujets et les discussions plus intimes abordés en groupe. Nous invitons ainsi les intervenants à questionner les participants sur ce qu'ils

avaient retenu du groupe. Puis, au fil des séances, un cartable était bâti avec chaque usager afin qu'il garde des outils visuels reliés aux activités du groupe. Par exemple, pour la valeur du respect, les participants ont été invités à évaluer le niveau de respect dans leurs comportements généraux en colorant un thermomètre gradué de 1 à 10 (10 étant le niveau de respect maximal). Le thermomètre en question a été placé dans leur cartable individuel. Au final, le produit des affiches collectives a été exposé dans les unités, lesquelles reflètent le contenu des discussions en regard des valeurs éthiques, de façon accessible pour les usagers (photos, images). Ces affiches, en plus de sensibiliser les intervenants au point de vue des usagers, permettent aux usagers ayant participé au groupe de se repérer quotidiennement quant aux apprentissages réalisés. Ces affiches permettent aussi de fournir des repères aux autres usagers des unités n'ayant pas participé au groupe. Comme plusieurs d'entre eux ne savent pas lire, il leur est plus facile de comprendre les images et les photos, et d'amorcer des échanges avec leur entourage sur les éléments qui les touchent davantage. Enfin, à la fin des séances de groupe, une rencontre de bilan regroupant les intervenants des unités, les usagers ayant participé au groupe et nous-mêmes a permis d'expliquer en détail ce qui est ressorti du groupe dans une vision de continuité des apprentissages.

Les difficultés rencontrées

Comme nous l'avons mentionné précédemment, des difficultés se sont présentées au fil des rencontres. La principale a été la disponibilité cognitive des usagers à participer au groupe. Nous avons dû à plusieurs reprises, pour diverses raisons, conjuguer avec les impacts du déficit cognitif des usagers dans les séances de groupe. Les frustrations vécues avant ou pendant le groupe, des conditions extérieures hors de contrôle comme le bruit dans le corridor qui devenait une source de distraction pour les usagers, les difficultés de concentration des usagers et leurs limites liées à leur fonctionnement intellectuel (qui obligeaient à cibler des activités courtes, simples et amusantes pour atteindre les objectifs du groupe sans perdre leur motivation) en sont des exemples. La préparation des séances de

groupe était très importante. Certes, dans toute intervention de groupe, cette phase ne doit pas être négligée, au contraire (Turcotte et Lindsay, 2001). Mais, pour ce groupe, la préparation était particulièrement exigeante puisque le groupe nous obligeait à une constante créativité, à une recherche continue d'idées nouvelles et stimulantes pour retenir l'attention du groupe, tout en gardant à l'esprit nos objectifs. L'animation des séances portait elle aussi son lot de défis. Tout en orientant les activités, les animatrices devaient être sensibles aux distractions éventuelles des usagers, aux signes précurseurs d'un inconfort pouvant nuire à leur participation et devaient aussi les aider à surmonter leur difficulté, le cas échéant.

L'importance de connaître chacun des usagers dans ses forces et ses limites a ici pris tout son sens en phase de préparation des séances afin d'être en mesure de fournir le soutien requis à chaque usager selon sa condition. Ce groupe a mis nos habiletés d'animation à l'épreuve pour arriver à travailler avec les usagers et non pour eux. Comme leurs déficits génèrent chez eux des difficultés à trouver d'eux-mêmes les solutions, bien qu'ils les connaissent la plupart du temps, les animatrices devaient utiliser des moyens (tels que donner des indices) pour qu'ils aillent repérer d'eux-mêmes l'information sans obtenir de réponses toutes faites. Cela permettait de susciter leur participation et de favoriser l'émergence et le renforcement de leurs compétences. Pour arriver à réaliser ce type de séances de groupe, nous avons privilégié un style de coanimation. Ce style d'animation a permis un soutien entre les coanimateurs et un partage de responsabilités nécessaire compte tenu du groupe (Galinsky et Schopler, 1980, dans Turcotte et Lindsay, 2001).

L'évolution de la dynamique de groupe et les apprentissages réalisés

Au fil des séances de groupe, nous avons assisté à la consolidation d'une dynamique d'aide mutuelle entre les participants. Par exemple, un usager a partagé des expériences douloureuses vécues dans l'enfance. Cela a suscité l'écoute et le soutien des pairs, mais aussi le partage d'autres moments difficiles vécus par l'ensemble des participants. Cet échange a débouché sur une discussion sur les émotions suscitées (l'impuissance, l'injustice)

qui encore aujourd'hui, après plusieurs années, les blessent. Au-delà du soutien mutuel et de l'expression des sentiments (dévoilement de soi), cet échange a permis la validation de ce qui est ressenti ainsi que la découverte des moyens de prévenir une situation similaire. Soutenir l'entraide entre les pairs a permis aux membres du groupe d'expérimenter leurs propres solutions et a contribué à l'accroissement de leur valeur personnelle. L'aide mutuelle s'est aussi reflétée dans de petits gestes, qui peuvent paraître banals, mais qui sont révélateurs pour des personnes ayant des déficits importants comme cette clientèle. Par exemple, lorsqu'un usager :

- s'est informé auprès d'un pair si ce dernier avait besoin d'aide pour pousser son fauteuil roulant;
- a encouragé un pair à écouter lorsqu'une autre personne s'exprimait : « Écoute, écoute, il parle »;
- a posé sa main spontanément sur un autre participant pour l'encourager à finir sa pensée;
- a partagé spontanément une difficulté et s'est vu écouté par le groupe qui l'a soutenu.

En matière d'apprentissages, plusieurs ont été réalisés. D'abord, mentionnons des apprentissages théoriques, c'est-à-dire mieux saisir la définition des valeurs éthiques et ce à quoi elles renvoient. Puis des apprentissages pratiques, c'est-à-dire cibler dans leurs actions et celles de leur entourage des comportements conformes aux valeurs éthiques. Pour illustrer nos propos, nous partageons ici une expérience vécue dans le groupe.

L'un des participants est reconnu pour ne pas tolérer la défaite. À tout coup, lorsqu'il perd à un jeu, il se fâche, crie et quitte la pièce en frappant les murs. Une activité de bilan du groupe était une partie du jeu de *serpents et échelles* dans une version où les usagers devaient parcourir les valeurs éthiques abordées lors des rencontres. Un bon moyen de pratiquer les attitudes de respect, de bienveillance et de bienfaisance formulées dans *l'Énoncé de valeurs éthiques*. Comme nous pouvons souvent le retrouver dans les dynamiques de groupe saines (Turcotte et Lindsay, 2001), une cohésion s'était formée entre les usagers, ce

qui laissait place au « nous » plus qu'au « je ». L'usager en question, qui souhaitait améliorer son comportement pour être respectueux (le respect est l'une des valeurs éthiques), a alors été aidé par les autres participants qui l'encourageaient en ce sens. Au final, la crise n'a pu être complètement évitée, mais cette personne a été fière de sa réaction car, bien qu'elle ait perdu au jeu, elle a réussi à tolérer un certain temps le sentiment de colère lié à la défaite et a quitté la pièce en ayant un comportement moins explosif qu'à l'habitude. Il ne s'agit ici que d'un exemple, mais qui illustre que, à la fin des séances, les usagers étaient plus à même de reconnaître dans leur propre comportement et ceux des autres ce qui correspondait ou non aux valeurs éthiques.

De plus, ils ont appris à exprimer aux personnes qui les entourent, dans le groupe mais aussi un peu à l'extérieur, ce qu'ils attendent des comportements d'autrui.

Puis il y a eu le travail d'équipe dans le groupe pour l'élaboration des affiches. Les usagers eux-mêmes ont présenté les affiches aux différentes équipes d'intervenants. Plusieurs de leurs compétences ont ainsi été mises à profit pour l'élaboration des affiches, mais aussi pour la présentation de ces produits. Ils en sont ressortis fiers et les intervenants les ont perçus sous un angle différent, découvrant alors des compétences qu'ils ne leur connaissaient pas.

Conclusion

En tant que travailleuses sociales actuelles et à en devenir, nous considérons avoir l'obligation de questionner constamment nos pratiques afin de toujours nous dépasser pour permettre aux personnes de se faire entendre et de développer leurs compétences. Cette expérience de groupe a été pour nous une manière concrète de donner une voix à des personnes trop souvent encore prises en charge et non suffisamment considérées comme expertes de leur propre situation. En effet, tous les intervenants ne sont pas au même point, tous ne reconnaissent pas à un même degré les compétences des usagers. Pour qu'une telle intervention de groupe atteigne réellement ses objectifs, il est essentiel que les équipes d'intervenants du milieu de pratique soient parties prenantes d'un tel projet. En phase de préparation du groupe,

nous recommandons de prendre le pouls des équipes et des gestionnaires pour évaluer leur ouverture à soutenir le projet. En ce qui concerne le soutien, nous entendons encourager les usagers dans leur démarche et donner suite aux travaux du groupe. Dans ce cas-ci, les travaux du groupe impliquaient un investissement financier des gestionnaires (pour le matériel des affiches, leur laminage). Du temps était également alloué aux équipes pour parler du projet avant sa mise en place, mais aussi pendant tout le processus pour les informer des acquis globaux réalisés par les participants et assurer une continuité de l'intervention de groupe (ex. : faciliter des discussions et des points de repère avec les participants sur les thèmes abordés).

Descripteurs :

Hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine (Montréal, Québec). Programme de psychiatrie en déficience intellectuelle // Service social des groupes // Déficience intellectuelle - Aspect social // Appropriation psychosociale // Santé mentale - Aspect social

Social group work // Intellectual disability - Social aspects // Empowerment // Mental health - Social aspects

Références

- Bernier, S. (2009). *Déficits neuropsychologiques chez la clientèle DI et DI-TED présentant des TGC*. Conférence présentée à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine à Montréal.
- Hôpital Louis-H. Lafontaine (2006). *Énoncé de valeurs éthiques*. Montréal : Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *De l'intégration sociale à la participation sociale. Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Moore Sohlberg, M., & Mateer, C. A. (2001). *Cognitive rehabilitation. An integrative neuropsychological approach*. New York: The Guilford Press: London.
- Taillefer, C. (2004). *Rééducation du syndrome dysexécutif en ergothérapie*, dans www.medecinephysique.net/pdf/ergo_synd_dysexecutif.pdf.
- Tremblay, M., Richer, L., Côté, A., Lachance, L., et Poulin, J.-R. (2004). À quels types de comportement la capacité d'autorégulation est-elle liée? *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, numéro spécial, mai, 41-45. Consultée le 6 juin 2011.
- Turcotte, D., et Lindsay, J. (2001). *L'intervention sociale de groupe*. Boucherville : Gaétan Morin Éditeur.
- Vallat-Azouvi, C., Azouvi, P., et Pradat-Diehl, P. (2007). *Rééducation des troubles de l'attention et de la mémoire de travail* : [ttp://tdah.be/Bordeaux/attentionCVallat.pdf](http://tdah.be/Bordeaux/attentionCVallat.pdf). Consultée le 6 juin 2011.