

Troubles concomitants suivis dans la communauté : récit de pratique d'un groupe motivationnel

Émilie de Maisonneuve, T.S., MSc., Hôpital en santé mentale Albert-Prévost
emilie.de.maisonneuve.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca

Sue-Ann MacDonald, Ph.D., Professeure, École de travail social, Université de Montréal
sueann.macdonald@umontreal.ca

RÉSUMÉ :

Dans ce récit de pratique, nous présenterons un projet d'intervention novateur : la mise en œuvre d'un groupe motivationnel à la croisée des problématiques de santé mentale et de toxicomanie dans une équipe de suivi intensif dans le milieu. Nous exposerons les étapes menant à l'élaboration du projet, ainsi que sa mise en œuvre. Nous terminerons en faisant état des leçons apprises par les participants du groupe, ainsi que d'une réflexion plus personnelle sur le projet et sa portée.

MOTS-CLÉS :

Troubles concomitants, dépendance, schizophrénie, intervention de groupe, entretien motivationnel

13

INTRODUCTION

Pendant longtemps, les troubles de santé mentale et de toxicomanie ont été traités de façon indifférenciée, par l'internement ou l'emprisonnement (Brisson, 2000; Foucault, 1976). Les deux problématiques ont ensuite été scindées, l'une relevant du domaine médical et l'autre de la déviance et de la criminalité. Cette séparation a mené à un développement de pratiques différenciées qui a eu pour résultat d'exclure des deux services les personnes vivant avec des troubles concomitants. Pourtant, ces deux problématiques sont souvent imbriquées l'une dans l'autre. Afin de pallier ce manque de service, des efforts ont été déployés pour traiter ces problèmes concomitants, d'abord d'une façon séquentielle, soit un problème à la fois, et ensuite en parallèle, soit en même temps dans différentes institutions. Souvent, malheureusement, les interventions se dédoublent, les dossiers et les informations se perdent, le processus est parfois très long et les personnes se trouvent à devoir coordonner les services qui leur sont destinés, défi important compte tenu des difficultés qu'elles vivent déjà (Baker, Kay-Lambkin et Lewin, 2006; Dubreucq, Chanut et Jutras-Aswad, 2012; Mueser, Noordsy, Drake et al., 2001; 2003). Pour remédier à ce type de problème, des équipes soignantes ont développé ce que l'on appelle des programmes de soins intégrés, où l'on traite les deux problématiques à la fois, dans une optique biopsychosociale (Baker, Kay-Lambkin et Lewin, 2006; Dubreucq, Chanut et Jutras-Aswad, 2012; Mueser, Noordsy, Drake et al., 2001; 2003; Vincent, Gagné et Thérien, 2001). À Montréal, la clinique des Jeunes adultes psychotiques (JAP) du Centre hospitalier universitaire de l'Université de Montréal (CHUM) et la clinique Cormier-Lafontaine en sont de bons exemples.

L'École de travail social de l'Université de Montréal offre une maîtrise avec stage où les étudiants sont invités à co-construire avec un milieu de pratique un projet d'intervention innovant qui, idéalement, perdurera une fois le stage terminé. Ce type de stage demande beaucoup d'implication (tant théorique que pratique) de l'étudiant ainsi que du milieu dans lequel il s'inscrit. Les contraintes institutionnelles, certaines résistances organisationnelles et le statut d'étudiant en apprentissage présentent des défis considérables pour l'établissement d'un projet d'intervention qui sera pérennisé. Le présent récit de pratique est tiré d'un essai critique rédigé à la suite d'une expérience de stage. Il vise à décrire un projet qui a été implanté dans une équipe de Suivi intensif dans le milieu (SIM)¹ lors de l'année scolaire 2016-2017. En premier lieu, les impacts des troubles concomitants sur les personnes seront abordés. Ensuite, nous exposerons le questionnement qui a mené au projet d'intervention. Enfin, nous dépeindrons le développement du projet, de son cadre théorique à l'élaboration du canevas. Un bilan, tant des participants que de l'équipe, sera présenté. En conclusion, nous réfléchirons à l'intégration des services, dans un contexte où les équipes SIM prennent de plus en plus d'importance.

1. Les impacts des troubles concomitants sur le fonctionnement social des personnes

Les personnes aux prises avec des troubles concomitants présentent généralement un portrait clinique plus sombre que celles qui vivent avec un seul des deux troubles (Cloutier, Barabé, Potvin et al., 2016; Maslin, 2003; Mueser, Noordsy, Drake et al., 2003; Velleman, 2006). En ce qui concerne le fonctionnement social, ces difficultés se traduisent d'abord par une diminution de leurs contacts avec les autres ainsi que de leurs habiletés sociales (Maslin, 2003). Ces personnes auraient tendance à souffrir plus fréquemment de conflits familiaux et à adopter plus de comportements violents, ainsi que d'en être davantage victimes (Maslin, 2003). Leurs difficultés relationnelles les mettent plus à risque de se faire rejeter des services d'hébergement et des suivis en cliniques externes, si bien que cela se traduit souvent par des situations d'itinérance (Cloutier, Barabé, Potvin et al., 2016). Les personnes vivant avec des troubles concomitants se retrouvent plus souvent en situation de pauvreté, souffrent plus fréquemment de problèmes financiers et vivent davantage d'instabilité en ce qui concerne le logement. Elles sont plus à risque d'être judiciairisées et ont plus de difficultés à se réinsérer au marché du travail ainsi qu'à terminer leurs études (Maslin, 2003). Dû au degré de complexité de leurs troubles et au chevauchement de plusieurs problématiques (y compris les causes d'ordre structurel telles la pauvreté et la discrimination), les services, tant en santé mentale qu'en toxicomanie, sont peu adaptés aux besoins de ces personnes. Les professionnels de la santé mentale sont peu habitués aux enjeux avec lesquelles elles doivent composer, ce qui peut se traduire par un sentiment d'impuissance de leur part (Cloutier, Barabé, Potvin et al., 2016).

2. Le questionnement de départ

Alors que le Plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005) mentionnait qu'il devrait y avoir une meilleure coordination entre les services de santé mentale et de toxicomanie, le PASM 2015-2020 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015) parle plutôt d'intégration des services pour ces deux problématiques. Cette intégration était

¹ Le suivi intensif dans le milieu est un modèle d'intervention interdisciplinaire destiné aux personnes présentant des troubles de santé mentale graves et persistants. Il vise à assurer un traitement biopsychosocial dont la majeure partie des interventions doit se dérouler dans la communauté. Les personnes y étant suivies doivent présenter de grandes difficultés tant sur le plan social que médical et nécessiter un minimum de huit interventions par mois.

importante aux yeux des membres de l'équipe SIM concernée, qui ont constaté une lacune à cet égard dans les interventions offertes à leurs usagers, ces dernières étant majoritairement axées sur la santé mentale. La conjoncture s'avérait donc propice au développement d'un projet visant l'intégration des services relatifs aux troubles concomitants. La question de départ suivante a donc émergé : alors que près de la moitié des personnes suivies par l'équipe vivent avec des troubles concomitants, de quelle façon pourrait-elle bonifier ses interventions afin d'intégrer davantage ses services?

Comme l'équipe où s'effectuait le stage concentrait ses interventions sur le plan individuel, l'idée d'une intervention de groupe a rapidement été proposée. En effet, un programme de traitement intégré est global; il comprend une multitude d'approches fondées sur différentes méthodes d'intervention, notamment individuelle et de groupe (Mueser, Noordsy, Drake et al., 2001; 2006). S'il est bien adapté à leur réalité, le travail en groupe peut s'avérer très utile aux personnes vivant avec un trouble de santé mentale grave (Leclerc et Lecomte, 2012). Ce type d'intervention permet aux personnes participantes de créer un sentiment d'appartenance où l'entraide est très présente. De plus, cette méthode est de plus en plus utilisée auprès de cette population, car elle comporte un avantage économique et donne des résultats probants (Mueser et Pierce, 2006).

La plupart des personnes suivies par l'équipe vivant avec des troubles concomitants en étaient à l'étape de la précontemplation et de la contemplation². L'option d'un groupe de persuasion dans l'esprit de l'entretien motivationnel a donc été retenue, inspirée par l'ouvrage de Mueser, Noordsy, Drake et al. (2003). Aussi, compte tenu du contexte de travail interdisciplinaire d'une équipe SIM, un cadre théorique biopsychosocial a été retenu.

3. Le projet d'intervention

15

3.1 Le modèle biopsychosocial

Développée par le psychiatre américain George L. Engel (1977), l'approche biopsychosociale est un modèle théorique et pratique médical qui se veut global en s'appuyant sur les aspects biologique, psychologique et social de la vie du patient dans un modèle circulaire où les trois dimensions s'influencent (Berquin, 2010). La psychiatrie québécoise s'inscrit dans ce courant depuis les années 1980, et cette vision prédomine dans le champ de la toxicomanie (Brisson, 2000; 2017; Lalonde, 2015). Selon Maslin (2003), l'approche biopsychosociale est le modèle le plus complet pour aborder les troubles concomitants. En effet, en théorie du moins, il ne hiérarchise pas les difficultés vécues par les personnes et voit les causalités comme étant multiples. Il serait donc plus approprié pour prendre en charge l'individu dans son ensemble (Manley, 1998, dans Maslin, 2003). Par ailleurs, pour Lalonde et Pinard (2016), cette théorie est difficile à appliquer sur le terrain, les médecins restant souvent confinés à une dualité psychogénique et organiciste. Afin de surmonter cette difficulté, Engel (1977) mentionne qu'il faudra parfois faire appel à un autre type de professionnel, ce qui mène à l'interdisciplinarité (Cromby, 2015). Le travail interdisciplinaire est à la base même d'une équipe SIM : les différentes professions qui y prennent place travaillent de concert afin de soutenir la personne dans son rétablissement.

2 Définis par Prochaska et DiClemente (1984), les stades de changement sont utilisés dans le domaine de la dépendance pour représenter l'état d'esprit dans lequel se trouve la personne face aux comportements qu'elle doit changer. En bref, les personnes qui en sont à l'étape de la précontemplation font preuve de peu d'autocritique, alors que celles qui se trouvent à l'étape de la contemplation cernent leurs difficultés sans toutefois être prêtes à amorcer un changement dans leur comportement.

3.2 Le groupe de persuasion et l'entretien motivationnel

Le groupe de persuasion s'inscrit dans un programme de services intégrés destiné aux personnes qui en sont aux stades de précontemplation et de contemplation. Ce modèle est mis en place afin d'aider les personnes à préciser la façon dont les substances psychoactives affectent leur vie en lien avec leur trouble de santé mentale. Il peut les aider à se motiver, à réduire leur consommation et à viser l'abstinence si elles le désirent (Mueser, Noordsy, Drake et al., 2003).

En ce qui concerne les principes thérapeutiques, Mueser, Noordsy, Drake et al. (2003) conçoivent le groupe de persuasion comme étant éducatif, interactif et soutenant. Le travail doit s'effectuer dans un espace libre de tout jugement, où les personnes participantes peuvent parler librement de leur consommation, et ce, même de façon positive (Mueser, Noordsy, Drake et al., 2003). Le processus de groupe est basé sur le fait que les participants accorderont plus de valeur à la parole de leurs pairs qu'à celle des animateurs. Dans cette optique, les animateurs parlent le moins possible et favorisent les interactions entre les pairs, tout en s'assurant qu'ils ne dévient pas du sujet de la rencontre (Mueser et Pierce, 2006). Comme les personnes qui y participent sont ambivalentes face au changement, les techniques de l'entretien motivationnel, dont la balance décisionnelle, les reflets (simples ou complexes), les questions ouvertes, les résumés, la valorisation ainsi que l'offre d'information et de conseils (avec la permission de l'utilisateur) sont utilisées par les animateurs.

Un tel angle d'intervention est en effet tout indiqué pour les personnes en précontemplation et contemplation (Vincent, Gagné et Thérien, 2001). Favrod (2009) définit cette approche comme suit : « l'entretien motivationnel cherche à créer une relation thérapeutique centrée sur le patient, dont le but est de l'aider à explorer et à résoudre l'ambivalence vis-à-vis d'un changement de comportement et à le préparer au changement » (Favrod, 2009 : 210). Conformément aux principes de cette approche développée par Miller et Rollnick (2013), les rencontres du groupe de persuasion doivent se donner dans une atmosphère de non-jugement, sous une optique altruiste où l'évocation des forces intrinsèques des personnes est essentielle.

Mais que sait-on sur l'application de cette approche auprès de personnes vivant avec une schizophrénie conjuguée à un trouble d'usage de substances? Peu d'études existent sur le recours à l'entretien motivationnel dans de tels cas. Plusieurs auteurs recommandent cette approche malgré tout, car elle a fait ses preuves dans le domaine des dépendances (Favrod, 2009; Bonsack, Montagrín, Favrod et al., 2006; Martino, Carroll, Kostas et al., 2002; Mueser, Noordsy, Drake et al., 2001). Aussi, comme les personnes atteintes de troubles concomitants adhèrent généralement moins au traitement, l'esprit de l'entretien motivationnel, qui se veut empathique et non confrontant, permet une plus grande ouverture de la personne face à l'intervention (Barrowclough, Haddock, Lowens et al., 2006; Kavanagh et Connolly, 2006). Les aspects éducatifs ne doivent pas être didactiques, mais bien participatifs, entre autres parce qu'il peut s'avérer difficile pour plusieurs de rester attentifs lors de ce type d'exposé (Mueser, Noordsy, Drake et al., 2003; Mueser et Pierce, 2006). En effet, compte tenu de la maladie et de la médication, certaines personnes peuvent présenter des problèmes cognitifs, par exemple des troubles de mémoire à court terme, des difficultés à hiérarchiser et à organiser leurs pensées ou une tendance à être facilement distraites. Certains symptômes, comme les hallucinations auditives, sont des obstacles au bon déroulement d'un entretien (Bonsack, 2006). En présence de ces difficultés, Favrod (2013) et Bonsack (2006) mentionnent que le langage utilisé doit être simple et concis, et qu'il faut avoir fréquemment recours à des reformulations et à des résumés. Des documents écrits, tels que la balance décisionnelle et du matériel d'information, sont également préconisés.

3.3 L'élaboration du projet

Afin de déterminer le format des rencontres et le canevas du groupe, une revue de littérature ainsi que des rencontres avec des professionnels travaillant auprès de personnes atteintes de troubles concomitants se sont déroulées en début de stage. De plus, un groupe de persuasion prenant place dans une clinique œuvrant avec cette population a fait l'objet d'une observation.

Il a été déterminé que l'intervention aurait lieu une fois par semaine, pour une durée de 10 semaines. Aussi, bien que l'intervention s'échelonnait sur un court laps de temps, la décision d'en faire un groupe ouvert³ a été prise. En effet, le fait de rendre les présences obligatoires pour des personnes qui en sont au stade de précontemplation et contemplation pourrait les rebuter (Mueser, Noordsy, Drake et al., 2003). En ce qui concerne le format des rencontres, il a été conclu qu'elles dureraient de 45 à 60 minutes et incluraient des activités structurées et dirigées, conformément à ce que proposaient les professionnelles rencontrées ainsi que la littérature (Leclerc et Lecomte, 2012; Martino et Santa Ana, 2013; Mueser, Noordsy, Drake et al., 2003).

L'animation

Plusieurs intervenants de l'équipe ont mentionné qu'ils faisaient peu d'interventions relatives aux dépendances; peu d'entre eux se sentaient suffisamment outillés face à cette problématique. De plus, une minorité possédait de l'expérience en animation de groupe. À la suite de ces constats, il a été proposé que l'animation soit effectuée par la stagiaire, accompagnée d'un autre membre de l'équipe en rotation à titre de deuxième animateur. Bien que le changement constant d'intervenant soit peu orthodoxe dans l'intervention de groupe, tous les membres de l'équipe auraient ainsi accès à une introduction à la méthodologie de groupe et à l'intervention en dépendance. Il a été évoqué que cela permettrait une meilleure continuité du projet. De plus, nous avons trouvé que cela s'arrimait bien au cadre biopsychosocial ainsi qu'à l'interdisciplinarité du SIM.

17

Le canevas et les objectifs

Afin d'assurer la cohérence avec le cadre théorique, les thèmes des rencontres ont été élaborés en fonction des trois sphères du modèle. Par exemple, l'importance de l'entourage et de l'environnement a été retenue pour l'aspect social, les liens entre la consommation de substances psychoactives et les troubles de santé mentale ont été associés à la dimension biologique et la reconnaissance des habiletés a été préconisée afin de renforcer la confiance en soi des participants et ainsi répondre au volet psychologique du modèle. Idéalement, chaque thématique était associée à la profession du co-animateur. À la suite de l'élaboration d'un canevas, une recherche d'activités a été entreprise avec les livres *Group Exercises for Addiction Counseling* (Miller, 2012) et *Motivational Interviewing in Groups* (Wagner et Ingersoll, 2013), la trousse *Bon trip, Bad trip* (IUSMM, 2013) ainsi que sur internet, notamment par le truchement du site *Pinterest*, afin de trouver des activités agréables et ludiques. Des modifications ont parfois été apportées à celles-ci afin de les adapter aux personnes aux prises avec des troubles concomitants.

Normalement, l'objectif général d'un groupe de persuasion est de voir les participants, à la fin du programme, entrer dans la phase de l'action⁴. Toutefois, il était évident pour les acteurs impliqués dans le développement du projet qu'un tel objectif était trop ambitieux pour une intervention de 10 rencontres. L'objectif général fixé a donc été le suivant : à la fin des 10 rencontres, que les

3 Un groupe ouvert, contrairement à un groupe fermé, permet à de nouveaux participants de s'y joindre à n'importe quel moment de l'intervention, et ce, autant à la troisième rencontre, par exemple, qu'à la dernière.

4 Le stade de l'action est caractérisé par le fait que la personne pose des actions concrètes afin de viser un objectif précis de changement de comportement.

participants entrent dans la phase de préparation à l'action, qui consiste à avoir amorcé des petites tentatives de changement, avoir pris conscience de son passé et vouloir apporter un changement majeur dans un avenir rapproché, sans avoir d'objectifs personnels précis (Prochaska, Norcross et DiClemente, 1994). En ce qui concerne les objectifs spécifiques et les activités, ils ont été établis selon le tableau suivant :

Thèmes et Animateurs ⁵	Objectifs (Que les participants...)	Activités
Bienvenue / Balance décisionnelle TS	(...) trouvent dans le groupe un espace sécuritaire pour partager leur vécu en ce qui concerne leurs troubles concomitants (...) identifient les pour et les contre de la consommation de substances psychoactives	Les participants font un exercice de balance décisionnelle en groupe à partir d'un extrait de film.
Entourage TS	(...) aient une vision d'ensemble de leur entourage en lien avec leur consommation	Les participants cartographient les membres de leur entourage en fonction de leur influence sur leur consommation.
Cartes des valeurs Infirmière	(...) puissent identifier leurs valeurs et buts personnels ainsi que les choses à changer pour y arriver	Jeu des cartes des valeurs de Moyers et Martino (2006)
Interactions santé mentale et substances psychoactives Infirmière	(...) identifient les liens entre leurs troubles de santé mentale et leur consommation de substances psychoactives	Discussion ouverte sur le sujet avec parenthèse éducative sur les liens biologiques entre la consommation de substances psychoactives et la psychose.
Rétablissement Pair-aidant	(...) partagent leurs vécus en lien avec le rétablissement	Témoignage d'un pair-aidant.
Environnement TS	(...) identifient les conséquences de leur consommation sur leur environnement et vice-versa	Les participants racontent une anecdote qui leur est arrivée mettant en lien leur consommation et leur appartement.
Succès passés et futurs Ergothérapeute	(...) identifient des habiletés qu'ils ont utilisées précédemment afin d'arriver à un but futur	Exercice permettant d'explorer les habiletés des participants.
Le travail Ergothérapeute	(...) identifient leurs habiletés en lien avec le travail; (...) identifient de quelle façon ils peuvent gérer leur consommation face au travail	Témoignage d'une personne suivie par l'équipe qui participe à un programme PASS-action.
Regarder en avant Ergothérapeute	(...) identifient les comportements qui leur permettent d'atteindre ou non un objectif	Exercice d'introspection sur les comportements sains et malsains.
Session amusante TS	(...) identifient des façons d'avoir du plaisir sans consommation de substances psychoactives	Jeux de société avec les intervenants.

5. Notons que la profession du co-animateur a parfois été déterminée davantage en fonction de la disponibilité de l'intervenant qu'en raison d'un lien direct avec le thème. Il est aussi important de mentionner que lorsqu'il y a interdisciplinarité, contrairement à la multidisciplinarité, les professions se chevauchent, un TS pouvant superviser la prise de médication et une infirmière se charger de rechercher un appartement.

Le canevas établi lors de l'élaboration du projet a été remanié au fur et à mesure de l'implantation dans le but de s'adapter aux participants, à la dynamique de groupe et aux changements dans l'équipe. Afin que les rencontres soient bien menées, la stagiaire préparait le co-animateur en expliquant la dynamique qui s'était installée dans le groupe ainsi que les astuces à utiliser et les pièges à éviter.

3.4 Bilan de l'intervention

Deux types de bilan ont été réalisés afin d'analyser le projet : l'un avec les participants et l'autre avec les membres de l'équipe. Un questionnaire de 15 questions a été remis aux participants la semaine suivant la dernière rencontre de groupe. De plus, à la fin de chaque rencontre, les participants effectuaient un court bilan personnel. Du côté de l'équipe, une rencontre bilan a été organisée afin de recueillir les commentaires à la toute fin du projet. En outre, tout comme avec les participants, une rétroaction s'est effectuée avec le co-animateur à la suite de chaque rencontre.

Bilan des participants

Au total, 13 personnes ont participé au groupe. Il y a eu en moyenne 5 personnes par séance. Le taux de participation a été très fort au départ avec 9 participants lors de la première séance, suivi d'un creux de la quatrième à la sixième séance avec seulement 2 ou 3 participants. Huit participants ont répondu au questionnaire. Ceux qui avaient participé une seule fois n'ont pas été sollicités. Le questionnaire visait à connaître ce qui avait contribué à la présence des participants, leur appréciation, les apprentissages acquis et les changements qu'ils ont apportés à leur consommation.

Les principaux éléments ciblés par les participants comme ayant été favorables à leur participation ont été : la nourriture fournie, les appels le matin même, l'envie d'apprendre et de discuter, la compagnie des autres, le désir de cesser la consommation et, finalement, l'intérêt de jouer à des jeux. Au sujet de ce qu'ils ont aimé, certains ont nommé les discussions ouvertes comme étant leurs moments préférés, la confidentialité établie dès le départ offrant un gage de confiance pour le partage. Les participants utilisant régulièrement la consommation comme automédication n'ont pas toujours apprécié que nous fassions des liens entre la psychose et la consommation. Pour d'autres, ces liens ont été considérés comme un apprentissage, notamment grâce aux informations scientifiques fournies lors d'une rencontre. Un élément majeur que nous avons observé est la prise de conscience par les participants de ne pas être seuls dans leur situation. Notons que le témoignage du pair-aidant les a aidés à partager et à mettre en mots des expériences similaires, ce qu'ils avaient rarement eu l'occasion de faire ailleurs. Le groupe a donc permis de briser leur isolement.

En ce qui concerne la consommation de substances psychoactives ainsi que les intentions de consommer pour les 4 semaines et les 6 mois suivant la fin de l'intervention, 3 participants sur 8 ont affirmé avoir diminué leur consommation à la suite de leur participation au groupe. La majorité d'entre eux prévoyait en rester à la même consommation. À la suite du groupe, un participant a grandement modifié sa façon de consommer. En effet, il est passé de plusieurs joints de cannabis par jour à certaines périodes d'abstinence complète d'environ une semaine, pour finalement se fixer à trois joints une journée par semaine. Il prévoyait en rester à ce niveau de consommation pour les six prochains mois. Un autre participant a mentionné vouloir diminuer sa consommation quotidienne afin de mieux la répartir jusqu'à la fin du mois. Trois autres parlaient de consommer avec modération, mais sans avoir de plan défini pour modérer cette consommation. Sans que l'objectif général ait été atteint pour tous les participants, les objectifs spécifiques de chaque rencontre ont tous été réalisés dans la mesure où les personnes ont toujours participé aux activités lorsqu'elles prenaient part au groupe et que les discussions restaient centrées sur l'objectif du moment.

Bilan de l'équipe

Selon tous les membres du SIM, le groupe a été un franc succès. L'équipe n'ayant jamais mis en place d'intervention de groupe, la présence d'une stagiaire a donc permis de développer un nouveau volet sans pour autant ajouter de charge de travail aux intervenants. Le groupe était considéré comme un essai afin de voir s'il était possible de l'intégrer dans leurs interventions hebdomadaires, et il a été conclu que le programme pourrait être organisé une ou deux fois par année à l'avenir. Il a été proposé d'alterner ce groupe avec un autre qui viserait à travailler les habiletés sociales des participants.

Une réflexion majeure a été mise à l'avant-plan : le projet de groupe a permis de rassembler l'équipe autour d'un but commun, dans un contexte où le travail de suivi intensif peut être très éreintant. Il a aussi été mis en lumière que le groupe permettait d'accomplir davantage de travail clinique qu'à l'habitude. En effet, le rythme des interventions quotidiennes d'un SIM est effréné et peut rapidement se résumer à gérer les fiducies volontaires des usagers ainsi qu'à superviser la prise de médication et les symptômes psychotiques. Le groupe a donc permis d'aller au-delà d'une routine parfois davantage associée à de la surveillance médicale qu'à un véritable rétablissement. Il a aussi permis une intervention plus positive, dans le sens où le travail des équipes SIM présente un fort degré d'intensité; les discussions d'équipe tournent donc souvent autour de ce qui va mal chez les personnes suivies, la charge émotionnelle de la chronicité étant souvent lourde à côtoyer et à porter. Les activités proposées ont permis de faire découvrir des forces chez les participants que les membres de l'équipe n'avaient jamais pu constater en intervention individuelle. Par exemple, un participant s'est avéré être un très bon leader, ou un autre nous a fait découvrir ses talents en dessin, ce qui n'aurait pu être mis en évidence de la même façon par une intervention habituelle.

20 Selon l'équipe, le format des rencontres, les sujets et les activités étaient bien adaptés aux participants. Les activités encadrées avec des supports visuels ont été considérées comme plus intéressantes que les discussions ouvertes. En effet, le fait d'avoir des activités permettait aux participants de ne pas avoir à trop se dévoiler. Comme leurs difficultés relationnelles, de même que leurs symptômes plus précisément reliés à la psychose, pouvaient représenter des obstacles majeurs lorsque venait le temps de partager leur vécu, ils pouvaient ainsi commencer à établir un lien social sans pour autant se mettre à nu très rapidement.

En ce qui concerne l'effet du groupe sur les personnes, les membres de l'équipe ont constaté que les participants aimaient beaucoup les discussions qui leur permettaient de réaliser qu'ils n'étaient pas seuls dans leur situation. En outre, un changement dans l'attitude non verbale a été décelé chez certains participants. L'un de ces derniers, qui avait un affect très peu mobilisable, s'est mis à sourire à la suite de quelques rencontres de groupe, ce qui peut représenter une grande victoire lorsque l'on travaille avec des personnes atteintes de schizophrénie présentant des symptômes négatifs.

CONCLUSION

Plusieurs personnes sont exclues de certains programmes sociaux et médicaux en raison de la nature concomitante des troubles qu'elles vivent. Il est vrai que ces problématiques complexes demandent parfois plus d'expertise, de temps et de ressources et qu'elles peuvent bousculer les professionnels dans leurs habitudes, leurs connaissances ou leurs valeurs. De plus, cette complexité peut provoquer un sentiment d'impuissance chez les intervenants. Face à la dominance de l'approche médicale dans la psychiatrie actuelle, les travailleuses sociales doivent prendre du recul par rapport aux symptômes présentés par la personne et la considérer dans sa globalité. C'est d'ailleurs ce que Healy (2016) considère comme étant le créneau de notre profession, soit une compréhension holistique

et nuancée des difficultés vécues. La véritable intégration des services passe donc par une prise en compte de la globalité de la personne, et non seulement par une prise en charge (Karz, 2012), de façon à éviter que la vision biomédicale perpétuant la compartimentation des vécus par symptômes prenne inévitablement le dessus. Considérant que le modèle de suivi intensif est très intrusif, Dorvil (2005) l'associant même au concept de panoptique chez Foucault, ce type d'intervention de groupe peut permettre une plus grande ouverture de la personne suivie à partager son vécu, ses désirs et ses aspirations.

Avec les orientations que préconise le PASM 2015-2020, les travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux du Québec ont de plus en plus à travailler de façon intégrée auprès des personnes touchées par des troubles concomitants. Les équipes SIM ont l'avantage d'offrir un service sans limite de temps, ce qui s'avère un élément important de l'intégration des services et un privilège dans les services sociaux actuels. De plus, leur interdisciplinarité représente un grand atout dans ce contexte. Offrir également une intervention de groupe aux usagers peut aider à consolider l'intégration. Toutefois, il n'y aura de véritable intégration que lorsque le travail des équipes sera réellement construit dans cet esprit. Plusieurs spécialistes en dépendance au sein des équipes SIM introduisent aujourd'hui l'approche de groupe, laquelle reste néanmoins peu présente dans la littérature. Lorsque vient le temps de mettre sur pied un groupe, les intervenants ont peu d'outils concrets à leur disposition. Ils doivent donc faire preuve d'une grande créativité, laquelle est souvent affectée par la charge de travail à laquelle ils font face. Une seule personne de l'équipe est généralement chargée de ce type d'intervention, et lorsqu'elle quitte, ne serait-ce que pour des vacances, les équipes doivent reconstruire ce qui a été établi précédemment. Dans ce contexte, des trousseaux d'interventions comme celle qui a été développée lors de ce projet de stage pourraient permettre aux différents intervenants des équipes d'assurer une meilleure intégration des services offerts aux personnes vivant avec des troubles concomitants.

ABSTRACT:

In this practice narrative, we will present an innovative intervention project involving the implementation of a motivational group at the crossroads of mental health and addiction problems in an assertive community treatment team. We will outline the steps leading to the development of the project, as well as its implementation. We will conclude with the lessons learned from the experience of the group members and a more personal reflection on the project and its scope.

KEYWORDS:

Concurrent disorders, addiction, schizophrenia, group intervention, motivational interviewing

RÉFÉRENCES

- Baker, A., Kay-Lambkin, F. J. et T. J. Lewin (2006). « Co-existing mental health and drug and alcohol problems » : 1-19, dans *Clinical handbook of co-existing mental health and drug and alcohol problems*, New York : Routledge.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Lowens, I., Allott, R., Earnshaw, P., Fitzsimmons, M. et S. Nothard (2006). « Psychosis and drug and alcohol problems » : 241-265, dans *Clinical handbook of co-existing mental health and drug and alcohol problems*, New York : Routledge.
- Berquin, A. (2010) « Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie », *Revue Médicale Suisse*, vol. 6, n° 258, 1511-1513.
- Bonsack, C., Montagrin, Y., Favrod, J., Gibellini, S. et P. Conus (2006). « Une intervention motivationnelle pour les consommateurs de cannabis souffrant de psychose », *L'Encéphale*, vol. 33, n° 5, 819-826.

- Brisson, P. (2000). « Développement du champ québécois des toxicomanies au XX^e siècle » : 351-365, dans P. Brisson (sous la dir.), *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Montréal, Paris : Gaétan Morin Éditeur.
- Cloutier, R., Barabé, P., Potvin, S. et F. Noël (2016). « Toxicomanies et maladies mentales », : 909-924, dans P. Lalonde et G. F. Pinard (sous la dir.), *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale*, Montréal : Chenelière Éducation.
- Cromby, J. (2015). « Interdisciplinarity : Reconciling the irreconcilable? », *CMAJ*, vol. 187, n° 13, 998-999.
- Dorvil, H. (2005). « Nouveau plan d'action : quelques aspects médicaux, juridiques, sociologiques de la désinstitutionalisation » : 209-235, dans M. Otero (sous la dir.), *Nouveaux malaises dans la civilisation. Regards sociologiques sur la santé mentale, la souffrance psychique et la psychologisation*, Montréal : Cahiers de recherche sociologique.
- Dubreucq, S., Chanut, F. et D. Jutras-Aswad (2012) « Traitement intégré de la comorbidité toxicomanie et santé mentale chez les populations urbaines : la situation montréalaise », *Santé mentale au Québec*, vol. 37, n° 1, 31-46.
- Engel, G. L. (1977). « The Need for a New Medical Model : A Challenge for Biomedicine », *Science*, New Series, vol. 196, n° 4286, 129-136.
- Favrod, J. (2009). « Interventions motivationnelles : psychose et cannabis », *L'Encéphale*, Supplément 6, 209-213.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris : Gallimard.
- Healy, K. (2016). « After the Biomedical Technology Revolution : Where to Now for a Bio-Psycho-Social Approach to Social Work? », *British Journal of Social Work*, vol. 46, n° 5, 1446-1462.
- Karz, S. (2011). *Pourquoi le travail social? Définition, figures, clinique*, Paris : Dunod, 256 p.
- Kavanagh, D. J. et J. M. Connolly (2006). « Motivational interviewing » : 39-54, dans A. Baker et R. Velleman (sous la dir.), *Clinical handbook of co-existing mental health and drug and alcohol problems*, New York : Routledge.
- Lalonde, P. (2015). La psychiatrie au Québec : autrefois/maintenant. *Santé mentale au Québec*, vol. 40, n° 2, 151-161. DOI: 10.7202/1033048ar.
- Lalonde P. et G. F. Pinard (2016). « Psychiatrie bio-psycho-sociale » : 2-20 dans P. Lalonde et G. F. Pinard (sous la dir.), *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale*, Montréal : Chenelière Éducation.
- Leclerc, C. et T. Lecomte (2012). « Les approches de groupe destinées aux personnes souffrant de troubles mentaux » : 88-109, dans C. Leclerc et T. Lecomte (sous la dir.), *Manuel de réadaptation psychiatrique*, 2^{ème} édition, Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Martino, S., Carroll, K., Kostas, D., Perkins, J. et B. Rounsaville (2002). « Dual Diagnosis Motivational Interviewing: a modification of Motivational Interviewing for substance-abusing patients with psychotic disorders », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 23, n° 4, 297-308.
- Maslin, J. (2003). « Substance misuse in psychosis : contextual issues » : 3-23, dans H. L. Graham, A. Copello, M. J. Birchwood et K. T. Mueser (sous la dir.), *Substance Misuse in Psychosis : Approaches to Treatment and Service Delivery*, Oxford, John Wiley & Sons.
- Miller, W. R. et S. Rollnick (2013). *L'entretien motivationnel – Aider la personne à engager le changement* (2^e éd.), Paris : InterEditions.
- Moyers, T. B. et S. Martino (2006). « “What’s Important in My Life” : The Personal Goals and Values Card Sorting Task for Individuals with Schizophrenia ». En ligne : <https://casaa.unm.edu/inst/Values%20Card%20Sorting%20Task%20for%20Individuals%20with%20Schizophrenia.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2012 : La force des liens*. En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-914-01.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : Faire ensemble et autrement*. En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>.
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E. et L. Fox (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*, vol. 26, n° 2, 22-46.
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E. et I. Fox (2003). *Integrated treatment for dual disorders; a guide to effective practice*, New York : The Guilford Press.
- Mueser, K. T. et S. C. Pierce (2006). « Group interventions for co-existing mental health and drug and alcohol problems » : 96-113, dans A. Baker et R. Velleman (sous la dir.), *Clinical handbook of co-existing mental health and drug and alcohol problems*, New York : Routledge.

- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. et C. C. DiClemente (1994). *Changing for the good : Revolutionnary Program that Explains the Six Stages of Change and Teaches You How to Free Yourself from Bad Habits*, New York : William Morrow and company Inc.
- Prochaska, J. O. et C. C. DiClemente (1984). *The transtheoretical approach*, Homewood : Drosey Professional Books.
- Velleman, R. (2006). « Co-existing problems: From conceptualization to case formulation »: 20-38, dans A. Baker et R. Velleman (sous la dir.), *Clinical handbook of co-existing mental health and drug and alcohol problems*, New York : Routledge.
- Vincent, M., Gagné, C. et J. Thérien (2001). « Traitement concomitant de la psychose et de la toxicomanie », *Santé mentale au Québec*, vol. 26, n° 2, 92-105.