

Développement d'un programme de musicothérapie auprès d'adolescents à risque

Eliane Gendron

Mémoire

présenté

au

Département des Thérapies par les arts

Comme exigence partielle au grade de
maîtrise ès Arts (Thérapies par les arts, option musicothérapie)

Université Concordia

Montréal, Québec, Canada

Avril 2016

© Eliane Gendron, 2016

UNIVERSITÉ CONCORDIA
École d'enseignement supérieur

La présente certifie que le mémoire préparé

Par : Eliane Gendron

S'intitulant : Développement d'un programme de musicothérapie auprès d'adolescents à risque

Et déposé en réponse partielle aux exigences de programme de

Maîtrise ès Arts (Thérapies par les arts, option musicothérapie)

Respecte les règlements de l'Université et satisfait aux normes établies pour ce qui est de l'originalité et de la qualité.

Signé par le comité d'évaluation finale:

_____ Directrice
Sandra L. Curtis

_____ Examineur
Deborah Seabrook

_____ Examineur
Laurel Young

Approuvé par _____
Yehudit Silverman, Directrice du département de thérapies par les arts

Rebecca Taylor Duclos, Doyen de la faculté des beaux arts

Date 15 avril 2016

RÉSUMÉ

Développement d'un programme de musicothérapie auprès d'adolescents à risque

Eliane Gendron

La littérature étant grandissante au sujet des adolescents à risque en musicothérapie, cette étude contribue à faire avancer la recherche à ce propos. Elle vise à développer un programme d'intervention en musicothérapie pour les adolescents qui sont exposés à des facteurs de risque en lien avec des difficultés psychosociales. Ce programme d'intervention de huit séances propose des techniques d'intervention musicothérapeutiques incluant l'improvisation, l'utilisation de la voix, l'écoute de musique et la discussion afin de développer l'estime de soi et l'expression des émotions. Il est basé sur l'analyse de données découlant des écrits en français et en anglais en musicothérapie, musique et psychologie. Il semble que la musicothérapie pourrait contribuer au plan préventif en maximisant les facteurs de protection, en travaillant l'expression personnelle, l'estime de soi, la capacité d'adaptation et les habiletés sociales. Le travail sur l'expression personnelle et des émotions sont des aspects récurrents dans les écrits concernant les adolescents et la musicothérapie. De plus, ce sont deux catégories recensées suite à l'analyse de données, c'est pourquoi les expériences présentées dans le programme découlent de celles-ci. Suite à la recension des écrits, les données ont été analysées et regroupées par thèmes et catégories, puis le programme a pu être développé. Les résultats de cette recherche restent au niveau théorique. Il est recommandé que ce programme soit mis en application, donc de réaliser les autres étapes de la recherche-intervention afin de valider le programme. Finalement des pistes pour de futures recherches sont aussi discutées.

Remerciements

Je souhaite d'abord remercier ma superviseuse Guylaine Vaillancourt pour son support, ses conseils, ses encouragements et surtout, d'avoir cru en moi, et ce depuis mon premier cours avec elle jusqu'à la fin de ma maîtrise. Les professeurs en musicothérapie, Laurel Young, Sandi Curtis et Marianne Bargiel m'ont appris énormément, elles sont des modèles à suivre.

Merci à Alexis Messier de m'avoir accompagnée, conseillée et encouragée tout au long de ce travail. Merci à mon père Michel Gendron et ma mère Louise St-Germain d'avoir été présents et de m'avoir supportée dans ce cheminement. J'aimerais aussi remercier Gabrielle Messier et Karine Bouchard pour leur temps et leurs précieux conseils.

Enfin grâce à elles, j'ai pu apprendre l'anglais, devenir bilingue et poursuivre ma maîtrise. Elles sont et resteront toujours une source inspirante et des amies que j'adore. Merci à Alana Goldscheid, Miya Adout, Mary Parkinson, Sarah Bell, Suze-Andrée Altidor Cespedes, Christina Sciascia, Jaclyn Bell, Beth Janzen, Kay Choi and Raquel Ravaglioli.

Table des matières

Chapitre 1.	
Introduction.....	1
Hypothèses.....	4
Délimitations.....	4
Question de recherche.....	5
Sommaire.....	5
Chapitre 2. Recension des écrits.....	6
Introduction.....	6
L'adolescence.....	6
L'identité à l'adolescence.....	7
Adolescents à risque.....	8
Facteurs de risque chez les adolescents.....	10
Facteurs de protection chez les adolescents.....	11
Musique et adolescence.....	12
Musicothérapie auprès d'adolescents.....	14
Musicothérapie auprès d'adolescents à risque.....	15
Sommaire.....	16
Chapitre 3. Méthodologie.....	17
Recherche-intervention.....	17
Collecte de données.....	18
Analyse de données.....	18
Première étape : Développement du problème et des théories du programme.....	18
Deuxième étape : Spécification des structures du programme et des processus.....	19
Chapitre 4. Résultats.....	20
Première étape : Développement du problème et des théories du programme.....	20
Identification du problème.....	20
Théories du programme.....	20
Médiateurs malléables.....	20
Stratégies d'action.....	23
Deuxième étape : Spécification des structures du programme et des processus.....	25

Buts et objectifs du programme.....	25
Programme d'évaluation, procédures et restrictions.....	26
Début des séances.....	27
Fin des séances.....	27
Première séance.....	27
Deuxième séance.....	29
Troisième séance.....	30
Quatrième séance.....	32
Cinquième séance.....	34
Sixième séance.....	36
Septième séance.....	38
Huitième séance.....	39
Chapitre 5. Discussion.....	42
Implication pour de futures recherches.....	42
Limites.....	43
Conclusion.....	43
Références.....	44

Chapitre 1. Introduction

L'adolescence est une période cruciale de la vie, car elle est envisagée comme l'étape qui mène de l'enfance à l'âge adulte selon un des pionniers en psychologie développementale (Erikson, 1968) et plusieurs autres (Marcia, 2002; Guillon et Crocq, 2004; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2011). Le terme *adolescence* prend ses racines du mot latin *adolescencia* qui a deux étymologies : (1) *adolesens* qui signifie *grandissant*; et (2) *adolescere* qui signifie *grandir* (Antidote 8, 2015). Dans la foulée de ces définitions, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2011) témoigne également du statut particulier de cette étape que constitue l'adolescence :

Âge de tous les possibles, l'adolescence est une période charnière pendant laquelle nous pouvons consolider le développement entamé au cours des dix premières années de la vie des enfants, les aider à échapper aux risques et à se protéger et les engager sur la voie de leur plein épanouissement (p. 2).

Durant cette période, la famille, l'école, le voisinage et la communauté jouent un rôle important; ils peuvent devenir un facteur de protection ou au contraire, un facteur de risque (Jenson et Fraser, 2006).

D'après une étude menée par Bréjard, Pedinielli et Rouan (2006), une jeune personne ayant vécu des événements négatifs reliés à un milieu familial non soudé pourrait subir une interruption développementale. Cette interruption pourrait faire en sorte qu'une personne n'ait pas les bagages psychiques essentiels à sa croissance. Une telle carence psychique pourrait ainsi provoquer des conduites à risque, car ces éléments sont indispensables au développement adéquat de la sphère émotionnelle.

Pendant trois ans, la chercheuse a travaillé comme musicothérapeute en milieu communautaire auprès d'enfants et d'adolescents, dont certains d'entre eux étaient considérés à risque de développer des comportements compromettant leur développement global. Au cours de son internat en musicothérapie au sein de l'organisme *Jeunes musiciens du monde*, elle a développé un programme de musicothérapie de manière empirique à partir d'objectifs ciblés selon les besoins des adolescents. Elle a également été en mesure d'observer progressivement

des changements positifs au niveau de l'implication, de l'estime de soi et de la confiance en soi des jeunes.

Voulant approfondir ses connaissances en musicothérapie avec les adolescents à risque, elle a poursuivi des études à la maîtrise en musicothérapie. Depuis quelques années, la littérature grandit au sujet des adolescents qui sont exposés à des facteurs de risque en lien avec des difficultés psychosociales et la musicothérapie. Cependant, peu d'écrits font référence aux programmes de musicothérapie pour ces adolescents. Il semble que la musicothérapie pourrait contribuer au plan préventif en maximisant les facteurs de protection, en travaillant l'expression personnelle, l'estime de soi, la capacité d'adaptation et les habiletés sociales, entre autres. Le travail sur l'expression personnelle et l'expression des émotions sont des aspects récurrents dans les écrits concernant les adolescents et la musicothérapie (McFerran-Skewes, 2003; Sharma et Jagdev, 2012; Gooding, 2011; Frisch, 1990; Tervo, 2001). L'expression des émotions varie selon la culture, mais l'aspect culturel n'est pas discuté dans cette recherche. En effet, pour certaines cultures, exprimer ses émotions peut être mal vu ou cela ne fait simplement pas partie de leurs valeurs (Kennedy-Moore et Watson, 2001). Un questionnement à ce sujet sera donc amené dans le chapitre cinq.

Des études ont démontré les bienfaits de la musicothérapie chez les adolescents. Gold, Voracek et Wigram (2004) ont mené une étude sur son efficacité auprès d'enfants et d'adolescents ayant une psychopathologie. En faisant une méta-analyse de 11 études répertoriées selon des critères spécifiques et avec un total de 188 participants, ils ont pu affirmer que la musicothérapie est une thérapie efficace pour cette clientèle dans le cas de problèmes de comportement et du développement général. Une autre étude a révélé que la musicothérapie génère un effet positif sur l'estime de soi des adolescents (Sharma et Jagdev, 2012). La musicothérapie administrée était plutôt de l'ordre de la musique réceptive, c'est-à-dire fondée sur l'écoute de Ragas. Les participants de cette étude étaient des adolescents vivant un stress académique significatif. Les résultats de la recherche de Gooding (2011) indiquent aussi que l'utilisation de la musicothérapie engendre une répercussion positive sur les habiletés sociales des adolescents présentant des difficultés sur le plan de l'estime de soi. Une recherche menée par Henderson (1983) signale des changements positifs dans le comportement et une

augmentation de la confiance en soi chez des adolescents hospitalisés ayant participé à des séances de musicothérapie.

Afin d'aider les adolescents à risque, Diaz, Peake, Surko et Bhandarkar (2005) sont d'avis que les services venant en aide à ces jeunes doivent être facilement accessibles. Dans leur vision d'avenir pour le développement d'un adolescent en santé, le professionnel doit posséder les connaissances nécessaires en ce qui concerne les risques et leurs conséquences. De plus, les auteurs considèrent comme étant particulièrement important le fait d'accueillir l'adolescent dans l'état où il se trouve au moment de l'intervention. Cela peut sans doute rappeler le principe de l'iso reconnu en musicothérapie (Heiderscheit et Madson, 2015). Le principe de l'iso se définit comme étant l'utilisation de la musique afin qu'elle corresponde au comportement ou à l'état d'une personne (Michel et Pinson, 2012), qu'elle soit préenregistrée ou jouée par le thérapeute. Finalement, il importe de conserver une souplesse dans les interventions et différentes mesures thérapeutiques : « the door to services must remain open, as adolescents should be able to return when they choose » (Diaz, Peake, Surko et Bhandarkar, 2005, p.19).

Baruch, Gerber et Fearon (1998) ont mené une étude sur des adolescents ayant recours à la psychothérapie. Celle-ci consistait à chercher les facteurs qui font en sorte que certains jeunes poursuivent leur traitement et que d'autres abandonnent rapidement. Ils ont découvert que l'approche thérapeutique utilisée par le thérapeute joue un grand rôle dans le potentiel de continuation de la thérapie. Deux approches ont été testées : l'approche interprétative et l'approche de soutien. L'approche interprétative implique des interventions thérapeutiques qui visent à interpréter le conflit inconscient derrière l'apparence de la personne, c'est-à-dire ce que la personne ne montre pas ou ne dit pas aux autres (traduction libre, p. 235). L'approche de soutien implique quant à elle des interventions thérapeutiques qui visent à supporter les fonctions de l'égo de l'adolescent (traduction libre, p.235). Les résultats ont démontré que l'approche de soutien avec les adolescents en psychothérapie est la plus efficace. En effet, les adolescents sont plus enclins à continuer les traitements avec le thérapeute qui utilise cette approche.

Cette présente recherche a pour objectif de contribuer à faire avancer le champ de la musicothérapie auprès d'adolescents à risque par l'acquisition de nouvelles connaissances et pratiques. Pour ce faire, l'élaboration théorique d'un programme d'intervention communautaire en musicothérapie destiné aux adolescents à risque est proposée. Ce programme est développé

sur le plan théorique; il ne sera pas mis en place. Il pourra par conséquent être testé empiriquement par les musicothérapeutes qui travaillent avec la clientèle visée. En effet, ils pourront bénéficier de ce programme comme choix d'intervention et en adapter certains éléments au besoin. Selon les écrits, la musique occupe un rôle central dans la vie des adolescents, elle fait partie de leur identité personnelle et sociale, leur permet de réguler et d'exprimer leurs émotions, etc. Peu de programmes d'intervention ont été écrits à des fins de recherche. Il existe un programme de musicothérapie pour des adolescents à risque d'échec scolaire (Power), Bird (2001) a aussi fait un projet de musicothérapie avec des jeunes de la rue. Étant donné le manque d'écrits et de programmes de musicothérapie impliquant les adolescents à risque, aucun programme spécifique prenant place en milieu communautaire et étant d'une durée de huit semaines n'a été élaboré pour un groupe de jeunes à risque âgés entre 14 et 16 ans et ayant une visée préventive. Il est à espérer que ce projet, dont les bases seront proposées dans cette étude, inspirera d'autres musicothérapeutes à poursuivre la recherche sur ce sujet.

Hypothèses

Les deux hypothèses énoncées ont guidé la chercheuse tout au long de la recherche.

La musicothérapie est une approche profitable et efficace auprès d'adolescents à risque, comme en témoignent certains écrits ainsi que l'expérience de la chercheuse qui a également pu le constater dans son travail. Comme les auteurs cités plus haut (Brooks, 1989; Saarikallio et Erkkilä, 2007; Bosacki et O'Neill, 2015), la chercheuse croit aussi que la musicothérapie a le potentiel d'être efficace avec cette clientèle étant donné l'importance de la musique dans la vie des adolescents.

Anthony (2006) écrit que les adolescents bénéficient du soutien de la communauté comme facteur de protection. Dans un ordre d'idée similaire, la chercheuse croit fortement que le milieu communautaire pour adolescents peut être un environnement propice au développement d'un programme en musicothérapie.

Délimitations

Afin de respecter le cadre des exigences du mémoire de maîtrise, la chercheuse a délimité son étude en ne proposant que les deux premières étapes de la recherche-intervention développée

par Fraser et Galinsky (2010). Puisque la recherche se développe au niveau théorique, l'efficacité de cette étude ne sera pas testée. Le programme a été élaboré pour offrir des séances de groupe durant 1 heure et demie chacune pour une période de 8 semaines, impliquant de 4 à 7 adolescents âgés de 14 à 16 ans, afin que l'écart d'âge ne soit pas trop grand et afin d'homogénéiser le groupe. D'après l'expérience de la chercheuse, la manière d'approcher les jeunes est différente selon l'âge. Par exemple, les jeunes de 10 à 12 ans n'ont pas la même maturité, la même expérience de vie et ne réagissent pas de la même manière avec les adultes que ceux de 14 à 16 ans. Les adolescents de 17 et 18 ans n'ont pas non plus les mêmes besoins que ceux de 10 à 13 ou 14 à 16 ans. Selon les écrits, il n'y a pas de normes pour délimiter la période de l'adolescence et l'âge varie souvent selon les auteurs (Blakemore et Mills, 2014; Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick et Sawyer, 2003; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2011) tel qu'il sera démontré au deuxième chapitre. Le programme de musicothérapie a été développé pour des adolescents à risque qui fréquentent un organisme communautaire offrant du soutien.

Question de recherche

La question de recherche est : Que serait un programme d'intervention communautaire en musicothérapie pour des adolescents à risque? La définition opérationnelle pour le terme adolescent à risque est qu'il : ... risque d'initier, de débiter, ou de devenir impliqué dans des comportements à risque tels qu'avoir des rapports sexuels, débiter l'utilisation d'alcool et de drogues illicites, commencer à manquer l'école, s'engager dans des actes de délinquance (traduction libre, Jessor, 1991, p. 603).

Sommaire

Le prochain chapitre est une recension des écrits reliés aux thèmes suivants : musique, musicothérapie, adolescents à risque, facteurs de risque et de protection. Le chapitre trois décrit la méthodologie de la recherche-intervention et le processus utilisé pour son élaboration. Le chapitre quatre est axé sur le développement du problème, les procédés et structures utilisés dans le but d'élaborer le programme ainsi que les résultats de la recherche. Finalement, le chapitre cinq traitera des limites de la recherche et explorera les implications pour des travaux futurs.

Chapitre 2. Recension des écrits

Introduction

Ce chapitre présente une recension des écrits comprenant divers aspects touchant la musicothérapie et les adolescents considérés à risque. Tout d'abord, le concept de l'adolescence sera défini, suivi par les principales définitions reliées aux adolescents à risque. Puis, les termes *facteurs de risque* et *facteurs de protection* seront précisés ainsi que leurs impacts sur la période de l'adolescence. L'apport et l'importance de la musique dans la vie des adolescents seront ensuite abordés. Enfin, la dernière section de ce chapitre parcourra les éléments reliés à la musicothérapie et aux adolescents à risque : les bénéfices de la musicothérapie, les techniques généralement utilisées en musicothérapie avec cette clientèle, les buts et objectifs qui ont été répertoriés et autres.

L'adolescence

Dans les écrits, les termes jeunes et adolescents sont interchangeables, les deux seront donc utilisés dans cette étude. L'adolescence est considérée comme une période dans le processus de la croissance, elle semble tout de même être difficile à circonscrire. Son début et sa fin varient selon les écrits; pour Micheal et Ben-Zur (2005), l'adolescence se situe entre 11 et 21 ans et selon le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2011), le Fonds des Nations Unies pour la population (2007) et l'Organisation mondiale de la santé (2015), l'adolescence se situe entre 10 ans à 19 ans. Cette période est difficile à définir entre autres parce que chaque être la vit différemment selon « sa maturité physique, émotionnelle et cognitive » (Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2011, p. 8).

L'adolescence est une période de changements, autant sociaux que personnels (Laiho, 2004). Laiho (2004) note que le processus de distanciation entre l'adolescent et ses parents, la présence de nouveaux amis, le changement de l'image corporelle et autres facteurs mettent à l'épreuve l'estime de soi d'un adolescent. L'estime de soi, à la période de l'adolescence, est un agent important qui a le potentiel d'affecter positivement la santé mentale (Plancherel et Bolognini, 1995). En effet, une bonne estime de soi permettrait au jeune d'avoir une intégration

adéquate à plusieurs niveaux, dont scolaire, professionnel, social et familial (Guillon et Crocq, 2004). Selon l'Institut de la statistique Québec (2002), les adolescents ayant une faible estime d'eux-mêmes ressentiraient une grande détresse psychologique et les filles seraient majoritairement plus atteintes que les garçons. Dans ce même document, les statistiques démontrent qu'il y a présence d'idées suicidaires chez les adolescents qui ont une faible estime d'eux-mêmes.

La définition de Mruk (2006a, 2013) nous aide à mieux comprendre ce qu'est l'estime de soi. Mruk (2006a) soulève qu'une bonne estime de soi est la relation entre deux composantes soit la compétence et le mérite. Les compétences sont reliées au comportement, elles découleraient du sentiment de mérite et vice versa, l'estime de soi ne pouvant donc pas se mesurer seulement avec l'un ou l'autre. Par conséquent, Mruk suggère que l'estime de soi est un processus interne compte tenu du sentiment de mérite et à la fois un processus externe en raison des compétences. Plus récemment, Mruk (2013) réitère sa définition et suggère deux dimensions qui font elles aussi partie de l'estime de soi : les dimensions cognitive et affective. Il semblerait que celles-ci soient étroitement liées aux compétences et au sentiment de mérite : « Cognition and affect are always present when discussing self-esteem in the same ways that competence is met with worthiness and vice versa » (Mruk, 2013, p. 162). La mise en relation de ces quatre propriétés, soit les compétences, le mérite, la cognition et l'affect, est donc à la base de l'estime de soi.

L'identité à l'adolescence. Il n'y a pas de consensus dans les écrits sur la définition de l'identité. Néanmoins, un auteur souvent cité est Erikson (Ruud, 1997; Marcia, 2002; Schwartz et Fouts, 2003; Hernandez, Montgomery et Kurtines, 2006; Dumas, Ellis et Wolfe, 2012). Selon ce chercheur, une grande partie de l'identité se développe et se fixe lors de ce passage fondamental qu'est l'adolescence. L'identité est ainsi l'aboutissement des identifications significatives de l'enfance. Ces identifications peuvent être modifiées à l'adolescence et former un tout conséquent et spécifique (Erikson, 1968; Laiho, 2004) pour atteindre l'âge adulte. Toujours selon Erikson, huit stades constituent le développement de l'être humain dans le cycle de la vie. C'est au cinquième stade, celui qui oppose l'identité à la confusion d'identité, soit le dernier stade de l'enfance, qu'est située la période de l'adolescence. D'après Erikson, le développement de l'identité chez les adolescents est une étape indispensable. Il décrit la crise

identitaire comme étant un passage nécessaire pour trouver une direction et un sens à la vie. Il mentionne d'ailleurs que pour ressentir un bien-être psychosocial, le sentiment d'identité doit être optimal. Erikson adopte l'expression *moratoire psychosocial* pour représenter la période de délai qui est accordé à un individu qui n'est pas prêt à faire face aux engagements et aux tâches de la vie d'adulte, tels que de trouver un travail et devenir un citoyen engagé. L'adolescence est donc une période de moratoire psychosocial où une personne explore afin de développer une conception de lui-même (Erikson, 1968).

Dans son ouvrage, Even Ruud (1998), musicothérapeute, décline quant à lui, l'identité en plusieurs facteurs et points de vue. L'identité peut faire référence au sexe, à l'âge, au nom de la personne, mais l'identité peut aussi être observée d'un point de vue social, par exemple ce qui nous différencie d'une autre personne ou les différentes dimensions dans la personnalité. Finalement, d'un point de vue phénoménologique, l'identité se réfère davantage aux sentiments et à la connaissance de son identité, c'est-à-dire la connaissance de soi.

Adolescents à risque. De nombreux auteurs s'entendent sur le fait que les conduites à risque des adolescents sont de nos jours « un problème de santé publique » (Bréjard, Pedinielli et Rouan, 2006, p. 413; Michel, Purper-Ouakil et Mouren-Simeoni, 2006, p. 62). Certains auteurs prétendent que la sphère émotionnelle est un élément qui est perturbé chez ces adolescents, dans la mesure où ils ont un « faible niveau de conscience émotionnelle » (Bréjard, Bonnet et Pedinielli, 2005, p. 399) et où la manière dont ils ressentent les émotions est moins intense (Bréjard, Pedinielli et Rouan, 2006). Selon l'étude de Bréjard et al. (2005) qui compare un groupe d'adolescents ayant des comportements à risque et un groupe n'en ayant pas, les résultats démontrent que « la conscience émotionnelle, l'alexithymie et les attitudes dysfonctionnelles sont impliquées dans les comportements à risques » (p. 399). Ces auteurs affirment qu'il est nécessaire de s'occuper de ces adolescents et d'ajuster les techniques thérapeutiques en fonction de leur vulnérabilité et de leur sphère cognitive.

Bien qu'un nombre considérable d'auteurs aient écrit à ce sujet, il ne semble pas y avoir de consensus sur le concept même de risque dans les écrits, ce qui le rend plus complexe à définir. Selon Jessor (1991), le terme *à risque* s'articule à deux niveaux à l'adolescence, les adolescents engagés dans des comportements à risque et ceux qui ne le sont pas : « For adolescents already involved in risk behavior, usually those who are older, *at risk* can mean

being at risk for health- and life-compromising outcomes: early pregnancy, school failure, trouble with the law, unemployability, inadequate self-concept » (p.603). Toutefois, cette définition fait référence aux adolescents ayant déjà un comportement à risque. Par exemple, une personne s'absentant fréquemment de ses cours à l'école serait à risque d'échec scolaire. Pour les adolescents qui ne sont pas encore engagés dans ces comportements, cela nous ramène à l'adolescent chez qui une multiplicité de facteurs de risque est présente, ceux-ci pouvant induire certains comportements à risque tels que commencer à boire de l'alcool, à prendre des drogues ou commencer à s'absenter de l'école.

Dans un autre ordre d'idées, Zanders (2013) définit le terme à risque ainsi : « The term at risk youth typically implies a future with less than optimal outcomes » (p. 34). Cet énoncé, beaucoup plus général que les précédents, suppose qu'un jeune à risque aurait un avenir compromis et que des résultats moins optimaux que s'il n'était pas à risque se présenteraient. Clark, Roth, Wilson et Koebel (2013) utilisent le terme *high-risk youth* pour indiquer un jeune qui voit une diminution dans son fonctionnement global dû à une ou plusieurs causes reliées à la santé mentale, l'utilisation de substances, le désavantage social, économique ou culturel (traduction libre, p. 68).

Durant la période de l'adolescence, il est considéré comme étant normal de ressentir une certaine détresse identitaire puisque l'identité est en développement (Hernandez, Montgomery et Kurtines, 2006). Par contre, pour certains adolescents, une telle détresse pourrait interférer sur le développement dit normal et des risques de dysfonctions et de problèmes comportementaux pourraient en découler (Hernandez, Montgomery et Kurtines, 2006). Selon Dumas, Ellis et Wolfe (2012), les adolescents qui développent leur identité adéquatement, c'est-à-dire en explorant et en s'engageant dans des choix personnels d'identité, auraient moins de chance de faire des abus de substances illicites. Toutefois, un adolescent qui aurait commencé à développer son identité sans d'abord développer ses valeurs, ses croyances et ses buts serait plus enclin à s'engager dans des comportements comme des abus de substances, ce qui favoriserait un état à risque.

Un adolescent dit à risque n'est pas encore engagé dans ce risque. Prenons l'exemple d'un adolescent attiré par des comportements délinquants; il peut être à risque de s'engager dans ceux-ci. Lorsqu'il y est engagé, il n'est plus à risque de s'impliquer dans des actes délinquants,

car ces comportements sont déjà présents. Cependant, ces comportements délinquants engagent à d'autres risques pouvant être plus sévères et ainsi de suite. C'est pourquoi il importe de s'attarder aux programmes de prévention qui doivent commencer par l'identification des risques (Resnick et Burt, 1996).

Facteurs de risque chez les adolescents

Un document produit par la Sécurité publique Canada (2012) définit un facteur de risque par une variable qui existe préalablement au résultat ou au risque. Selon ce document, les recherches démontrent que les facteurs de risque sont souvent précurseurs de difficultés d'adaptation; la criminalité en serait un exemple. D'autres exemples de facteurs de risque pourraient être, entre autres, l'alcoolisme ou toute autre dysfonction familiale, la pauvreté, une faible estime de soi (Blum, McNeely et Nonnemaker, 2002), le fait d'habiter dans un quartier vulnérable (Sécurité publique Canada, 2008), les problèmes de comportements (Diaz, Peake, Surko et Bhandarkar, 2005) et autres.

Selon une étude réalisée en 2008, les adolescents vivant dans des familles où il y a un manque d'ordre et une discipline insuffisante sont quatre fois plus à risque d'adopter des attitudes délinquantes que ceux qui proviennent de familles plus harmonieuses (Sécurité publique Canada, 2008). En effet, la famille est un facteur déterminant dans le développement de l'enfant. Un manque d'encadrement de la part des parents pourrait être un facteur de risque menant à une faible estime de soi (McClure, Tanski, Kingsbury, Gerrard et Sragent, 2010). Lorsqu'il y a des facteurs de risque associés à la famille, par exemple de la pauvreté ou un faible niveau d'éducation chez les parents, le développement de l'enfant pourrait être compromis (Moore, 2006). Jessor (1991) mentionne que les facteurs de risque chez les adolescents sont associés à cinq domaines : la biologie et la génétique, l'environnement tel que perçu par les adolescents, l'environnement social, la personnalité et le comportement. Jenson et Fraser (2011) rapportent cinq facteurs de risque : « individual, school, peer, family, and community influences that increase the likelihood that a child will experience a social or health problem » (p. 10). Cela signifie que les amis, la famille, l'école, voire tout l'entourage exerce une influence qui pourrait expliquer l'émergence d'un problème social ou de santé chez un jeune. Toutefois, la présence d'un facteur de risque n'assure pas la manifestation d'un problème, mais ne fait qu'augmenter les probabilités qu'il se produise.

Facteurs de protection chez les adolescents

Si les facteurs de risque sont considérés comme un « problème », les facteurs de protection pourraient alors être définis comme étant une force et un élément nécessaire au bon développement d'une personne. Les facteurs de protection aident à écarter les dangers d'une mauvaise adaptation s'il y a présence d'un ou plusieurs facteurs de risque dans la vie d'un individu (Sécurité publique Canada, 2012). Ils servent de « modérateurs en présence de facteurs de risque » (Sécurité publique Canada, 2012, p. 15). Autrement dit, les facteurs de protection agissent en tant que tampon afin de modérer les facteurs de risque (Jenson et Fraser, 2011; Sécurité publique Canada, 2012). Jessor (1991) définit un facteur de protection comme un facteur qui atténue, contre ou équilibre l'impact et les effets des facteurs de risque traduction libre, p. 603). Il associe des facteurs de protection pour les mêmes domaines mentionnés dans les facteurs de risque soit, la biologie et la génétique, l'environnement social, l'environnement tel que perçu par les adolescents, la personnalité et le comportement.

Un facteur de protection qui semble prédominant dans les écrits est l'estime de soi. L'Institut de la statistique Québec (2002) considère que l'estime de soi, comme facteur de protection, pourrait prévenir la détresse psychologique durant la période de l'adolescence, et ce, surtout chez les filles. Ce document recommande de travailler sur l'estime de soi chez les enfants et en début d'adolescence. Selon l'étude de Plancherel et Bolognini (1995), les facteurs de protection pouvant aider les jeunes de 12 à 14 ans à avoir une bonne santé mentale seraient l'estime de soi, le soutien social et l'adaptation.

Les facteurs de risque et de protection sont donc des agents qui peuvent influencer soit positivement ou négativement la croissance des adolescents. Un facteur tel que la famille peut ainsi être un facteur de risque, de même qu'un facteur de protection. Si une famille n'encadre pas suffisamment l'enfant, celle-ci pourrait être un facteur de risque. Cependant, si la famille a les ressources nécessaires afin d'apprendre à encadrer adéquatement l'enfant, la famille pourrait devenir un facteur de protection.

Musique et adolescence

Durant la période de l'adolescence, l'appartenance à un groupe est importante; la musique peut y jouer un rôle central. Elle permet aux adolescents de partager leurs préférences, leurs sentiments et leurs expériences (Laiho, 2004; Ruud, 1997). Dans une étude faite en Angleterre, North, Hargreaves et O'Neill (2000) ont mené un sondage auprès d'adolescents âgés de 13 et 14 ans. Ils ont démontré que sur un échantillon de 2465 adolescents, 17,8% disent jouer de la musique, 51,7% disent avoir déjà joué de la musique et 39,6% disent écouter de la musique plus d'une ou deux fois par jour. De plus, ceux ayant répondu jouer de la musique disent écouter environ 2,65 heures de musique par jour. Une autre étude portant sur le rôle de la musique dans la vie des adolescents a eu un résultat similaire quant aux nombres d'heures de musique écoutée. Les participants ont répondu écouter plus de 3 heures de musique par jour, pour un total de 22,4 heures par semaine (Schwartz et Fouts, 2003).

La musique joue généralement un rôle essentiel dans la vie d'un adolescent (Bosacki et O'Neill, 2015; Saarikallio et Erkkilä, 2007), elle lui permet d'explorer et d'exprimer ses sentiments, ses sensations, ses perceptions personnelles, de mieux se connaître et de s'entendre à travers elle (Nicol, 2006). Nicol attire l'attention sur le fait que la musique jouée par une personne est un reflet d'elle-même, telle une production de soi (traduction libre, para. 6). Elle utilise le terme *Music-Making-Me* afin d'illustrer ce concept. La métaphore que Nicol utilise suggère que la musique offre un véhicule pour l'expression personnelle et l'exploration personnelle (traduction libre, para. 6). En d'autres mots, la musique qu'une personne crée reflète son identité.

Saarikallio et Erkkilä (2007) ont étudié le rôle de la musique sur la régulation de l'humeur. Les résultats de leur recherche révèlent que les adolescents écoutent de la musique en fonction de leur humeur, de leur attitude et selon l'activité ou la situation qui se présente, que la musique les aide à éclaircir leurs pensées et qu'elle permet l'expression de soi. Ces auteurs ont répertorié des stratégies de régulation de l'humeur; la musique est un moyen de se libérer d'émotions difficiles, elle suscite l'imagerie mentale et la réflexion, elle offre une expérience reconfortante, console, etc. Ainsi, la musique tend à régulariser l'humeur et à apporter un sentiment de bien-être. Les résultats de leur étude ont révélé que la musique favorise l'auto-régularisation des émotions.

McFerran (2010) note que la musique offre un moyen pour développer l'engagement, la créativité et la formation de l'identité alors que selon Ruud (1997), « listening to, performing and talking about music is not as much a reflection of identity as a way of performing our sense of ourselves, our identity » (p. 3). Ainsi, le fait de jouer, d'écouter et de discuter de musique peut être non seulement le reflet de soi-même, mais aussi une façon d'afficher ce que nous sommes, notre identité propre (Ruud, 1997; Laiho, 2004).

Keen (2005), un travailleur social clinique en Afrique du Sud utilise la musique comme outil d'intervention auprès d'adolescents en difficultés et souffrants d'un traumatisme. Il démontre que l'utilisation de la musique en tant que moyen d'interaction aide le clinicien à gagner la confiance des adolescents et facilite le processus de guérison. Il en conclut que la musique peut contribuer au processus thérapeutique grâce à son langage non verbal, à sa nature créative et parce qu'elle offre la possibilité d'exprimer des émotions; la musique encourage les adolescents à s'engager dans le processus thérapeutique, à être moins résistants et à faire confiance au thérapeute (Keen, 2005). Dans le même ordre d'idées, Brooks (1989) spécifie que la musique favorise la communication entre l'adolescent et un adulte en position d'autorité.

Selon une étude menée par Bosacki et O'Neill (2015), les adolescents s'engageant dans des activités musicales quotidiennes ressentent des émotions positives. Une partie de cette étude consistait à demander aux adolescents d'écrire 12 affirmations sur ce que la musique représente pour eux. Dans la plupart des réponses, la première affirmation comportait une composante émotionnelle. D'autre part, la musique a aussi des répercussions positives sur l'estime de soi, qui se développe grâce à la participation à des activités musicales (Laiho, 2004). Laiho (2004) conclut son article en insistant sur le fait que nous ne devrions pas sous-estimer l'influence que la musique exerce sur la santé mentale des adolescents, car elle est un moyen privilégié pour surmonter les défis qui se présentent à cette étape de leur vie. Laiho fait des liens entre la musique, l'humeur, l'estime de soi et la santé mentale. La musique a une influence considérable sur la santé mentale, car elle affecte l'humeur et contribue à l'estime de soi; « Adolescents need effective means to cope with the challenges of their developmental period, and music seems to be a vehicle that they have chosen themselves » (Laiho, 2004, p. 59).

Musicothérapie auprès d'adolescents

« The music itself, as a typical feature of adolescent life, may be an easily approachable medium especially for the young » (Saarikallio et Erkkilä, 2007, p. 105). La musicothérapie étant fréquemment utilisée avec les adolescents, plusieurs musicothérapeutes ont partagé leur travail.

Au coeur du processus thérapeutique se trouvent les relations : deux niveaux de relations peuvent être observés, la relation entre le client et la musique, ainsi que celle entre le client et le thérapeute. Elles sont primordiales afin que le progrès puisse se faire. Bruscia (1998) écrit « Of central significance to the therapeutic process is the client's relationships to the therapist and the music » (p.23). De plus, la musicothérapie procure un environnement sécuritaire où l'adolescent ne craint pas d'être jugé en dévoilant des compétences qu'il ne montre pas habituellement (Gold, Voracek et Wigram, 2004). Ces auteurs rapportent que la musicothérapie auprès d'adolescents ayant une psychopathologie semble être plus efficace si le musicothérapeute utilise une approche éclectique offrant des techniques issues de modèles variés. Par exemple, au sein d'une même intervention, un musicothérapeute pourrait utiliser l'écoute de musique en musicothérapie réceptive et également l'improvisation telle que présentée dans le modèle Creative Music Therapy de Nordoff-Robbins (Aigen, 1995).

De nombreux musicothérapeutes utilisent l'écoute et la composition de chansons dans leur travail avec les adolescents (Ragland et Apprey, 1974; Brooks, 1989; McFerran, Baker, Patton et Sawyer, 2006; Hadley et George, 2012). McFerran (2010) utilise l'écriture de chansons ainsi que l'improvisation auprès d'adolescents. Elle souligne que l'objectif principal de son travail est d'aider les adolescents à ne pas avoir peur d'être complètement eux-mêmes. Cette musicothérapeute-auteure privilégie l'improvisation clinique en tant que méthode la plus propice à la relation et la créativité dans le travail avec les adolescents. Selon ses écrits, l'improvisation de groupe remplit trois objectifs principaux, l'improvisation clinique : (1) favorise la compréhension; (2) facilite l'acceptation et; (3) facilite le développement des habiletés sociales. Dans son article sur l'improvisation, McFerran-Skewes (2003) discute de l'utilisation de l'improvisation de groupe dans un contexte musicothérapeutique, elle met l'accent sur le rythme ainsi que sur les retours verbaux à la suite d'une improvisation. Ces deux éléments sont pour elle d'égale importance.

Musicothérapie auprès d'adolescents à risque. Clark, Roth, Wilson et Koebel (2013) ont fait un survol des méthodes utilisées par des musicothérapeutes travaillant avec des adolescents à haut risque et ils ont répertorié les interventions suivantes : écriture de chansons, utilisation des percussions, improvisation, rap, écoute de musique et analyse de paroles. En outre, dix buts et objectifs ciblés par les musicothérapeutes ressortent de leur travail avec les adolescents à risque : favoriser l'expression personnelle, l'estime de soi, la capacité d'adaptation; développer les habiletés sociales, les habiletés à gérer leur comportement (behaviour management skills), les relations interpersonnelles, les habiletés de communication, la conscience de soi, la prise de décision et la sensibilité culturelle (cultural awareness). Les auteurs de cette étude espèrent voir davantage de recherches afin de développer le champ de la musicothérapie avec les adolescents à risque.

Snow et D'Amico (2010) ont mené une étude sur l'apport d'un cercle de tambour sur la vie des adolescents à risque. Cette étude a été menée dans un contexte musicothérapeutique en milieu scolaire. Les résultats de cette recherche révèlent que certains participants se sentent mieux avec eux-mêmes et qu'ils ont augmenté leur confiance et leur estime de soi. Le cercle de tambour, communément appelé *drum circle* a donc eu des impacts positifs dans la vie de ces jeunes.

Tervo (2001) a écrit sur la musique, la créativité, la musicothérapie et l'adolescence en mettant l'accent sur la musique rock dans un contexte communautaire avec des adolescents suivis en psychiatrie. Cet auteur soulève que chez les adolescents, la musique touche plus profondément les émotions que les paroles seules le feraient. En toute connaissance de cause, il utilise la musique rock en affirmant que celle-ci permet aux adolescents d'exprimer et d'être en contact avec des émotions telles que la colère, la rage et la peine. Tervo (2001) explique que selon lui, il y a trois étapes dans le processus musicothérapeutique avec la clientèle adolescente. La première est celle de l'intérêt que la musicothérapie suscite, la deuxième est l'apprentissage musical et jouer de la musique avec le musicothérapeute et la troisième, l'improvisation. Il a observé qu'à la troisième étape les adolescents s'expriment plus spontanément, interagissent musicalement avec les autres membres du groupe, ressentent et expriment davantage leurs émotions. D'après Tervo, « When improvisation becomes possible, the roles change; the adolescent then shows the way to their inner world » (Tervo, 2001, p. 82).

Sommaire

Des facteurs de risque préexistants ou peu de facteurs de protection présents à l'adolescence peuvent accroître le danger de s'engager dans des comportements à risque. La musicothérapie, de plus en plus utilisée avec ces adolescents à risque, semble être une approche en pleine expansion pour les aider à franchir le passage de l'enfance vers l'âge adulte. Diverses techniques en musicothérapie telles que l'utilisation de la chanson et la composition, le cercle de tambour et l'improvisation clinique sont utilisés en contexte musicothérapeutique avec les adolescents dans des milieux communautaires, hospitaliers, éducatifs, etc.

La thérapie verbale est une technique largement utilisée avec cette clientèle, par contre des études démontrent que les adolescents peuvent se connecter davantage à la musique qu'aux autres modalités (Brooks, 1989). Dès lors, la musicothérapie pourrait être un choix intéressant pour faire une différence dans leur développement personnel.

En somme, pour certains, l'adolescence peut représenter un passage difficile, particulièrement chez les adolescents à risque. La sphère émotionnelle peut être perturbée chez ces adolescents (Bréjard, Bonnet et Pedinielli, 2005) et l'estime de soi, facteur d'une haute importance pour le développement (Plancherel et Bolognini, 1995; Guillon et Crocq, 2004), est mise à l'épreuve durant cette période (Laiho, 2004). L'estime de soi peut être un facteur de risque (Blum, McNeely et Nonnemaker, 2002), mais aussi un facteur de protection majeur (L'institut de la statistique Québec, 2002; Plancherel et Bolognini, 1995), de plus l'identité est en pleine construction (Erikson, 1968). Finalement, la musique étant omniprésente dans la vie des adolescents (Hargreaves et O'Neill, 2000; Schwartz et Fouts, 2003), elle est un moyen de travailler à la fois sur l'expression des émotions, sur l'estime de soi et sur l'identité (Laiho, 2004; Clark, Roth, Wilson et Koebel, 2013). Suite à cette recension des écrits, la musicothérapie s'est avérée être une approche appropriée pour travailler avec ces adolescents.

Chapitre 3. Méthodologie

Recherche-intervention

La méthodologie de la recherche-intervention est « the systematic study of purposive change and strategies » (Fraser et Galinsky, 2010, p. 459). Fraser et Galinsky ont élaboré un modèle en cinq étapes :

1. Develop problem and program theories
2. Specify program structures and processes
3. Refine and confirm in efficacy tests
4. Test effectiveness in practice settings
5. Disseminate program findings and materials

La chercheuse a utilisé la première étape afin de développer les théories sur le problème et le programme (Develop problem and program theories). C'est lors de cette étape que les facteurs de protection, les facteurs de risque et les médiateurs malléables ont pu être identifiés. Les médiateurs malléables sont définis à partir des facteurs de risque et de protection. Ces médiateurs sont des points de départ pouvant être influençables et manipulables; ils font progresser l'intervention. La deuxième étape propose de spécifier les structures du programme et leurs processus (specify program structure and processes). Seulement une partie de cette étape a été utilisée pour élaborer le programme d'intervention. Cette recherche-intervention visait à développer un programme d'intervention communautaire en musicothérapie avec des adolescents à risque en y décrivant les buts, les objectifs et le déroulement des séances. D'autres recherches en musicothérapie ont utilisé cette méthodologie, dont celle de Wingate (2013), Power (2014) et Da Costa (2014). Cette méthodologie a spécifiquement été choisie, car elle répondait adéquatement à la question de recherche. De plus, elle rejoint le désir de la chercheuse de développer un programme d'intervention concret afin de pouvoir mieux comprendre et servir cette clientèle.

Collecte des données

Les données ont été recueillies en plusieurs étapes, dont la première, la recension des écrits en musicothérapie, en musique et en psychologie. Des bases de données ont été consultées telles que Psychinfo, Medline et RILM incluant les livres, les périodiques, les mémoires de maîtrise et les thèses de doctorat en musicothérapie (*Revue canadienne de musicothérapie, Journal of Music Therapy, Nordic Journal of Music Therapy, Voices: A World Forum for Music Therapy, The Arts in Psychotherapy, etc.*), et dans le domaine de l'adolescence (*Annual Review of Psychology, Journal of Adolescence, Journal of Adolescent Health, Journal of Youth and Adolescence, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, L'Encéphale, etc.*). Les ouvrages référencés sont en anglais et en français. Les mots clés suivants ont guidé la recherche : adolescence/adolescents, adolescents à risque, facteurs de risque, facteurs de protection, estime de soi, programme, musique et musicothérapie. Des données ont aussi été recueillies dans le journal de bord et les mémos de la chercheuse lors de la recension des écrits et de l'analyse des documents.

Analyse des données

La chercheuse a utilisé le codage qualitatif (Neuman, 2006) afin d'analyser les études et les articles pertinents à la composition du programme d'intervention. Cette méthode de codage consiste en l'analyse et la catégorisation des écrits en utilisant le codage ouvert (open coding), codage axial (axial coding) et le codage sélectif (selective coding). Pour cette recherche, seulement le codage ouvert, puis le codage axial ont été utilisés afin d'identifier les thèmes en lien avec les adolescents à risque, les facteurs de risque et de protection, les médiateurs malléables et les méthodes utilisées en musicothérapie. Une fois l'analyse complétée, le programme a été développé.

Première étape : Développement du problème et des théories du programme. Le codage ouvert a servi à repérer les thèmes présents dans chaque ouvrage. Les thèmes ont été compilés dans un tableau pour ensuite faire le codage axial qui met en lien ces thèmes. Les thèmes ont ensuite été regroupés par couleur afin de faire ressortir les grandes catégories. Ces deux étapes ont permis d'identifier la problématique. Au total, 393 thèmes et 13 catégories ont été répertoriés. Ces thèmes et catégories ont ensuite été utilisés pour définir les composantes du programme d'intervention.

Deuxième étape : Spécification des structures du programme et des processus. Un programme d'intervention a été élaboré à partir des données théoriques recensées et analysées lors de la première étape de la recherche. Le programme inclut la description de huit séances de musicothérapie, incluant les buts et les objectifs, et le déroulement des séances de l'intervention. Les stratégies d'interventions ont été élaborées à partir des médiateurs malléables afin d'atteindre les buts globaux de la thérapie. Le recrutement des jeunes, les conditions d'admissibilité, l'évaluation initiale et les critères du groupe ont été définis.

Chapitre 4. Résultats

Première étape : Développement du problème et des théories du programme

Identification du problème. L'analyse des données a permis d'identifier le problème. Celui-ci implique deux composantes : l'estime de soi fragilisé à l'adolescence constitue un facteur de risque pour la délinquance et peu de programmes de préventions existent pour une clientèle adolescente à risque. Un programme de prévention serait nécessaire (Resnick et Burt, 1996) afin de diminuer la progression de la population adolescente à risque (Bréjard, Pedinielli et Rouan, 2006; Michel, Purper-Ouakil et Mouren-Simeoni, 2006).

Théories du programme. La théorie globale de cette recherche avance que la musicothérapie est une approche effective dans les domaines émotionnel et social, et appropriée auprès d'adolescents à risque (Clark, Roth, Wilson et Koebel, 2013). Plus particulièrement, la musicothérapie est un domaine de pratique éclectique comprenant des méthodes d'improvisation instrumentale et vocale libre ou structurée, l'utilisation du rythme et de la percussion sous forme d'improvisation et l'utilisation de la chanson, ce qui offre un cadre efficace pour développer l'estime de soi, l'expression des émotions et le développement de l'identité. Cependant, malgré l'importance de travailler sur l'identité durant la période de l'adolescence, ce facteur ne sera pas détaillé, car cela dépasserait les limites de cette étude. Finalement, le travail de groupe à l'intérieur d'un processus musicothérapeutique est un environnement propice pour travailler les relations interpersonnelles.

Médiateurs malléables. Divisés en deux catégories, les six médiateurs malléables suivants ont été déterminés comme ayant le potentiel d'influencer positivement l'estime de soi et de favoriser l'expression des émotions. Les quatre médiateurs malléables suivants se retrouvent sous la catégorie de l'estime de soi :

1. Développer un sentiment de sécurité et de confiance au sein du groupe
2. Développer des stratégies pour la résolution de problème et augmenter le sentiment de compétence
3. Favoriser la rétroaction positive
4. Développer le sentiment de valeur personnelle en travaillant la perception de soi

Les deux médiateurs malléables suivants se retrouvent sous la catégorie de l'expression des émotions :

5. Offrir des outils pour exprimer ses émotions
6. Offrir des expériences musicales favorisant l'expression des émotions

Estime de soi. Le mot estime vient du mot latin *aestimare* qui signifie « fixer la valeur ». Selon le Petit Larousse Illustré (2006), la définition de l'estime est l'« opinion favorable qu'on porte sur quelqu'un ou quelque chose » (p. 432).

Guillon et Crocq (2004) définissent l'estime de soi comme « l'opinion que tout individu a de lui-même et qu'il maintient » (p. 31). L'estime de soi, qu'elle soit élevée ou faible, serait formée par les expériences qu'un individu a vécues et qu'il vivra. D'après ces auteurs il y aurait une relation entre l'estime de soi et la psychopathologie, de même que l'estime de soi et l'opinion que l'adolescent a de lui-même. Dorard, Bungener et Berthoz (2013) ont quant à eux défini l'estime de soi en quatre dimensions : le sentiment de sécurité et de confiance, la connaissance de soi, le sentiment d'appartenance à un groupe et le sentiment de compétence. Ces dimensions pourraient être à l'origine de ce qu'une personne pense d'elle-même. L'estime de soi est donc formée ici par la perception qu'un individu a de lui-même.

La définition de l'estime de soi de Guindon (2002) englobe les caractéristiques énoncées ci-haut. L'auteure ajoute que l'estime de soi se définit comme étant les composantes d'auto-évaluation; la conscience de ses compétences, du sentiment d'accomplissement, ainsi que la prise en compte des opinions du monde extérieur sont des éléments qui ont un impact sur les jugements affectifs liés au concept de soi celui-ci se traduisant par les sentiments de valeur et d'acceptation (traduction libre, p. 207).

Enfin, l'estime de soi selon Mruk (2006a) est la relation dynamique entre deux facteurs : les compétences et le sentiment de valeur. Les compétences sont liées au comportement; afin d'acquérir des compétences, une personne doit avoir un certain comportement qui résulte en la réussite d'une tâche par exemple. D'un autre côté, le sentiment de valeur doit être obtenu à la suite d'un accomplissement, donc d'un comportement compétent. Quelques années plus tard, Mruk (2013) ajoute deux dimensions à l'estime de soi : cognitive et affective. Il explique que la dimension cognitive est reliée aux compétences et la dimension affective au sentiment de valeur.

Les deux facteurs étant impliqués dans un processus dynamique, il est indéniable que les dimensions cognitive et affective se manifestent. Selon lui, on peut augmenter l'estime de soi d'une personne en l'aidant à devenir plus compétente et à se sentir davantage à la hauteur dans les sphères importantes de sa vie. Mruk (2006b), explique que « providing acceptance, offering positive feedback, modeling, increasing problem-solving ability, cognitive restructuring, assertiveness training, natural self-esteem moments, two types of therapeutic formats (individual and group work, but especially the latter), and practice » (p.166) sont des techniques cliniques afin de modifier l'estime de soi. Par exemple, la restructuration cognitive est une technique qui pourrait améliorer le sentiment de valeur.

En résumé, selon les auteurs consultés, l'estime de soi se définit comme étant l'opinion qu'une personne a d'elle-même, la manière dont elle s'évalue, le sentiment d'accomplissement qu'elle ressent, et est en lien avec les compétences personnelles et le sentiment de valeur. Afin d'améliorer l'estime de soi, les quatre médiateurs malléables suivants ont été identifiés : développer un sentiment de sécurité et de confiance au sein du groupe; augmenter le sentiment de compétence en développant des stratégies pour trouver des solutions à des difficultés; favoriser la rétroaction positive; et augmenter le sentiment de valeur en changeant la perception de soi.

Expression des émotions. Selon le modèle de Saarikallio et Erkkilä (2007), l'expression des émotions joue un rôle important dans la régulation de l'humeur par la musique. En jouant, écoutant, chantant, dansant, etc., l'adolescent exprime ses émotions et ainsi régule son humeur. Pour que ce processus fonctionne, l'expérience musicale doit être volontaire et une certaine liberté dans la structure doit être présente. Par exemple, l'adolescent doit pouvoir choisir son instrument ou le style de musique à écouter ou à jouer. Finalement, Saarikallio et Erkkilä (2007) écrivent que la musique pourrait être une façon d'encourager et de réguler l'expression émotionnelle comportementale (traduction libre, p. 94).

Une étude récente évalue l'expression des émotions selon trois critères : la voix, le visage et la posture (Panjwani, Chaplin, Sinha et Mayes, 2015). La voix étant couramment utilisée en musicothérapie s'avère une intervention privilégiée pour travailler l'expression des émotions. Sous forme de chant, de rap et/ou de poème musical, la voix peut être utilisée de plusieurs façons différentes afin de rejoindre la clientèle.

Selon Moneta et Rousseau (2008), les adolescents ayant des problèmes de comportement ont de la difficulté à exprimer et comprendre non seulement leurs propres émotions, mais aussi celles des autres. L'utilisation d'interventions basées sur l'art dramatique/théâtre semblerait être propice à l'expression des émotions, car l'adolescent peut se réapproprier et transformer des événements survenus. Ici aussi, l'expression non verbale des émotions est un critère d'expressivité; l'expression faciale et les mouvements correspondent à des émotions.

L'expression des émotions peut diminuer la détresse, favoriser l'introspection et améliorer les relations interpersonnelles (Kennedy-Moore et Watson, 2001). Ces auteurs sont d'avis qu'exprimer ses émotions lors d'une thérapie doit se faire sur une base volontaire, c'est-à-dire lorsque la personne se sent prête et en confiance dans la relation thérapeutique. Écrire dans un journal à propos d'une émotion ressentie peut aussi aider à mieux la comprendre. En somme, Kennedy-Moore et Watson écrivent qu'exprimer les émotions améliore le bien-être.

Par conséquent, les deux médiateurs malléables associés à l'expression des émotions sont d'offrir des outils aux jeunes pour exprimer différentes émotions et offrir diverses expériences musicales favorisant l'expression des émotions.

Stratégies d'action.

Développer un sentiment de sécurité et de confiance au sein du groupe. Le sentiment de sécurité et de confiance est primordial au processus thérapeutique, il servira de fondation pour le développement de l'estime de soi. Pour établir ce sentiment de sécurité et de confiance, les valeurs et les règles du groupe seront discutées, définies, puis écrites par les jeunes, dès la première séance. Ces valeurs et ces règles devront venir tout d'abord des membres du groupe puis seront appuyées par la musicothérapeute. La musicothérapeute soutiendra les jeunes pour qu'ils arrivent à un consensus. Si les membres du groupe ne se mettent pas d'accord, elle proposera de faire une liste de pour et de contre et d'en nommer les raisons. Advenant le fait que la décision ne soit pas unanime, mais majoritaire, des improvisations musicales pourront servir de médiateur. La musicothérapeute aura déjà trois valeurs et règles de base pour guider le groupe dans la discussion, soit le non-jugement, le respect et la confidentialité.

Développer des stratégies pour la résolution de problèmes et augmenter le sentiment de compétence. Au cours du programme, un moment sera accordé aux membres du groupe pour discuter de problèmes ou de difficultés qui sont présents dans leur vie. Cette stratégie d'action

est élaborée à la quatrième séance, car au cours des trois séances précédentes, les membres auront appris à se connaître, à avoir une certaine cohésion de groupe et seront donc plus enclins à se soutenir mutuellement. La discussion sera entamée par la musicothérapeute de manière à fournir une direction, puis peu à peu, elle laissera les membres s'exprimer tout en leur offrant un support. Chaque membre aura un temps s'il le désire, pour partager une situation où il a de la difficulté. Les pairs seront invités à l'écouter et le soutenir. La musicothérapeute recadrera au besoin pour s'assurer que la proposition de solutions ne devienne pas envahissante pour le jeune, le but étant que le jeune se sente écouté, et que les autres jeunes se sentent aussi valorisés en voulant l'aider. Les stratégies et actions concrètes seront prises en notes par les membres dans un journal de bord. La musicothérapeute demeurera disponible si un jeune vit un problème et souhaite en discuter avant ou après les séances. Tout au long du programme, la musicothérapeute restera sensible aux tensions et conflits potentiels ou émergents dans le groupe et travaillera avec celui-ci pour les exposer à l'intérieur d'un cadre thérapeutique.

Favoriser la rétroaction positive. Tout au long de l'intervention, la musicothérapeute aura recours au renforcement positif lorsqu'un participant aura fait du progrès ou atteint un objectif personnel. Elle fera aussi usage de validation en appuyant verbalement ou musicalement des réflexions. Durant tout le programme et spécifiquement durant le projet collectif, les membres du groupe seront encouragés à appuyer leurs pairs dans les prises de décision et à émettre des commentaires constructifs sur leurs réalisations. Du temps sera alloué après avoir travaillé sur le projet collectif pour faire des commentaires. Les rétroactions positives seront encouragées.

Développer le sentiment de valeur personnelle en travaillant la perception de soi. À l'aide d'improvisations musicales, les notions de valeur personnelle et de sentiment de valeur seront introduites par le biais de discussions initiées par la musicothérapeute. Un lien sera fait avec la notion de compétence. Chaque membre du groupe explorera ses émotions face à ces thèmes à travers des expériences musicales. La musicothérapeute supportera les jeunes en reflétant leurs perceptions face à eux-mêmes verbalement et musicalement afin de les aider à mieux comprendre l'impact sur le sentiment de valeur personnelle. Des improvisations musicales, l'écriture de chansons ainsi que l'écriture dans le journal seront des expériences permettant cette exploration sur la perception de soi et le sentiment de valeur personnelle.

Offrir des outils (journal de bord, chansons) pour exprimer ses émotions. Les jeunes auront un journal de bord, dans lequel ils pourront recueillir leurs pensées. Ces écrits pourront servir à composer des chansons, textes ou poèmes selon leur désir. À chaque séance, un moment sera accordé à l'écriture du journal pour faire écho à une expérience musicale ou une discussion. Une exploration des instruments de musique sera aussi proposée à la première séance pour apprivoiser ce moyen d'expression musical. La musicothérapeute notera les choix d'instruments des jeunes ainsi que les émotions qu'ils y rattachent, telles la colère, la joie, la tristesse, la gêne, etc.

En outre, à chaque début de séance il y aura un tour de table verbal pour inviter le jeune à dire comment il se sent et à chaque fin de séance, la musicothérapeute prendra le temps de demander dans quel état il quitte la séance.

Offrir diverses expériences musicales favorisant l'expression des émotions. Lors de la première séance, la musicothérapeute demandera aux participants d'apporter leur chanson préférée pour la séance suivante. Lors de celle-ci, une discussion sera amenée sur l'écoute de musique dans la vie personnelle des jeunes. Des questions telles que « Pourquoi écoutez-vous de la musique? » ou « Qu'est-ce que cela vous procure d'écouter de la musique? » ou encore « Quelle place la musique occupe-t-elle dans votre vie? ». Chaque jeune présentera sa chanson en mentionnant pourquoi il l'a choisie et s'il y a des émotions suscitées par son écoute. La composition de chanson permettra aussi l'expression personnelle des émotions.

Deuxième étape : Spécification des structures du programme et des processus

Buts et objectifs du programme.

But 1 : Améliorer l'estime de soi

Objectif 1.1 : Les participants utiliseront l'improvisation musicale et l'écriture de chanson afin d'augmenter le sentiment de valeur

Objectif 1.2 : Les participants identifieront leurs talents à travers l'expression créative musicale

Objectif 1.3 : Les participants recevront des commentaires constructifs de la part des membres du groupe et de la musicothérapeute

Objectif 1.4 : Les participants émettront des commentaires positifs sur leur propre musique

But 2 : Développer l'expression des émotions

Objectif 2.1 : Les participants utiliseront et s'engageront dans diverses méthodes en musicothérapie (improvisation instrumentale et vocale, chanson, etc.) comme moyens d'expression émotionnelle.

Objectif 2.2 : Les participants utiliseront l'écriture (chanson, journal) afin d'identifier et reconnaître leurs émotions

Programme d'évaluation, procédures et restrictions. Le groupe du programme d'intervention en musicothérapie est composé de quatre à sept adolescents pour créer une dynamique de groupe. En musicothérapie, c'est généralement la taille des groupes. De plus, s'il y a des absences, cela pourra faire en sorte qu'il y ait un minimum de personnes. Ils sont âgés de 14 à 16 ans pour que l'écart d'âge ne soit pas trop grand. Il s'échelonne sur une période de huit semaines à raison d'une séance d'une heure et demie par rencontre. La durée du programme a été délimitée à huit semaines pour que la motivation soit présente jusqu'à la fin et il est juste assez long pour donner l'information et l'expérience aux membres. Le programme de musicothérapie prend place en milieu communautaire, donc un organisme offrant des services gratuits aux membres de la collectivité, par exemple un centre jeunesse, une école de musique communautaire, un centre communautaire, etc. qui engagent une musicothérapeute.

Les jeunes sont référés à la musicothérapeute par un des membres de l'organisme ou à la demande du jeune. Il est important que la participation soit sur une base volontaire. Tout participant, jusqu'à concurrence de sept jeunes, qui désire faire partie du groupe et qui répond aux critères d'inclusion, est admissible. Les critères de participations sont de ne pas être sous l'influence de la drogue ou de l'alcool, d'être prêt à s'engager dans un processus thérapeutique de 8 semaines, d'être ponctuel et de ne pas démontrer de comportements violents verbaux ou physiques.

Bien qu'il y ait des avantages à avoir un groupe avec un seul genre, soit fille ou garçon, le présent programme est pour un groupe mixte afin de ne refuser personne. La participation au groupe étant sur une base volontaire, donc un jeune qui cherche et qui veut de l'aide, il serait délicat de refuser une personne. De plus, un groupe mixte peut aider à travailler les relations interpersonnelles. La musicothérapeute rencontrera individuellement chaque jeune pour faire une évaluation initiale en musicothérapie. Cette rencontre servira à expliquer ce que sont la

musicothérapie, le processus thérapeutique et les buts de ce programme, puis aura lieu une discussion sur les préférences, les non-préférences et les expériences musicales. L'exploration des instruments fera partie de l'évaluation. À la fin de cette rencontre, le participant confirmera ou non son intérêt pour le groupe et un formulaire de consentement de participation à la musicothérapie sera signé. Les préférences musicales seront prises en compte tout au long du programme.

Début des séances. À partir de la deuxième semaine, toutes les séances débuteront avec un bref tour du groupe pour connaître l'humeur de chacun et savoir comment s'est déroulé la semaine. Lors du tour de parole, chaque jeune sera invité, à l'aide d'un tambour amérindien, à jouer comment il se sent aujourd'hui.

Fin des séances. À partir de la deuxième séance, les clôtures seront similaires. Chaque participant choisira un instrument qui lui procure un sentiment de bien-être, soit par le son ou selon la manière dont il le joue. La musicothérapeute leur demandera quelle valeur, quel sentiment ou état ils veulent conserver pour la semaine qui suit. Chacun leur tour, ils pourront verbaliser ce qu'ils prennent et le jouer.

Première séance.

Buts de la séance.

1. Prendre contact avec les autres membres du groupe et la musicothérapeute de manière à commencer à se connaître.
2. Déterminer les règles et les valeurs du groupe de manière à favoriser un climat de confiance propice au partage.
3. Se familiariser avec les instruments de musique.

Contenu.

1. La musicothérapeute favorisera des interactions musicales dans les improvisations et verbales dans les discussions entre les participants afin d'établir un contact.
2. Discussion sur les règles et valeurs du groupe transcrites dans le journal personnel.
3. Présentation et exploration des instruments.

4. La musicothérapeute offrira des rétroactions positives aux participants, lorsqu'appropriées (cet élément reviendra dans chaque séance).

Déroulement.

1. Accueil et tour de table
2. Expérience musicale aux djembés
3. Règles et valeurs du groupe
4. Journal
5. Improvisation musicale
6. Clôture

Plan de la séance. La musicothérapeute souhaitera la bienvenue à tous et expliquera brièvement le déroulement du programme et de la séance. Les participants seront invités à se nommer et partager un peu d'eux-mêmes, soit leur passion, leur style de musique préférée, un ou deux groupes qu'ils écoutent ainsi que s'ils ont déjà joué de la musique. Comme à chaque séance, et si les jeunes le désirent, les expériences de la séance seront écrites sur un tableau afin que les participants puissent savoir ce qui s'en vient.

Pour la première expérience musicale, un cercle de djembés sera proposé, ceux-ci étant déjà disposés à côté de chacune des places. La musicothérapeute expliquera que chacun est libre d'entrer dans le cercle de djembés quand il se sent prêt jusqu'à ce que tout le groupe joue ensemble. La musicothérapeute indiquera que peu importe ce qu'ils jouent, même si cela peut parfois sonner bizarre, il est impossible de se tromper (McFerran, 2010, p. 143). La musicothérapeute commencera un rythme simple (des noires) et demandera aux participants de jouer quand ils se sentent prêts. Peu à peu elle modifiera son rythme et encouragera les participants à trouver leur propre rythme. Puis, un retour verbal sera proposé.

La musicothérapeute amorcera une discussion de groupe au sujet des règles et valeurs préconisées pour le groupe. Elle posera des questions ouvertes afin de favoriser des échanges entre les participants telles que « Que serait un environnement favorable pour le partage et la discussion? ». La musicothérapeute ajoutera le non-jugement, le respect et la confidentialité s'ils n'ont pas été mentionnés. Par la suite, chaque jeune écrira dans son journal les règles et valeurs

qui auront été définies. Puis, un moment sera offert pour le personnaliser et des crayons de couleur seront mis à disposition. Les participants rapporteront le journal chaque semaine, car l'écriture fera partie des activités de groupe. Si toutefois certains participants désiraient le laisser à la musicothérapeute au lieu de l'apporter à la maison, une place sécurisée sera offerte.

La musicothérapeute invitera ensuite les participants à explorer les instruments de musique, puis elle leur demandera d'en choisir un qui les intéresse plus. Ils joueront chacun leur tour afin que le reste du groupe se familiarise avec l'instrument. Une fois le cercle complété, la musicothérapeute parlera brièvement du rôle de la musique dans les émotions, par exemple, ressentir une émotion par la musique et jouer musicalement une émotion.

Finalement, la musicothérapeute demandera aux membres du groupe d'apporter leur chanson favorite pour la prochaine séance, soit le titre ou un disque. Cette première séance se terminera avec un retour verbal sur cette première expérience, puis par une courte improvisation de clôture avec l'instrument de leur choix.

Deuxième séance.

Buts de la séance.

1. Poursuivre la connaissance des membres du groupe et initier des interactions avec les pairs et la musicothérapeute.
2. Partager les raisons de leur choix de chanson préférée.
3. Discuter de l'importance de l'estime de soi.
4. Se familiariser avec l'improvisation musicale.

Contenu.

1. Écoute et discussion sur les chansons apportées.
2. Discussion sur ce que représente l'estime de soi pour eux.
3. Improvisation musicale sur un thème choisi par les participants.

Déroulement.

1. Accueil et tour de table
2. Écoute de chansons et discussion

3. Improvisation instrumentale
4. Discussion sur l'estime de soi
5. Journal
6. Clôture

Plan de la séance. Accueil.

Le groupe écoutera les chansons apportées par chaque jeune. Chacun d'eux expliquera son choix et ce que signifie cette chanson pour elle/lui. Une discussion de groupe sera proposée autour des paroles. Les questions suivantes dirigeront la discussion :

- Pour quelle raison écoutez-vous de la musique?
- Que cela vous procure-t-il d'écouter de la musique?
- Quelle place la musique occupe-t-elle dans votre vie?

À partir des réponses de chacun, un thème sera trouvé et exploré par le biais d'une improvisation instrumentale. Les jeunes choisiront un instrument de musique et la musicothérapeute soutiendra l'improvisation. Un court retour verbal aura lieu incluant des rétroactions positives de la part de la musicothérapeute sur la participation. Cette dernière encouragera les membres du groupe à en faire autant.

La musicothérapeute discutera de l'estime de soi et elle invitera les participants à donner leur propre définition de ce qu'est l'estime de soi. Après avoir écrit les points principaux qui définissent l'estime de soi selon le groupe sur un tableau, un moment sera accordé pour écrire leurs pensées dans leur journal. Elle leur demandera de réfléchir à leur propre estime de soi : quelle est-elle? De quoi êtes-vous fier? Pour aider à leur réflexion, ils pourront penser à une échelle de 1 à 10, 10 étant une bonne estime et 1 étant une faible estime.

Clôture de la séance.

Troisième séance.

Buts de la séance.

1. Développer un projet collectif.
2. S'initier aux techniques de base d'écriture de chanson.

3. Explorer la voix à travers des réchauffements vocaux et l'improvisation vocale.

Contenu.

1. Discussion : comment reconnaît-on notre valeur?
2. Ébauche d'une première chanson composée en groupe.
3. Début du projet collectif.

Déroulement.

1. Accueil et tour de table
2. Discussion
3. Réchauffements vocaux
4. Chant
5. Projet collectif
6. Clôture

Plan de la séance. Accueil.

La musicothérapeute fera un retour sur l'estime de soi et abordera le sentiment de valeur. Les jeunes prendront un instant pour décrire les moments où ils se sentent valorisés dans la vie et dans le groupe. La musicothérapeute lancera une première question : Que pensez-vous apporter au groupe et qu'est-ce que le groupe vous apporte? Les jeunes seront invités à y réfléchir et partager leurs pensées en groupe, puis à les recueillir dans leur journal.

Des réchauffements vocaux traditionnels et sous forme d'improvisation seront démontrés et pratiqués. Afin d'introduire la voix, la musicothérapeute recueillera les pensées, les peurs et les envies de tous à propos de son utilisation. Suite à cela, elle demandera aux participants ce qui pourrait les aider à se sentir à l'aise de chanter en groupe. Elle pourra donner des exemples tels que fermer les yeux ou se tourner de manière à être dos au dos, bref tout ce qui aidera au sentiment de sécurité. Chaque participant aura l'occasion d'explorer sa voix dans le groupe. La musicothérapeute dirigera les réchauffements sous forme d'improvisation et accompagnera au piano. Elle improvisera sur un large registre afin de créer un climat de confiance et en ne jouant que des quintes dans le but de ne pas imposer une gamme spécifique de même que de favoriser la

liberté d'expression. Puis, au piano ou à la guitare, la musicothérapeute utilisera la progression suivante :

| I /// | IV /// | II /// | Vsus4 / V / |

Puisque c'est la première improvisation à la voix, ces accords ont été choisis, car ils sont encadrants et peuvent offrir un support sécuritaire. La musicothérapeute offrira un choix de petits instruments de percussion à ceux qui en veulent pour accompagner l'instrument et la voix. Ils auront la possibilité de chanter chacun leur tour, rapper ou verbaliser le contenu de la discussion précédente. Lors de leur tour, ils pourront choisir de continuer le rythme ou non selon leur aisance. Avec l'accord des participants, les phrases ou les mots seront écrits au tableau et pourront être retranscrits dans le journal.

Lors de cette séance, la musicothérapeute introduira le projet collectif. Elle mentionnera que pour ce programme, le projet sera de composer une chanson de groupe. La chanson sera composée à partir des expériences musicales et des discussions amenées tout au long de la thérapie. Déjà, des idées pourront être prises en note. De plus, elle demandera l'accord des jeunes pour enregistrer des improvisations, cela dans le but de leur remettre un enregistrement à la fin de la thérapie.

Clôture de la séance.

Quatrième séance.

Buts de la séance.

1. Développer le sentiment de valeur personnelle et de compétence personnelle.
2. Explorer des stratégies pour la résolution de problèmes.
3. Nommer au moins un accomplissement ou une situation que le jeune a bien gérée durant la semaine.

Contenu.

1. Décrire quelques-unes des compétences de chacun en dehors des séances ainsi qu'en musicothérapie.
2. Discussion sur les difficultés présentes dans la vie et comment fait-on dans les moments difficiles?

3. Soutenir des improvisations instrumentales et vocales.
4. Travail sur le projet collectif.

Déroulement.

1. Accueil et tour de table
2. Improvisation
3. Discussion sur les compétences
4. Journal
5. Accomplissement et improvisation
6. Projet collectif
7. Clôture

Plan de la séance. Accueil.

Une improvisation libre sera proposée et la musicothérapeute demandera au groupe de porter une attention particulière à leur propre jeu musical. Une discussion sur les compétences personnelles sera ouverte en débutant avec les compétences musicales dont chacun aurait pu prendre conscience dans l'improvisation. La définition de ce qu'est une compétence sera discutée. Chaque participant sera invité à nommer un domaine de sa vie dans lequel il se sent compétent, puis définir les compétences qu'ils ont à l'intérieur de ce groupe en se rappelant qu'ils ont déjà tous trouvé des compétences musicales. Un lien sera fait avec le sentiment de valeur personnelle. Il y aura place à la discussion sur des difficultés présentes dans la vie des jeunes. Chaque jeune écrira les compétences discutées, trouvées par eux-mêmes ainsi que celles trouvées par leurs pairs pour eux, dans leur journal.

La musicothérapeute demandera de mentionner un accomplissement ou une situation bien gérée durant la semaine et de faire un lien avec une de leurs compétences. La musicothérapeute rappellera toutes les compétences énumérées pour amener les jeunes à reconnaître leurs forces. Après cette discussion, les participants seront invités à choisir un instrument qui représente leur sentiment pour en faire une improvisation. Après l'improvisation, la musicothérapeute recueillera les pensées et les écrira au tableau. Elle proposera aux jeunes de les inscrire dans leur journal.

Environ trente minutes seront accordées au projet collectif et la musicothérapeute guidera et soutiendra les participants dans leur démarche. Le point de départ pour ce projet sera les pensées recueillies à la fin de la séance précédente et de celle-ci. Le titre et les thèmes principaux seront déterminés. Le groupe pourra travailler sur des couplets et/ou le refrain. Afin de les aider, la musicothérapeute ressortira les thèmes déjà abordés et les phrases/mots pris en note au cours des séances.

Clôture de la séance.

Cinquième séance.

Buts de la séance.

1. Travailler en groupe pour élaborer sur le projet collectif.
2. Reconnaître et identifier les talents personnels à travers l'écriture de chansons.
3. Favoriser l'expression personnelle à travers l'exploration de la voix.
4. Faire des commentaires positifs sur leur propre musique.

Contenu.

1. Poursuivre le travail sur le projet collectif.
2. Faciliter l'écriture de chansons.
3. Créer un climat de confiance permettant l'exploration de la voix.

Déroulement.

1. Accueil et tour de table
2. Valeurs et règles
3. Improvisation vocale
4. Journal
5. Composition d'une chanson
6. Projet collectif
7. Clôture

Plan de la séance. Accueil.

Les valeurs et les règles du groupe seront réaffirmées pour s'assurer que le groupe continue d'y adhérer. La musicothérapeute introduira l'improvisation vocale cette fois-ci en tant que musique et non de réchauffement vocal. Cette improvisation sera accompagnée par le tambour amérindien joué par la musicothérapeute. Un rythme très simple tel, un battement de coeur ou tout simplement des noires, sera joué. Tout en jouant, la musicothérapeute dirigera l'improvisation comme suit :

- S'asseoir confortablement les pieds bien à plat par terre, donc les jambes décroisées. Le but étant d'être dans une position qui va vous « grounder » (enraciné à la terre). Le corps doit être relax et non tendu.
- Si vous êtes à l'aise et si ce n'est pas déjà fait, vous pouvez fermer les yeux.
- Commencez par prendre de grandes respirations en prenant conscience du mouvement de votre ventre. Vous pouvez mettre une main sur celui-ci.
- Quand vous êtes prêt et si vous le voulez, vous pouvez laisser sortir un son de votre bouche. Peu importe lequel, c'est une découverte de la voix.
- Le son peut être aigu, grave, rauque ou nasillard. Si cela vous aide, vous pouvez utiliser des voyelles. Laissez la voix aller où elle veut.
- Vous pouvez arrêter et écouter si vous en avez envie.

Une fois l'improvisation terminée, la musicothérapeute laissera un moment de silence afin de laisser un espace aux commentaires, puis les participants écriront leurs pensées et émotions dans leur journal.

La prochaine expérience sera de composer une courte chanson, soit un couplet et un refrain, sur un thème de leur choix. La musicothérapeute guidera la composition en offrant deux mélodies de chanson connue de tous. Un choix sera arrêté sur une des deux mélodies et cela servira de base afin d'y ajouter des paroles. Des idées telles qu'une chanson sous forme de questions et réponses pourront être suggérées par la musicothérapeute. Une fois les paroles composées, elles seront lues, puis chantées et accompagnées par la musicothérapeute à un instrument. Lorsque le groupe sera prêt, des instruments de percussion pourront être choisis afin d'accompagner la musique. Un enregistrement sera proposé. Le but de cette expérience est de

montrer aux jeunes qu'ils sont capables de composer une chanson en peu de temps et de les outiller pour le projet collectif.

La dernière partie de la séance sera accordée à la poursuite du projet collectif. Il sera suggéré d'appliquer quelques notions apprises dans l'expérience précédente. La musicothérapeute participera au projet en guidant les jeunes dans leurs actions et réflexions. Les paroles seront plutôt établies et la musicothérapeute guidera les jeunes dans le choix instruments, la mélodie et le style de musique. Le groupe déterminera ceux ou celles qui chanteront, tout le monde ensemble ou seulement quelque personne. La mélodie pourra être trouvée à ce moment ou prise lors d'une improvisation.

Clôture de la séance.

Sixième séance.

Buts de la séance.

1. Poursuivre le projet collectif.
2. Comprendre comment le sentiment de valeur, les talents, les compétences et l'estime de soi sont reliés les uns aux autres.
3. Apprendre à donner des commentaires constructifs et de la rétroaction positive à leurs pairs.
4. Se préparer à la terminaison du groupe.

Contenu.

1. Faciliter la réalisation du projet collectif.
2. S'exprimer à travers l'improvisation vocale avec et sans paroles.
3. S'exprimer à travers l'improvisation instrumentale.

Déroulement.

1. Accueil et tour de table
2. Improvisation instrumentale libre
3. Discussion

4. Improvisation vocale
5. Projet collectif
6. Relaxation (si nécessaire)
7. Clôture

Plan de la séance. Accueil.

La séance débutera comme à l'habitude à l'exception du tambour amérindien. Cette fois-ci et pour les séances suivantes, les participants choisiront eux-mêmes l'instrument qui les représente.

Les participants conserveront l'instrument choisi en début de séance dans la prochaine improvisation. La musicothérapeute expliquera ce qu'est une improvisation libre, de commencer à jouer quand on se sent prêt, ce qu'on a envie et peu à peu prendre conscience du jeu musical des autres afin de former une connexion musicale. Elle expliquera aussi que la musique s'arrêtera d'elle-même, soit que le groupe va sentir la fin ou lorsque plus personne n'aura quelque chose « à dire ». Il n'y a pas de temps limite. Après l'improvisation, les participants seront encouragés à se donner eux-mêmes au moins un commentaire positif et à en faire aux autres.

La musicothérapeute amènera le prochain sujet, soit le sentiment de valeur, les compétences et l'estime de soi. Les participants iront voir au début de leur journal ce qu'ils avaient écrit à propos de l'estime de soi, puis le groupe échangera à ce propos. La musicothérapeute guidera la conversation en posant des questions telles que : Avez-vous la même vision de l'estime de soi? Est-ce qu'il y a quelque chose de changé en vous? Après quoi, une improvisation vocale suivra et sera accompagnée par la musicothérapeute au piano. Elle pourra jouer l'enchaînement d'accords suivant :

Am7 - Dm7 - G7 - CMaj7 - FMaj7 - Bdim7 - E7 - Am

Cet enchaînement a été choisi, d'abord parce que les accords permettent d'enrichir l'expérience et parce qu'ils offrent une expérience esthétique enrichissante ouverte à la création. Cela laisse donc place à la créativité. Le support harmonique au piano aidera les jeunes à se centrer pour mieux saisir l'émotion du moment qu'ils pourront exprimer avec la voix. La musicothérapeute guidera le groupe avec les mêmes instructions qu'à la séance précédente. Elle proposera des

voyelles à explorer, puis expliquera qu'il est possible que des mots ou des phrases viennent à l'esprit. Dans ce cas, il suffit de les laisser sortir. Elle mentionnera de se laisser guider par la voix. Si des rythmes émergent en chantant, la musicothérapeute pourra amener l'improvisation vers un style de musique, par exemple le rap. Sinon, elle pourra proposer de faire un rap avec les idées ressorties durant l'improvisation.

La moitié de la séance sera allouée à la poursuite du projet collectif. La musicothérapeute indiquera au groupe qu'il reste deux séances, celle-ci et la prochaine, pour compléter le projet collectif. Les participants réviseront le travail fait sur la chanson, pourront changer quelques paroles s'ils le désirent, finaliseront la mélodie et feront un choix final sur les instruments. La musicothérapeute utilisera un instrument harmonique pour supporter la chanson. La chanson sera par la suite, jouée.

Si nécessaire, une courte relaxation suivra afin de repartir dans un état calme et serein.

Clôture de la séance.

Septième séance.

Buts de la séance.

1. Compléter le projet collectif.
2. Faire des commentaires constructifs et des rétroactions positives à leurs pairs sans que la musicothérapeute ait à le mentionner (aussi pour la huitième séance).
3. Participer au processus de terminaison.

Contenu.

1. Faciliter la complétion du projet collectif.
2. S'exprimer à travers l'improvisation instrumentale.
3. Écouter et discuter d'une chanson sélectionnée.

Déroulement.

1. Accueil et tour de table
2. Terminaison
3. Improvisation

4. Chanson
5. Projet collectif
6. Clôture

Plan de la séance. Accueil.

La musicothérapeute abordera le sujet de la terminaison du groupe. Elle demandera aux participants de partager ce que signifie une terminaison pour eux. Après la discussion, chaque participant écrira ses pensées dans son journal. De retour en groupe, la musicothérapeute invitera les jeunes à choisir un instrument (incluant la voix) qui représente l'état dans lequel ils se trouvent et commencera une improvisation sans aucune consigne sauf celle de suivre sa créativité. Un moment d'échange sur l'improvisation suivra.

Ensuite, le groupe écoutera une chanson apportée par la musicothérapeute, celle-ci faisant une synthèse de ce que les jeunes ont travaillé tout au long du programme. La musicothérapeute choisira une chanson en fonction de leurs préférences. Un exemple pourrait être la chanson de Cat Stevens *If you want to sing out, sing out*. Cette chanson évoque que tout est possible et qu'il y a plusieurs chemins différents pour se rendre à un but, si un ne fonctionne pas, alors il y en a d'autres. Le but de la chanson est de montrer qu'il y a toujours une solution à un problème, par exemple. La musicothérapeute donnera à chacun une feuille avec les paroles de la chanson. Après l'écoute, elle demandera ce que représente la chanson pour eux et quel lien peut-elle avoir avec tout le travail fait en musicothérapie.

Finalement la composition sera répétée plusieurs fois afin d'être à l'aise à la jouer et la chanter, puis la musicothérapeute l'enregistrera. Elle apportera un enregistrement pour chaque participant la semaine suivante.

Clôture de la séance.

Huitième séance.

Buts de la séance.

1. Se préparer à la fin du groupe.
2. Reconnaître et partager leur vision sur l'estime de soi.
3. Reconnaître et nommer les progrès faits depuis la première séance.

Contenu.

1. La musicothérapeute laissera la place aux participants pour exprimer ce qu'ils ressentent face à la terminaison.
2. Le groupe improvisera sur le progrès qu'il aura fait durant le traitement.
3. Présentation du projet collectif.

Déroulement.

1. Accueil et tour de table
2. Journal
3. Discussion
4. Improvisation
5. Écoute et remise du projet collectif
6. Terminaison

Plan de la séance. Accueil.

La musicothérapeute demandera aux participants de prendre un moment pour relire leur journal, réfléchir au progrès qu'ils ont fait depuis le début de la thérapie et d'y écrire leur prise de conscience. De retour en groupe, les jeunes partageront les prises de conscience qu'ils ont faites. La musicothérapeute fera une synthèse des thèmes abordés, estime de soi, valeur et compétence personnelles. Le groupe improvisera sur l'évolution de la première séance jusqu'à la dernière. Il pourra donc y avoir quelques éléments prédéterminés pour l'improvisation.

Le groupe fera l'écoute du projet et il y aura discussion concernant celui-ci. La discussion pourra notamment être axée sur le processus de création. Des questions comme : Comment était-ce de travailler en groupe sur un même projet sachant que vous avez des goûts différents? Quel effet cela vous procure-t-il d'écouter ce que vous avez composé? Puis, si tous sont en accord, une copie de l'enregistrement sera remise à chaque membre du groupe. La musicothérapeute remémorera la notion de confidentialité et expliquera qu'elle est aussi valable pour cet enregistrement.

Une fois de plus, la musicothérapeute facilitera une discussion sur la terminaison et laissera la place aux participants pour s'exprimer verbalement et musicalement s'ils le désirent. Elle validera les émotions exprimées et remerciera les jeunes de leur participation.

Finalement, les buts du programme sont d'améliorer l'estime de soi et de développer l'expression des émotions. Pour chaque séance, plusieurs expériences ont été créées afin que le groupe puisse s'exprimer en toute confiance. Des expériences telles que la composition de chanson, l'improvisation musicale, l'écriture d'un journal et la discussion ont été menées afin d'atteindre les buts du programme.

Chapitre 5. Discussion

Les écrits en musicothérapie, en musique et en psychologie ainsi que les connaissances et l'expérience de la chercheuse ont servi à développer un programme de musicothérapie portant sur les besoins psychosociaux des adolescents à risque. Plus spécifiquement, ce programme avait pour buts d'augmenter l'estime de soi et de développer l'expression des émotions chez les adolescents. Ce programme, basé sur des méthodes de musicothérapie actives, réceptives et créatives, est destiné aux adolescents présentant des comportements à risque et fréquentant un organisme communautaire. L'utilisation de la musicothérapie dans ce programme a une valeur significative pour les adolescents chez qui, la musique fait partie intégrante de leur vie. Une fois testé et peaufiné, ce programme pourrait être mis en pratique par des musicothérapeutes dans les milieux communautaires désirant offrir des interventions pour les adolescents. Cette étude contribue au développement de la musicothérapie, puisqu'il n'y a pas d'autres publications ni en français ni en anglais connu de la chercheuse, qui proposent un programme d'intervention communautaire en musicothérapie ciblant les adolescents à risque.

Implication pour de futures recherches

Comme mentionné au chapitre un, l'aspect culturel n'a pas été discuté, mais il serait très important de le prendre en considération si une musicothérapeute met en place ce programme. Il est fortement recommandé de se documenter sur le rôle de la musique et de l'expression des émotions selon la culture. De plus, ce serait un sujet intéressant pour une future recherche. L'estime de soi diffère aussi selon les genres (Institut de la statistique Québec, 2002; McClure et al., 2010; Schwartz et Fouts, 2003). Les filles auraient une estime de soi plus basse que les garçons. La chercheuse n'a toutefois pas tenu compte de cette affirmation en élaborant le programme d'intervention, mais il est recommandé d'en prendre conscience.

Enfin, de futures recherches sur l'utilisation de la technologie avec les adolescents seraient aussi une piste intéressante pour travailler avec les jeunes. La technologie, de plus en plus utilisée dans tous les domaines, notamment la musicothérapie, pourrait s'avérer très utile avec cette clientèle par exemple, pour faire des rythmes, des sons originaux, etc.

Limites

Cette étude est limitée par les connaissances contenues dans les écrits en musicothérapie en relation avec les adolescents à risque ainsi que par l'expérience de la chercheuse qui a travaillé deux ans en musicothérapie avec des jeunes à risque et plus spécifiquement, un an avec les adolescents. Selon Fraser et Galinsky (2010), une recherche-intervention doit se faire en cinq étapes. Dans la circonstance, cette recherche est limitée aux deux premières étapes (au niveau théorique), car le programme n'a pas été testé.

Lors de l'analyse de données, trois catégories devenant des buts pour le programme ont été répertoriées, soit l'estime de soi, l'expression des émotions et l'identité. Malgré que le développement de l'identité soit un facteur de haute importance à l'adolescence, il n'a pas été retenu pour ce programme, car cela aurait dépassé les limites de cette recherche. Il serait cependant pertinent que d'autres recherches se penchent sur le thème de l'identité chez les adolescents à risque pour en faire un programme ou y développer des interventions spécifiques.

Conclusion

Le développement de l'estime de soi et l'expression des émotions sont deux aspects pouvant servir de facteur de protection contre des risques présents dans la vie des adolescents. Ils ont été développés à travers des interventions musicothérapeutiques présentées dans ce programme de musicothérapie de huit séances. À partir de la recension des écrits et de l'analyse des données, six médiateurs malléables ayant le potentiel d'influencer positivement l'estime de soi et l'expression d'émotions ont été trouvés et des stratégies d'actions ont été définies.

J'espère sincèrement qu'à l'aide des techniques et des interventions répertoriées dans ce programme d'autres chercheurs et chercheuses continueront à développer des ressources favorisant le développement psychosocial des adolescents à risque. De plus, j'invite les professionnels des autres thérapies par les arts à adapter ce programme selon leurs outils et méthodes d'intervention.

Références

- Adolescence. (2015). Dans *Antidote 8 v5.4*. Montréal, Canada : Druide informatique.
- Aigen, K. (1995). An aesthetic foundation of clinical theory: An underlying basis of creative music therapy. In C. B. Kenny (Ed.), *Listening, playing, creating: Essays on the power of sound* (pp. 233-257). Albany, NY: State University of New York Press.
- Anthony, E. K. (2006). *Pattern of risk and resilience among urban youth: An ecological perspective* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertation and Thesis Database. (UMI No. 3218818).
- Baruch, G., Gerber, A., & Fearon, P. (1998). Adolescents who drop out of psychotherapy at a community-based psychotherapy centre: A preliminary investigation of the characteristics of early drop-outs, late drop-outs and those who continue treatment. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 233-245.
- Bird, N. (2001). I'm dangerous with sound: A performance project of sound, poetry and movement. (Master's thesis). Ottawa: National Library of Canada/Bibliothèque nationale du Canada.
- Blakemore, S-J., & Mills K. L. (2014). Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing?. *Annual Review of Psychology*, 65, 187-207. doi:10.1146/annurev-psych-010213-115202
- Blum, R. W., McNeely, C., & Nonnemaker, J. (2002). Vulnerability, risk and protection. *Journal of Adolescent Health*, 31(1S), 28-39. doi:10.1016/S1054-139X (02) 00411-1
- Bosacki, S. L., & O'Neill, S. A. (2015). Early adolescents' emotional perceptions and engagement with popular music activities in everyday life. *International Journal of Adolescence and Youth*, 20(2), 228-244. doi: 10.1080/02673843.2013.785438
- Bréjard, V. Bonnet, A., & Pedinielli, J.-L. (2005). Développement cognitivo-émotionnel, régulation des émotions et comportement à risques : Une étude exploratoire chez

- l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53, 395-400.
doi:10.1016/j.neurenf.2005.09.018
- Bréjard, V., Pedinielli, J.-L., & Rouan, G. (2006). Hypothèse d'un dysfonctionnement émotionnel chez les adolescents présentant des comportements à risque : Une étude exploratoire. *L'Encéphale*, 32, 413-420.
- Brooks, D. M. (1989). Music therapy enhances treatment with adolescents. *Music Therapy Perspectives*, 6, 37-39.
- Bruscia, K. E. (1998). A working definition. In K. E. Bruscia (Ed.), *Defining music therapy second edition* (pp.19-23). Gilsum, NH: Barcelona.
- Clark, B. A., Roth, E. A., Wilson, B. L., & Koebel, C. (2013). Music therapy practice with high-risk youth: A clinician survey. *Canadian Journal of Music Therapy*, 19(1), 66-83.
- Da Costa, D. (2014). *A Resource-oriented music therapy support group intervention for adults living with fibromyalgia*. (Unpublished master's thesis). Concordia University, Montreal.
- Diaz, A., Peake, K., Surko, M., & Bhandarkar, K. (2005). Including at-risk adolescents in their own health and mental health care. *Social Work in Mental Health*, 3, 3-22.
doi:10.1300/J200v03n01_01
- Dorard, G., Bungener, C., & Berthoz, S. (2013). Estime de soi, soutien social perçu, stratégies de coping, et usage de produits psychoactifs à l'adolescence. *Psychologie française*, 58, 107-121. doi:10.1016/j.psfr.2013.01.003
- Dumas, T. M., Ellis, W.E., & Wolfe, D. A. (2012). Identity development as a buffer of adolescent risk behaviors in the context of peer group pressure and control. *Journal of Adolescence*, 35, 917-927. doi:10.1016/j.adolescence.2011.12.012
- Erikson, E. H. (1968). *Adolescence et crise, la quête de l'identité*. New York, NY : Norton.
- Estime. (2006). Dans *Le petit larousse illustré*. Paris, France : Larousse.

Fonds des Nations Unies pour la population. (2007). *Framework for action on adolescents & youth*. Récupérée de : http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/framework_youth.pdf

Fonds des Nations Unies pour l'enfance. (2011). *La situation des enfants dans le monde 2011, l'adolescence: l'âge de tous les possibles*. ISBN : 978-92-806-4556-9. Récupérée de : http://www.unicef.org/french/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_FR_02092011.pdf

Fraser, M. W., & Galinsky, M.J. (2010). Steps in intervention research: designing and developing social programs. *Sage Journals*, 20, 459-466.
doi:10.1177/1049731509358424

Frisch, A. (1990). Symbol and structure: Music therapy for the adolescent psychiatric inpatient. *Music Therapy*, 9(1), 16-34. ISSN: 0734-7367

Gold, C., Voracek, M., & Wigram, T. (2004). Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(6), 1054-1063.

Gooding, L. F. (2011). The effect of a music therapy social skills training program on improving social competence in children and adolescents with social skills deficits. *Journal of Music Therapy*, 48(4), 440-462.

Guillon, M.-S., & Crocq, M.-A. (2004). Estime de soi à l'adolescence : revue de la littérature. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52, 30-36.
doi:10.1016/j.neurenf.2003.12.005

Guindon, M. H. (2002). Toward accountability in the use of the self-esteem construct. *Journal of Counseling & Development*, 80, 204-214.

Hadley, S., & George, Y. (Eds.). (2012). *Therapeutic uses of rap and hip-hop*. NY : Routledge/Taylor & Francis Group.

- Heiderscheit, A., & Madson, A. (2015). Use of the iso principle as a central method in mood management: A music psychotherapy clinical case study. *Music Therapy Perspectives*, 33(1), 45-52. doi:10.1093/mtp/miu042
- Henderson, S. M. (1983). Effects of a music therapy program upon awareness of mood in music, group cohesion, and self-esteem among hospitalized adolescent patients. *Journal of Music Therapy*, 20(1), 14-20.
- Hernandez, L., Montgomery, M. J., & Kurtines, W. M. (2006). Identity distress and adjustment problems in at-risk adolescents. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 6(1), 27-33. doi:10.1207/s1532706xid0601_3
- Institut de la statistique Québec. (2002). *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* (pp.1-520). Récupéré de <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/sante-globale/enquete-sante-enfants-ados.pdf>
- Jenson, J. M., & Fraser, M. W. (Eds.). (2006). *Social policy for children & families: A risk and resilience perspective*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Jenson, J. M., & Fraser, M. W. (2011). A risk and resilience framework for child, youth and family policy. In J. M. Jenson & M. W. Fraser (Eds.). *Social policy for children and families: A risk and resilience perspective* (pp. 5-24). Récupérée de : http://www.sagepub.in/upm-data/37820_Chapter1.pdf
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescence Health*, 12(8), 597-605. Retrieved from : http://www.colorado.edu/ibs/jessor/pubs/1991_Jessor_JAH_RiskBehaviorinAdolescence.pdf
- Keen, A. W. (2005). Using music as a therapy tool to motivate troubled adolescents. *Social Work in Health Care*, 39(3-4), 361-373. doi:10.1300/J010v39n03_09
- Kennedy-Moore, E., & Watson, J. C. (2001). How and when does emotional expression help? *Review of General Psychology*, 5(3), 187-212. doi: 10.1037//1089-2680.5.3.187

- Laiho, S. (2004). The psychological functions of music in adolescence. *Nordic Journal of Music Therapy*, 13(1), 47-63. doi:10.1080/08098130409478097
- Marcia, J. E. (2002). Adolescence, identity, and the Bernardone family. Identity: An International Journal of Theory and Research, 2(3), 199-209. doi:10.1207/S1532706XID0203_01
- McClure, A. C., Tanski, S. E., Kingsbury, J., Gerrard, M., & Sargent, J. D. (2010). Characteristics associated with low self-esteem among U.S. adolescents. *Academy of pediatrics*, 10(4), 238-244. doi:10.1016/j.acap.2010.03.007
- McFerran, K. (2010). *Adolescents, music and music therapy: Methods and techniques for clinicians, educators and students*. London, UK : Jessica Kingsley.
- McFerran-Skewes, K. (2003). Contemplating the nature of adolescent group improvisations. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 3(3). ISSN:1504-1611
- McFerran, K., Baker, F., Patton, G. C., & Sawyer, S. M. (2006). A retrospective lyrical analysis of songs written by adolescents with anorexia nervosa. *European Eating Disorder Review*, 14(6), 397-403. doi:10.1002/erv.746
- Micheal, K., & Ben-Zur, H. (2007). Risk-taking among adolescents: Association with social and affective factors. *Journal of adolescence*, 30, 17-31. doi:10.1016/j.adolescence.2005.03.009
- Michel, D. E., & Pinson, J. (2012). Professional guidelines. In D. E. Michel & J. Pinson (Eds.), *Music therapy in principle and practice* (pp. 27-44). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Michel, G., Purper-Ouakil, D., & Mouren-Simeoni, M.-C. (2006). Clinique et recherche sur les conduites à risques chez l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 54, 62-76. doi:10.1016/j.neurenf.2005.11.002

- Moneta, I., & Rousseau, C. (2008). Emotional expression and regulation in a school-based drama workshop for immigrant adolescents with behavioral and learning difficulties. *The Arts in Psychotherapy*, 35, 329-340. doi:10.1016/j.aip.2008.07.001
- Moore, K. A. (2006). Defining the term « at risk ». Research to result: Child trends. Récupérée de : <http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2006/01/DefiningAtRisk1.pdf>
- Mruk, C. J. (2006a). Defining self-esteem: An often overlooked issue with crucial implications. In M. H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers* (pp. 10-15). New York, NY, USA: Psychology Press.
- Mruk, C. J. (2006b). Changing self-esteem: Research and practice. In M. H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers* (pp. 164-169). New York, NY, USA: Psychology Press.
- Mruk, C. J. (2013). Defining self-esteem as a relationship between competence and worthiness: How a two-factor approach integrates the cognitive and affective dimensions of self-esteem. *Polish Psychological Bulletin*, 44(2), 157-164. doi:10.2478/ppb-2013-0018
- Neuman, W. L. (2006). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches* (6th ed.). Boston, MA: Pearson Education Inc.
- Nicol, J. (2006). Me making music, music making me: Unexpected travels in music and music therapy. *Voices: A World Forum For Music Therapy*, 6(2). doi:10.15845/voices.v6i2.250
- North, A. C., Hargreaves, D. J., & O'Neill, S. A. (2000). The importance of music to adolescents. *British Journal of Educational Psychology*, 70, 255-272.
- Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. A., & Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26, 1-11. doi:10.1016/S0140-1971(02)00118-5
- Organisation mondiale de la Santé. (2015). *Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent*. Récupérée de : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/fr/

- Panjwani, N., Chaplin, T. M., Sinha, R., & Mayes, L. C. (2015). Gender differences in emotion expression in low-income adolescent under stress. *Journal of Nonverbal Behavior*. doi:10.1007/s10919-015-0224-6
- Plancherel, B., & Bolognini, M. (1995). Coping and mental health in early adolescence. *Journal of Adolescence*, 18, 459-474. doi:10.1006/jado.1995.1033
- Power, J. (2014). *A music therapy vocal intervention to address self-esteem and resilience in female adolescents at-risk for school failure*. (Unpublished master's thesis). Concordia University, Montreal.
- Ragland, Z., & Apprey, M. (1974). Community music therapy with adolescents. *Journal of Music Therapy*, 11(3), 147-155. doi:10.1093/jmt/11.3.147
- Resnick, G., & Burt, M. R. (1996). Youth at risk: Definitions and implications for service delivery. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(2).
- Ruud, E. (1997). Music and identity. *Nordic Journal of Music Therapy*, 6(1), 3-13. doi:10.1080/08098139709477889
- Ruud, E. (1998). *Music therapy: Improvisation, communication, and culture*. Gilsum, NH: Barcelona.
- Saarikallio, S., & Erkkilä, J. (2007). The role of music in adolescents' mood regulation. *Psychology of Music*, 35(1), 88-109. doi: 10.1177/0305735607068889
- Schwartz, K. D., & Fouts, G. T. (2003). Music preferences, personality style, and developmental issues of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(3), 205-213.
- Sécurité publique Canada. (2012). *Détermination et définition des principaux facteurs de risque du comportement antisocial et délinquant chez les enfants et les jeunes*. (Catalogue no. PS4-161/2012F-PDF). Récupéré de : <http://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/2012-03-adb/index-fra.aspx>
- Sécurité publique Canada. (2008). *Facteurs de risque et de protection dans les familles et leurs effets sur la délinquance juvénile : qu'en savons-nous?* ISBN:978-0-662-08678-9.

Récupéré de : <http://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/wht-knw/index-fra.aspx>

- Sharma, M., & Jagdev, T. (2012). Use of music therapy for enhancing self-esteem among academically stressed adolescents. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 27(1), 53-64.
- Snow, S., & D'Amico, M. (2010). The drum circle project: A qualitative study with at-risk youth in a school setting. *Canadian Journal of Music Therapy*, 16(1), 12-39.
- Tervo, J. (2001). Music therapy for adolescents. *Sage Journals*, 6(1), 79-91.
doi:10.1177/1359104501006001007
- Wingate, C. (2013). *A music therapy song-writing intervention to address self-esteem and perceived social support in young adults with depression* (Unpublished master's thesis). Concordia University, Montreal.
- Zanders, M. L. (2013). Foster care youth. In L. Eyre (Ed.), *Guidelines for music therapy practice in mental health* (pp. 1-1020). University Park, IL: Barcelona.