

Université de Montréal

« Programme d'intervention Désstresse... Progresse... & cie... »

Programme d'intervention visant à prévenir et réduire les conséquences liées à la fatigue de compassion chez les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale

Par

Amélie Dion

École de psychoéducation

Faculté des arts et des sciences

Rapport d'analyse d'intervention présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade Maître des Sciences (M. Sc.) en psychoéducation

Août 2018

© Amélie Dion, 2018

Sommaire

Ce document présente le *Programme d'intervention DéStresse... Progresse... & Cie...* s'adressant aux membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale. Dans un contexte volontaire, 30 participants de l'organisme communautaire, Le Contrevent, situé à Lévis, dans la région de Chaudière-Appalaches, ont participé au programme d'intervention. Par ailleurs, 31 autres sujets ont participé au projet de recherche en formant un groupe contrôle. Les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale prennent souvent soin de leur proche, de façon intensive et continue. Ainsi, les intervenants du milieu constatent différentes difficultés en ce qui concerne cette forme d'accompagnement. D'ailleurs, le programme d'intervention vise à prévenir et réduire les conséquences liées à la fatigue de compassion chez la clientèle. Puis, d'autres objectifs sont de diminuer le stress, augmenter le sentiment de satisfaction compassionnelle, le sentiment de contrôle, l'estime de soi et la capacité d'affirmation chez les participants. Plus spécifiquement, l'intervention s'est déroulée auprès de deux groupes de 15 participants, sous forme de cinq ateliers de groupe. Toutes les deux semaines, chaque rencontre a une durée de deux heures et demie et se divise en deux parties distinctes. La première partie s'inspire du programme d'intervention *DéStresse et Progresse* (Lupien et al., 2011) abordant le stress. La deuxième partie s'inspire du *Programme Alliance* (La lueur de l'espoir du Bas-Saint-Laurent Inc., s.d.) abordant différents thèmes en lien avec les difficultés éprouvées par les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale. Chacune des deux parties de l'atelier de groupe contient une activité d'introduction, une partie théorique, un exercice d'apprentissage et une activité de conclusion. Plusieurs aspects sont pris en compte dans l'évaluation de la mise en œuvre et des effets de l'intervention. Les effets du programme se documentent grâce à un devis de recherche quasi expérimental de type prétest et post-test avec groupe témoin non équivalent. Les construits se mesurent à deux reprises, soit avant et après l'implantation du programme. Ainsi, de façon générale, le programme fut implanté comme prévu et la plupart des sujets démontrent une grande satisfaction quant à leur participation au programme. Toutefois, l'ensemble des objectifs d'intervention ne furent pas tous atteints. En effet, seulement une augmentation significative de l'affirmation de soi dans un des deux groupes d'intervention fut constatée. Bref, la discussion aborde l'atteinte des objectifs et des aspects ayant contribué ou non à les atteindre. Puis, cette partie présente également des liens entre les résultats et l'implantation du programme, ainsi que des avantages et limites de l'intervention, notamment la sélection des sujets et le délai d'implantation du programme.

Table des matières

Sommaire	ii
Table des matières	iii
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	viii
Remerciements	ix
Introduction	1
Contexte théorique	3
Description de la problématique	4
Définition	4
Modèle étiologique de la fatigue de compassion selon Figley	5
Exposition à la souffrance	5
Empathie	5
Motivation à aider	5
Prévalence	6
Facteurs de risque et de mécanismes de protection individuels	8
Facteurs de risque et mécanismes de protection organisationnels	10
Conséquences	11
Chaîne prédictive	13
Interventions déjà expérimentées	16
Portrait général	16
Synthèse des programmes d'intervention	17
Objectif anticipé	20
Intervention proposée	32
Méthodologie	33
Description	34
Sujets : caractéristiques et recrutement	34
But et objectifs	35
Animatrice	35
Programme et contenu	36
Contexte spatial	39
Contexte temporel et dosage de l'intervention	39
Stratégies de gestion des apprentissages	40

Stratégies de gestion des comportements	40
Code et procédures	40
Système de responsabilités	40
Stratégies de transfert de la généralisation	41
Système de reconnaissance	42
Évaluation de la mise en œuvre	42
Composantes retenues	42
Outils et procédures	42
Conformité	42
Exposition	43
Qualité de la participation	43
Perception d'utilité de l'intervention et niveau d'appréciation générale	43
Débordement	44
Évaluation des effets	46
Protocole d'évaluation privilégié	46
Construits évalués	46
Outils et procédures	46
Fatigue, épuisement et satisfaction de compassion	46
Stress compassionnel	47
Sentiment de contrôle	47
Estime de soi	48
Affirmation de soi	48
Résultats	51
Évaluation de la mise en œuvre	52
Analyse des composantes de l'implantation et comparaison entre le prévu et vécu	52
Sujets : caractéristiques et recrutement	52
But et objectifs	55
Animatrice	55
Programme, contenu et conformité	55
Contexte spatial	57
Contexte temporel, dosage de l'intervention et exposition	57
Stratégies de gestion des apprentissages	60
Stratégies de gestion des comportements	60

Code et procédures	60
Système de responsabilités	60
Stratégies de transfert de la généralisation	61
Système de reconnaissance	61
Autres composantes	61
Qualité de la participation	61
Perception d'utilité de l'intervention et appréciation	63
Jugement global sur la conformité	65
Implication en égard à l'évaluation des effets	65
Évaluation des effets	66
Stratégie d'analyse employée	66
Résultats obtenus	66
Fatigue de compassion	66
Épuisement	67
Satisfaction de compassion	68
Stress	68
Sentiment de contrôle	69
Estime de soi	70
Affirmation de soi	71
Discussion	72
Jugement sur l'atteinte des objectifs	73
Liens entre les résultats, composantes de l'intervention et contexte théorique	74
Avantages et limites de l'intervention	78
Conclusion	80
Références	82
Appendice A. Présentation Power Point du contenu du programme d'intervention	92
Appendice B. Journaux de bord du participant	148
Appendice C. Évaluation de la mise en œuvre du programme : Journal de bord de l'animatrice ..	157
Appendice D. Questionnaire : Perception d'utilité et satisfaction de l'atelier	160
Appendice E. Questionnaire : Niveau de satisfaction du programme	162
Appendice F. Questionnaire : Caractéristiques individuelles et services reçus	165
Appendice G. Questionnaire : Fatigue/Satisfaction compassionnelle chez les membres de l'entourage ayant un trouble majeur de santé mentale adapté selon <i>Compassion Satisfaction/</i>	

<i>Fatigue Self-Test for Helpers</i>	167
Appendice H. Questionnaire : Index du stress clinique en lien avec l'accompagnement du proche ayant un trouble majeur de santé mentale adapté selon l' <i>Index of Clinical Stress</i>	170
Appendice I. Questionnaire : Sentiment de contrôle en lien avec l'accompagnement du proche ayant un trouble majeur de santé mentale adapté selon le <i>Perceived Stress Scale</i>	173
Appendice J. Questionnaire : Échelle d'estime de soi en lien avec l'accompagnement du proche ayant un trouble majeur de santé mentale adapté selon l' <i>Échelle d'estime de soi de Rosenberg</i> ...	175
Appendice K. Questionnaire : Échelle d'affirmation de soi en lien avec l'accompagnement du proche ayant un trouble majeur de santé mentale adapté selon <i>Rathus Assertiveness Schedule</i>	177

Liste des tableaux

Tableau

1	Description du programme : <i>DéStresse et Progresse</i>	21
2	Évaluation du programme : <i>DéStresse et Progresse</i>	23
3	Description du programme : <i>Stress et Compagnie</i> ©	24
4	Évaluation du programme : <i>Stress et Compagnie</i> ©	25
5	Description du programme : <i>Mindfulness-based cognitive therapy (MBSR)</i>	26
6	Évaluation du programme : <i>Mindfulness-based cognitive therapy (MBSR)</i>	27
7	Description du programme : <i>Lâcher-Prise</i>	28
8	Évaluation du programme : <i>Lâcher-Prise</i>	29
9	Description du programme : <i>Alliance</i>	30
10	Évaluation du programme : <i>Alliance</i>	31
11	But et objectifs du programme d'intervention	35
12	Plan des thèmes abordés et des activités proposées durant les cinq ateliers	38
13	Organisation du programme pour chacun des deux groupes	39
14	Évaluation de la mise en œuvre	45
15	Évaluation des effets	49
16	Distribution des sujets selon leurs caractéristiques personnelles	54
17	Minutes d'exposition des activités des ateliers du programme selon les groupes A et B ...	57
18	Moyennes et écarts-types des mesures sur l'appréciation des sujets pour chaque atelier ...	63
19	Moyennes et écarts-types des mesures sur l'appréciation des sujets pour le programme ...	65
20	Résultats de la mesure de la fatigue de compassion	67
21	Résultats de la mesure de l'épuisement	67
22	Résultats de la mesure de la satisfaction de compassion	68
23	Résultats de la mesure du stress	69
24	Résultats de la mesure du sentiment de contrôle	70
25	Résultats de la mesure de l'estime de soi	70
26	Résultats de la mesure de l'affirmation de soi	71

Liste des figures

Figure

1	Chaîne prédictive	15
2	Répartition des participants dans chacun des ateliers et des groupes A et B	58
3	Réalisation des exercices des journaux de bord du groupe A	59
4	Réalisation des exercices des journaux de bord du groupe B	59
5	Interactions avec l'animatrice à première partie des ateliers	62
6	Interactions avec l'animatrice à deuxième partie des ateliers	62
7	Échanges entre les participants pour la première partie des ateliers	62
8	Échanges entre les participants pour la deuxième partie des ateliers	62

Remerciements

Initialement, je souhaite remercier le responsable du programme de maîtrise volet « Stage et Évaluation de Programme d'intervention » de 2016 à 2018 à l'Université de Montréal, Monsieur Stéphane Cantin. Son implication, sa disponibilité et sa riche expérience ont grandement contribué à la présentation de ce rapport d'intervention. Puis, je remercie également mes camarades de classe, Claudia, Élodie, Eszter, Frédérique, Magali et Marie, qui m'ont accompagnée et épaulée tout au long de cette grande aventure. Vous êtes déjà, à ce jour, d'excellentes professionnelles de la relation d'aide.

De plus, je tiens à remercier mon milieu de stage, soit l'équipe de l'organisme communautaire, Le Contrevent, situé à Lévis. Leur accueil et leur immense générosité ont contribué à enrichir considérablement mon développement professionnel. L'équipe m'a permis de prendre la place nécessaire pour implanter mon programme d'intervention et répondre aux besoins de la clientèle tout en respectant mes valeurs et mes champs d'intérêt professionnels. Un merci particulier à Daniel Marquis et Anne Gallant, mes deux accompagnateurs de stage, pour vos précieux conseils et votre confiance. Merci à mes autres collègues, Martine, Emmanuelle, Hélène et Josée pour vos encouragements tout au long de ces deux dernières années.

J'aimerais également exprimer ma gratitude à l'ensemble des membres qui ont participé d'une quelconque façon à mon programme d'intervention. En plus d'avoir contribué à faire de moi une meilleure professionnelle, votre implication m'a permis de rendre à terme ce projet et par le fait même, réaliser un de mes rêves les plus chers : devenir psychoéducatrice.

Puis, j'aimerais remercier l'ensemble de ma famille, mes amis, mon conjoint et ma belle-famille pour votre support tout au long de ce parcours. Merci, maman et papa, d'avoir été les premiers à croire en moi et tout mettre en œuvre pour que je réalise mes plus grandes aspirations. Merci à ma tante Manon de m'avoir transmis la passion du métier de psychoéducatrice et d'être une source d'admiration. Merci parrain pour ton hospitalité et ton dévouement auprès de moi durant ces deux dernières années. Merci Adam, mon amoureux, de m'avoir accompagnée dans les hauts comme dans les bas et de n'avoir jamais cessé de croire en moi.

Finalement, merci à l'ensemble des intervenants et enseignants présents tout au long de mon parcours de vie, qui m'ont aidée à développer mes capacités et optimiser mon plein potentiel. Je me sens dorénavant prête à m'investir allègrement et donner au suivant !

Introduction

La santé mentale est une dimension qui touche l'ensemble des individus. Parmi eux, certains sont atteints d'un trouble majeur de santé mentale pouvant les amener, à certaines occasions, différentes difficultés d'adaptation et ce, dans différentes sphères de vie. Ainsi, à certains moments, les membres de l'entourage de la personne atteinte d'une maladie mentale l'accompagnent à travers ses difficultés. Cette forme d'accompagnement peut être intensive et continue, peut amener un risque, chez les membres de l'entourage, de développer des conséquences liées à la fatigue de compassion, soit le coût de prendre soin (Figley, 1995).

Dans le même ordre d'idées, le présent programme d'intervention a pour but de prévenir et réduire les conséquences liées à la fatigue de compassion. Plus spécifiquement, les objectifs visent à diminuer le stress compassionnel, à augmenter le sentiment de satisfaction de compassion, l'estime de soi, le sentiment de contrôle et la capacité de s'affirmer chez les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale.

En premier lieu, le document fait objet d'une première section, soit le « Contexte théorique », présentant la fatigue de compassion c'est-à-dire, une description de la problématique, des interventions déjà expérimentées ainsi qu'une proposition d'intervention à mettre en place. En deuxième lieu, le travail présente la section « Méthodologie » en décrivant le programme mis en place en lien avec les composantes de la structure d'ensemble du modèle de Gendreau (2001). Puis, cette même section illustre un plan de l'évaluation de la mise en œuvre et un plan de l'évaluation des effets de l'intervention. En troisième lieu, la section « Résultats » du rapport identifie les différents résultats obtenus à la suite de l'implantation du programme d'intervention et de ses effets. Enfin, en quatrième lieu, la section « Discussion » porte un jugement sur l'atteinte des objectifs en plus d'identifier les avantages et les limites du programme d'intervention mis en place dans le cadre du présent projet.

Contexte théorique

Description de la problématique

Définition

L'expression anglaise « compassion fatigue » provient de Joinson (1992) afin de définir un type d'épuisement observé chez les infirmiers travaillant dans les hôpitaux et particulièrement chez les soignants aidant les patients ayant un traumatisme. Les premières recherches sur la fatigue de compassion chez les professionnels en relation d'aide ont été effectuées par Charles R. Figley (1995) et plus tard par Beth Hudnall Stamm (1998), les deux principaux chercheurs sur le sujet. Les termes « usure de compassion » et « fatigue compassionnelle » sont des synonymes du thème choisi pour le travail, la fatigue de compassion. Elle se définit par le souhait profond d'atténuer la souffrance d'un individu au point d'en être épuisé (Tabor, 2011) ou le coût de prendre soin (Figley, 1995). Elle s'illustre par un état de tension émotionnelle extrême (Thomas, Barruche et Hazif-Thomas, 2012).

Afin d'avoir une bonne compréhension de la fatigue de compassion, il faut la distinguer d'autres concepts similaires. Dans la littérature, la fatigue de compassion est souvent associée au traumatisme vicariant, un processus où l'expérience intérieure d'une personne est négativement modifiée suite à un engagement empathique avec un individu ayant vécu un traumatisme. Ce phénomène est fréquemment observé en intervention par le transfert du traumatisme du client à l'intervenant (Cunningham, 1999 ; Dane, 2002 ; Figley, 2002b ; McCann et Pearlman, 1990 ; Nelson-Gardell et Harris, 2003 ; Pearlman et Maclan, 1995 ; Sabin-Farell et Turpin, 2003). Donc, ce processus peut amener une personne à vivre de la fatigue de compassion (Perreault, 2004). D'ailleurs, les facteurs de risque et les conséquences du traumatisme vicariant et de la fatigue de compassion sont relativement similaires (Fortin, 2014). De plus, lorsqu'une personne significative vit un événement difficile ou traumatisant, elle devient susceptible de vivre un stress traumatique secondaire. Ainsi, ce stress est engendré par le désir de vouloir aider (Figley, 1995). Le traumatisme vicariant, l'épuisement professionnel et la fatigue de compassion sont les trois réactions à ce stress (Newell et MacNeil, 2010 ; Williams et Sommer, 1995). Toutefois, dans un même contexte, il est possible d'observer un ensemble de sentiments positifs qui se définit par de la satisfaction de compassion devenant un facteur de protection important et à l'opposé de la fatigue de compassion (Stamm, 1998). Les effets principaux liés à la fatigue de compassion peuvent être l'impuissance acquise, la lassitude, profonde tristesse, sentiment d'incompétence, hypersensibilité, sentiment d'être vidé sur le plan de l'empathie, distanciation ou abandon de l'investissement, les autres sont synonymes de « souffrance » et « responsabilité » et remise en question douloureuse de croyances et du sens de la vie (Brillon, 2016).

Modèle étiologique de la fatigue de compassion selon Figley

Depuis le début des recherches sur la fatigue de compassion, deux principaux chercheurs ont chacun développé deux modèles pour mieux expliquer la fatigue de compassion. Tout d'abord, le modèle de Figley (2002a) convient davantage que le modèle de Stamm (1998) qui se généralise au contexte d'intervention, donc davantage destiné aux professionnels de la relation d'aide. En effet, selon le modèle théorique « *Compassion Fatigue Process* » (Figley, 2002a) et appuyé par le « *Concept Map of Vicarious Victimization* » (Tabor, 2011), le développement de la fatigue de compassion résulterait de l'interaction entre trois composantes essentielles : l'exposition à la souffrance, l'empathie et la motivation à aider. Ces concepts peuvent s'approprier par les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale.

Exposition à la souffrance. Le Larousse (s. d.) définit le mot « souffrance » par le fait de souffrir, se manifestant par un état prolongé d'une douleur morale ou physique. D'une part, Breslau et al. (1998), identifient que 90 % de la population vont vivre au cours de leur vie un événement bouleversant ou traumatisant pouvant être souffrant. D'autre part, Thomas, Barruche et Hazif-Thomas (2012) décrivent la « souffrance compassionnelle » comme une souffrance personnelle en miroir de la souffrance des personnes aidées. Ainsi, lorsqu'une personne accompagne un proche atteint d'une problématique de santé mentale à travers son processus de rétablissement, il devient susceptible d'être exposé à cette réalité souffrante et d'en subir des conséquences.

Empathie. Ce concept fait référence à la capacité de se mettre à la place d'un autre individu afin de mieux comprendre sa situation, sa perception et ses émotions tout en restant lui-même (Decety, 2002). Ce phénomène est non intentionnel, pré-rationnel et non lié à une introspection (Attigui et Cukier, 2011). Plus spécifiquement, Lecompte (2010) identifie deux composantes liées à l'empathie, soit émotionnelles et cognitives. La composante émotionnelle est associée au partage du vécu émotionnel. La composante cognitive se définit par la capacité de comprendre la pensée d'autrui. Par ailleurs, l'auteur souligne la découverte récente des neurones-miroirs jouant un rôle facilitateur dans la reconnaissance et la compréhension du sens des actions posées par les autres. Cependant, il spécifie que l'évaluation faite par l'individu de la situation a une influence sur l'effet des neurones-miroirs.

Motivation à aider. Le mot « motivation » se traduit par les intérêts, les raisons amenant un individu à poser une action (Larousse, s. d.). Ainsi, lorsqu'un membre de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale a le souhait d'aider son proche vivant des difficultés et qu'il se

préoccupe de son bien-être, sa motivation à l'aider complète les trois composantes à la base du modèle étiologique de la fatigue de compassion élaboré par Figley (2002a).

L'interaction de ces trois composantes engendre un stress compassionnel, c'est-à-dire un stress lié à l'exposition à une victime souffrante amenant une érosion graduelle de l'empathie, de la compassion et de l'espoir pour soi-même et pour les autres pouvant conduire par la suite, à la fatigue de compassion (Figley, 1995). Les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale sont fréquemment exposés à la souffrance de leur proche, ils peuvent être impliqués émotionnellement et souhaitent la plupart du temps les aider. De plus, les situations vécues en lien avec l'accompagnement peuvent être difficilement contrôlables et peuvent menacer leur personnalité. Par exemple, le proche peut se poser la question « Est-ce que je suis un bon accompagnateur pour mon proche ? ». De plus, dans plusieurs cas, les situations vécues sont imprévisibles et parfois nouvelles. Il s'agit donc des quatre éléments (1 - Sentiment de contrôle ; 2 - Personnalité menacée ; 3 - Imprévisibilité ; 4 - Nouveauté) que peut contenir un stress. Plus, il y a d'éléments, plus la personne peut avoir de la difficulté à gérer son stress pouvant amener des difficultés d'adaptation importantes (Lupien et al., 2011).

Prévalence

La fatigue de compassion peut être ressentie par différents individus, et ce dans différents contextes. Parmi la population en général, il y a certains types de clientèle qui présentent davantage de risque de vivre à un moment ou un autre dans sa vie de la fatigue de compassion. En effet, la fatigue de compassion peut être expérimentée par toutes personnes engagées dans une aide envers d'autres placées en situation de détresse et concerne volontiers les personnes engagées dans le soin, en particulier lorsque les prises en charge impliquent un engagement relationnel personnel et sont prolongées (Thomas, Barruche et Hazif-Thomas, 2012). Les plus altruistes sont les plus vulnérables, c'est-à-dire ceux engagés affectivement dans le soin, mais pouvant avoir une lecture n'étant pas exclusivement cognitive de la relation de soin (Gillath et Shaver, 2005 ; Figley 2002 a). La fatigue de compassion se manifeste par des symptômes semblables à ceux observés auprès de personnes répondant au diagnostic d'état de stress posttraumatique (Perreault, 2004).

Les professionnels de la relation d'aide font partie des plus susceptibles de vivre de la fatigue de compassion. Selon Figley (1995), la majorité des professionnels en relation d'aide ont un niveau de risque modéré s'élevant à 23,5 %, un risque élevé s'élevant à 29,4 % ou un niveau de risque élevé s'élevant à 20,6 %, de développer de la fatigue de compassion. Ces données représentent 73,5 % des professionnels

de la relation d'aide. Pour arriver à ce résultat, Figley utilise le *Compassion Fatigue Self Test (CFST)* (Figley et Stamm, 1996). Il a été développé originalement sur la base de l'expérience clinique et conçu pour dépister la fatigue de compassion et l'épuisement professionnel. Toutefois, le processus par lequel les plages de notes ont été obtenues ne se retrouve pas dans la littérature publiée (Bride, Radney et Figley, 2007). Parmi eux, 27 % des intervenants en santé mentale vivent une détresse extrême due à leur profession et 18 % sont atteints de fatigue de compassion (Meldrum, King et Spooner, 2002).

Outre les professionnels de la relation d'aide, les aidants naturels, représentant deux millions d'individus, peuvent également être à risque de vivre de la fatigue de compassion (Bleakney, 2014). Un aidant naturel se définit comme un « membre de la famille ou personne qui vit dans l'entourage immédiat d'un malade ou d'une personne ayant besoin d'assistance et qui assume la responsabilité de l'aide, du soutien et des soins quotidiens » (Grand Dictionnaire terminologique, s. d.). Dans le cadre de ce travail, la clientèle visée est l'ensemble des membres de l'entourage d'une personne ayant une problématique de santé mentale, il peut s'agir de membres de la famille immédiate ou d'individus provenant d'un cercle de soutien élargi.

Au Canada, comme au Québec, il s'agirait de 20% de la population qui souffrirait d'une problématique de santé mentale qu'elle soit diagnostiquée ou non. De plus, moins de la moitié de ces individus consulterait en lien avec leur problématique (Lesage et al., 2012). Du côté des États-Unis, certaines études mentionnent qu'environ un adulte sur quatre souffrirait d'une problématique de santé mentale et près de la moitié en souffrira au cours de sa vie (Kessler et al. 2004; Kessler, 2005 ; Kessler, Demler et Walters, 2005). Ces statistiques permettent de faire un portrait de l'ampleur de la problématique et permettent de supposer que plusieurs individus ont côtoyé, de près ou de loin, à un moment au cours de sa vie, une personne atteinte d'un trouble majeur de santé mentale. La contribution et l'implication de chaque membre de l'entourage d'une personne ayant une problématique de santé mentale se fait à différents niveaux. Les responsabilités et rôles adoptés par ceux-ci sont variables et dépendent des limites et des forces de chacun et de la culture dans laquelle évolue le système familial. (Réseau avant de craquer, 2018). Il est à noter que ces personnes jouent un rôle-clé et essentiel dans le processus de rétablissement. Il est donc essentiel de mieux reconnaître ce rôle dans la société et dans le réseau en santé mentale tout en portant une attention particulière aux différentes problématiques auxquels ils sont susceptibles de vivre (Commission de la santé mentale au Canada, 2016).

Facteurs de risque et de mécanismes de protection individuels

Certains facteurs personnels peuvent influencer positivement ou négativement le développement de la problématique de la fatigue de compassion. Fortin (2014) classe l'ensemble des facteurs selon quatre niveaux différents : le mode de vie et réseau social, l'histoire personnelle, les émotions et moyens d'adaptation et les perceptions du monde et spiritualité de l'individu.

En premier lieu, concernant le mode de vie, plusieurs auteurs s'entendent pour dire que les caractéristiques d'un mode de vie saine telles que les activités de loisirs, sociaux, extérieurs, l'activité physique, une alimentation saine et un sommeil adéquat sont des facteurs de protection. (Brady, Guy, Poelstra et Brokaw, 1999 ; Doman, 2010 ; Dunkley et Whelan, 2006a, b ; Figley, 2002b ; Gentry, 2002 ; Hesse, 2002 ; Negash et Sahin, 2011 ; Newell et MacNeil, 2010 ; O'Halloran et O'Halloran, 2001 ; Perreault, 2004 ; Stamm, 1998 ; Zimering, Munroe et Gulliver, 2003). En effet, l'adoption d'une bonne hygiène de vie permet de préserver l'individu et c'est en partie pour cette raison que la mise en place de « self-care » soit des autos-soins est privilégié dans les stratégies pour prévenir la fatigue de compassion et trauma vicariant (Brillon, 2016). Par exemple, lorsqu'un membre de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale prend soin de son proche, mais par le fait même, travaille à temps plein, souffre d'insomnie, il devient plus à risque de vivre de la fatigue de compassion qu'un autre membre s'occupant de son proche, mais qui est retraité et peut reprendre ses heures de sommeil manquées à tout moment. Concernant le réseau social, en plus de sa présence, l'accès à une forme de soutien instrumental ou affectif par les membres de son entourage est également des facteurs de protection. En effet, les personnes se sentent moins seules, peuvent échanger sur leurs difficultés. De plus, dans certains cas, les membres peuvent partager les tâches concernant l'accompagnement de leur proche avec une autre personne (Brady, Guy, Poelstra et Brokaw, 1999 ; Collins et Long, 2003 b ; Conrad et Kellar-Guenther, 2006 ; Dunkley et Whelan, 2006a, b ; Figley, 2002b ; Figley et Barnes, 2005 ; Galek, Flannelly, Greene et Kudler, 2011 ; Harrison et Westwood, 2009 ; Killian, 2008 ; Newell et MacNeil, 2010 ; Phipps et Byrne, 2003 ; Shauben et Frazier, 1995 ; Stamm, 1998 ; Tehrani, 2010). Ainsi, à l'inverse, l'isolement social quant à lui, est un facteur de risque important, par exemple si le proche est la seule personne pouvant subvenir aux soins de la personne atteinte (Killian, 2008 ; Richardson 2001 ; Stamm, 1997).

En deuxième lieu, à propos de l'histoire personnelle des individus, lorsque ceux-ci ont vécu des expériences négatives, traumatiques ou critiques antérieurement, ils peuvent développer une vulnérabilité personnelle devenant un facteur de risque. En effet, ces personnes peuvent devenir plus vulnérables suite aux événements antérieurs vécus. Par exemple, certaines expériences négatives peuvent amener de

grands bouleversements comme une tentative de suicide par un proche. Ainsi, les émotions ressenties peuvent engendrer par la suite des peurs correspondant à des pensées négatives et des actions pouvant être inadéquates comme ne plus laisser son proche seul (AOcVF, 2012; Baird et Kracen, 2006 ; Collins et Long, 2003 b ; Cunningham, 2003 ; Dunkley et Whelan, 2006 b ; Ga-Young, 2011 ; Lérias et Byrne, 2003; Nelson-Gardell et Harris, 2003 ; Newell et MacNeil, 2010; Pearlman et Maclan, 1995; Trippany, Wilcoxon et Satcher, 2003 ; Way, VanDeusen et Cottrell, 2007).

En troisième lieu, plusieurs facteurs de risque sont associés aux émotions vécues et la façon dont la personne les gère. En effet, en étant à l'écoute de la souffrance de l'autre, cela peut engendrer des émotions négatives telles que la peur, la tristesse, l'impuissance, le découragement, etc. (AOcVF, 2012 ; Injeyan et al., 2011 ; McSwain, Robinson et Panteluk, 1998 ; Perreault, 2004 ; Richardson, 2001 ; Shauben et Frazier, 1995 ; Stamm, Verra, Pearlman, et Giller, 2002 ; Tabor, 2011 ; Tehrani, 2010), particulièrement lorsque la personne a de la difficulté à les exprimer. D'ailleurs, les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble de santé mentale vivent un degré de détresse psychologique plus élevée que la population générale (Lesage et Émond, 2012). En effet, l'apparition du trouble mental ainsi que le diagnostic d'un membre de l'entourage sont des expériences à la fois déstabilisantes et choquantes impliquant parfois un sentiment de culpabilité et des deuils (Réseau avant de craquer, 2018). Ainsi, l'accumulation de ces émotions négatives peut devenir un facteur de risque quant au développement de la fatigue de compassion. Toutefois, une personne ayant une bonne tolérance, une bonne capacité de gérer le stress et l'anxiété (Hayes, 2004 ; Newell et MacNeil, 2010) et une bonne capacité d'adaptation en général (AOcVF, 2012; Dunkley et Whelan, 2006a, b ; Newell et MacNeil, 2010) a de bons facteurs de protection. À l'inverse, on parle de facteurs de risque importants lorsqu'une personne ayant de la difficulté à gérer ses émotions utilise des stratégies d'évitement pouvant se manifester par la dépendance à une substance comme l'alcool ou les drogues, le déni ou la projection (AOcVF, 2012; Dunkley et Whelan, 2006a, b ; Killian, 2008; Sabin-Farrell et Turpin, 2003 ; Newell et MacNeil, 2010 ; Shauben et Frazier, 1995). De plus, il existe d'autres facteurs de protection tels que la capacité à prendre une distance avec ses émotions (Badger, Royse et Craig, 2008 ; Canfield, 2005) et de respecter ses propres limites (Dane, 2002 ; Harrison et Westwood, 2009 ; Killian, 2008 ; Richardson, 2001 ; Shauben et Frazier, 1995). À l'inverse, lorsque la personne a de difficulté à établir et faire respecter ses limites, elle s'expose à un facteur de risque (Harrison et Westwood, 2009 ; Perreault, 2004). D'autres facteurs de risque sont à prendre en considération lorsqu'on parle de la fatigue de compassion, soit le surinvestissement de temps et d'énergie pour combler les besoins du proche (Richardson, 2001), la surestimation de ses propres capacités à venir en aide (Shalvi, Shenkman, Handgraaf et De Dreu, 2011)

ou se fixe des objectifs irréalistes (Figley, 2002b ; Kanter, 2007 ; Newell et MacNeil, 2010 ; Stamm, 1998). Enfin, Perreault (2004) affirme que les personnes ayant une grande habileté à voir les besoins des autres ont plus de facilité à être empathiques, mais ont plus de difficulté à respecter leurs propres limites. Ainsi, l'habileté à résoudre des problèmes et difficultés devient un facteur de protection. Tel que mentionné précédemment, un potentiel élevé de satisfaction de compassion peut être un facteur de protection important, celle-ci étant à l'opposé de la fatigue de compassion (Collins et Long, 2003a, b ; Harr et Moore, 2011 ; Negash et Sahin, 2011 ; Stamm, 1997, 1998, 2002). Dans un même ordre d'idées, Mottaghypour et Bickerton (2005) observent une diminution de la détresse psychologique chez les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale lorsqu'il s'implique et réduit le nombre de rechutes chez la personne atteinte.

En quatrième lieu, concernant la perception du monde et la spiritualité, lorsqu'un membre de l'entourage perçoit une perte de contrôle ou qu'il n'a pas d'influence sur la situation est à risque de développer des symptômes de la fatigue de compassion (Killian, 2008 ; Newell et MacNeil, 2010 ; Perreault, 2004). De plus, lorsque cette personne accorde une grande importance aux valeurs spirituelles, le bouleversement de ses croyances devient un facteur de risque important (Richardson, 2001). En effet, Brillon (2016) indique que la remise en question des croyances fondamentales est un processus impliqué dans le développement de la fatigue de compassion. Ainsi, lorsque celle-ci garde une impression positive et claire de soi et du monde, par le biais d'une forme de spiritualité personnelle, elle se protège (Brady, Guy, Poelstra et Brokaw, 1999 ; Figley, 2002b ; Gentry, 2002 ; Killian, 2008 ; Negash et Sahin, 2011 ; Stamm, 1998). Enfin, d'autres éléments ont un effet protecteur tel que l'optimisme et une bonne connaissance de soi (Dane, 2002 ; Harrison et Westwood, 2009 ; Killian, 2008 ; Perreault, 2004 ; Richardson, 2001 ; Shauben et Frazier, 1995).

Facteurs de risque et mécanismes de protection organisationnels

Concernant les facteurs organisationnels, la littérature présente davantage des facteurs concernant les professionnels de la relation d'aide, soit par le type de service et le fonctionnement organisationnel, la nature et la charge de travail, les conditions de travail, le profil de la clientèle, la relation intervenant-client et le soutien organisationnel (Fortin, 2014). Toutefois, la personne accompagnant un membre de son entourage ayant un trouble majeur de santé mentale doit composer elle aussi avec des facteurs organisationnels dont certains peuvent avoir une influence positive ou négative dans le développement de la fatigue de compassion. Les différentes restrictions bureaucratiques, telles que l'accès à l'information de son proche et la difficulté à accéder aux ressources d'aide sont considérés comme des

facteurs de risque (Newell et MacNeil, 2010). Ces facteurs contribuent au sentiment d'impuissance et de perte de contrôle (Richardson, 2001). En effet, sous le prétexte du respect de la confidentialité, il arrive que certains professionnels refusent d'échanger avec les membres de l'entourage de la personne atteinte d'un trouble majeur de santé mentale. Toutefois, l'écoute ne brime pas les droits de la personne qui utilise des services. Il faut savoir que le Code de déontologie des médecins du Québec (2016) oblige ces membres à collaborer avec toute personne démontrant un intérêt significatif pour le patient. Ainsi, comme accompagnateurs, ils sont maintenus à l'écart de l'équipe soignante et des intervenants, de qui rend la transmission d'observations et d'informations pertinentes difficiles qui pourrait contribuer favorablement à l'évaluation de l'état de la personne recevant des soins (Commissaire à la santé et au bien-être, 2012). En ce sens, Samson et Lachance (2012) relatent que des besoins doivent être reconnus tels que l'obtention d'information sur les problématiques de santé mentale, sur le soutien et les services disponibles ainsi que des stratégies à adopter pour mieux vivre avec cette réalité.

Conséquences

La fatigue de compassion peut entraîner des conséquences négatives selon différentes dimensions, soit au niveau physique, cognitif, émotif, spirituel, comportemental et interpersonnel.

Premièrement, au niveau physique, les personnes vivant de la fatigue de compassion sont susceptibles de vivre des conséquences à ce niveau. En plus de vivre de la souffrance physique, ces personnes peuvent ressentir un sentiment de stress général pouvant engendrer l'accélération du rythme cardiaque et la difficulté à respirer. De plus, l'état de stress peut affaiblir le système immunitaire l'amenant au risque de développer d'autres problématiques de santé physique (AOcVF, 2012 ; Gentry, 2002 ; Richardson, 2001 ; Pearlman et Saakvitne, 1996). Une pression artérielle élevée, une réactivité cardiovasculaire augmentée, un risque de maladies cardiovasculaires accru, des niveaux d'hormones de stress élevé peuvent également être observés chez les aidants (Juster et Marin, 2011). De plus, Brillon (2016) relate que les personnes ressentent une fatigue constante, un manque de vitalité, des difficultés de sommeil, une diminution de l'appétit ou augmentation marquée, des étourdissements et tensions musculaires.

Deuxièmement, au niveau cognitif, plusieurs répercussions peuvent être relatées lorsqu'il y a présence de fatigue de compassion. Parmi celles-ci, on note la modification des pensées qui peut entraîner des problèmes de concentration, la désorientation, de la confusion en plus de la perte d'intérêt. Lorsque les pensées sont touchées, cela peut engendrer des pensées envahissantes et destructrices contre l'autre

personne ou encore vers soi. Par exemple, un doute sur ses compétences, auto-critique ou encore minimisation cognitive (AOcVF, 2012 ; Brillon, 2017 ; Dane, 2002 ; Harr et Moore, 2011 ; Injeyan et al., 2011 ; McSwain, Robinson et Panteluk, 1998 ; Perreault, 2004 ; Richardson, 2001 ; Stamm, Verra, Pearlman et Giller, 2002). Concernant les perceptions, il peut y avoir un impact négatif, soit la diminution de la confiance en soi et de l'estime de soi (AOcVF, 2012 ; Gentry, 2002 ; Harr et Moore, 2011 ; Injeyan et al., 2011 ; McSwain, Robinson et Panteluk, 1998 ; Perreault, 2004 ; Richardson, 2001 ; Pearlman et Saakvitne, 1996). La perception des autres peut se manifester par un questionnement sur le sens de l'existence et des croyances, par exemple l'absence de justice (AOcVF, 2012 ; Cunningham, 2003 ; Injeyan et al., 2011 ; McSwain, Robinson et Panteluk, 1998 ; Pearlman et Saakvitne, 1995 ; Perreault, 2004 ; Shauben et Frazier, 1995 ; Tabor, 2011 ; Tehrani, 2010). De plus, Brillon (2016) indique que les personnes peuvent avoir des problèmes de mémoire, effectuer des gestes automatiques et peuvent prendre de mauvaises décisions.

Troisièmement, au plan émotif, la fatigue de compassion peut avoir également un impact. La tristesse liée au renfermement et à la dépression, la dévalorisation liée au sentiment d'impuissance, l'hostilité liée à la colère et la rage, la culpabilité et l'angoisse, soit la peur, le stress et l'anxiété sont les principales émotions pouvant être ressentis (Dane, 2002 ; Gentry, 2002 ; Harr et Moore, 2011 ; Injeyan et al., 2011 ; McSwain, Robinson et Panteluk 1998 ; Perreault, 2004 ; Pearlman et Saakvitne, 1996 ; Stamm, Verra, Pearlman, et Giller 2002). De plus, les personnes peuvent devenir hypersensibles, c'est-à-dire avoir la larme à l'œil, ressentir un sentiment de « survie » et sentiment d'être vidé (Brillon, 2016). Comparativement à la population générale, les personnes accompagnant un individu ayant une problématique engendrent un haut niveau de détresse psychologique et des niveaux plus élevés de symptômes dépressifs, de dépression clinique et d'anxiété (Juster et Marin, 2011). Par rapport aux comportements, les personnes touchées par la fatigue de compassion peuvent vivre des problèmes d'appétit et de sommeil pouvant altérer le fonctionnement général de l'individu. De plus, l'ensemble des conséquences négatives au niveau cognitif et émotionnel peuvent influencer de façon négative les individus, comme par exemple faire preuve d'impatience (AOcVF, 2012 ; Gentry, 2002 ; Harr et Moore, 2011 ; Richardson, 2001).

Quatrièmement, au plan spirituel, la fatigue de compassion peut amener des questionnements sur le sens de la vie, une remise en question des croyances, de la colère envers la vie et ressentir un sentiment d'injustice (Brillon, 2016).

Cinquièmement, au plan comportemental, des oublis, des erreurs, des comportements autodestructeurs comme la dépendance, la fuite ou l'évitement de certaines situations, la baisse d'implication dans une sphère de sa vie, l'absentéisme au travail et l'absence de loisirs sont des conséquences liées à la fatigue de compassion (Brillon, 2016). Par exemple, difficulté à s'affirmer et faire respecter ses limites.

Sixièmement, les conséquences aux plans des relations interpersonnelles peuvent se traduire par une perte ou diminution d'intérêt pour les relations sociales et intimes, le sentiment d'être déconnecté face aux personnes significatives de son entourage (Dane, 2002 ; Gentry, 2002 ; Harr et Moore, 2011 ; Killian, 2008 ; McSwain, Robinson et Panteluk, 1998 ; Pearlman et Saakvitne, 1995 ; Stamm, Verra, Pearlman, et Giller, 2002). Par ailleurs, on peut observer chez certaines personnes, le blâme, la projection de la colère, le repli social, l'isolement, la solitude (AOcVF, 2012 ; Dane, 2002 ; Harr et Moore, 2011 ; McSwain, Robinson et Panteluk 1998 ; Pearlman et Saakvitne, 1996 ; Perreault, 2004 ; Richardson, 2001). De plus, les sujets peuvent devenir intolérants à recevoir ou encore adopter une attitude surprotectrice anxieuse (Brillon, 2016).

Ainsi, il est possible de constater que les conséquences ressorties dans la littérature sont similaires aux conséquences pouvant être liées à la dépression majeure et au trouble du stress post-traumatique. De plus, la littérature démontre des effets bidirectionnels entre l'interaction des facteurs de risque et protection ainsi que les conséquences du développement de la problématique de la fatigue de compassion.

Chaîne prédictive

Afin de résumer l'ensemble des propos, l'ébauche d'une chaîne prédictive, soit la figure 1, représente bien le lien entre les différentes composantes élaborées précédemment. Différents facteurs de risque individuels et organisationnels influencent le risque d'apparition de la fatigue de compassion. Certains facteurs de risque individuels peuvent avoir une influence sur les facteurs organisationnels, et le contraire s'applique. L'accumulation des facteurs de risque peut avoir un impact sur le développement de la problématique de fatigue de compassion. Indépendamment de la présence de facteurs de risque, trois composantes en interaction sont essentielles afin d'être identifiées comme une personne vivant de la fatigue de compassion : l'exposition à la souffrance, la présence d'empathie et la motivation à aider. De plus, la satisfaction de compassion peut avoir un effet modérateur sur la problématique de la fatigue de compassion, étant un facteur de protection important. Ainsi, la fatigue de compassion entraîne des conséquences à plusieurs niveaux, soit physique, cognitif, émotif, spirituel, comportemental et

interpersonnel interagissant ensemble également. Les facteurs et conséquences ont des effets bidirectionnels en lien avec la problématique. Enfin, la fatigue de compassion engendre inévitablement un stress se manifestant par des comportements et émotions normaux, mais ayant un impact important dans la vie de l'individu. Cette composante fera donc l'objet de la cible d'intervention du programme présenté plus tard. En effet, en agissant sur le stress vécu, il est possible de prévenir ou avoir un effet modérateur sur certaines conséquences vécues par une personne vivant de la fatigue de compassion. D'autres cibles d'intervention sont privilégiées, soit la problématique elle-même, la fatigue de compassion, la satisfaction de compassion (facteur de protection) et les différents facteurs/conséquences liées à la problématique soit, l'estime de soi, le sentiment de contrôle et l'affirmation de soi.

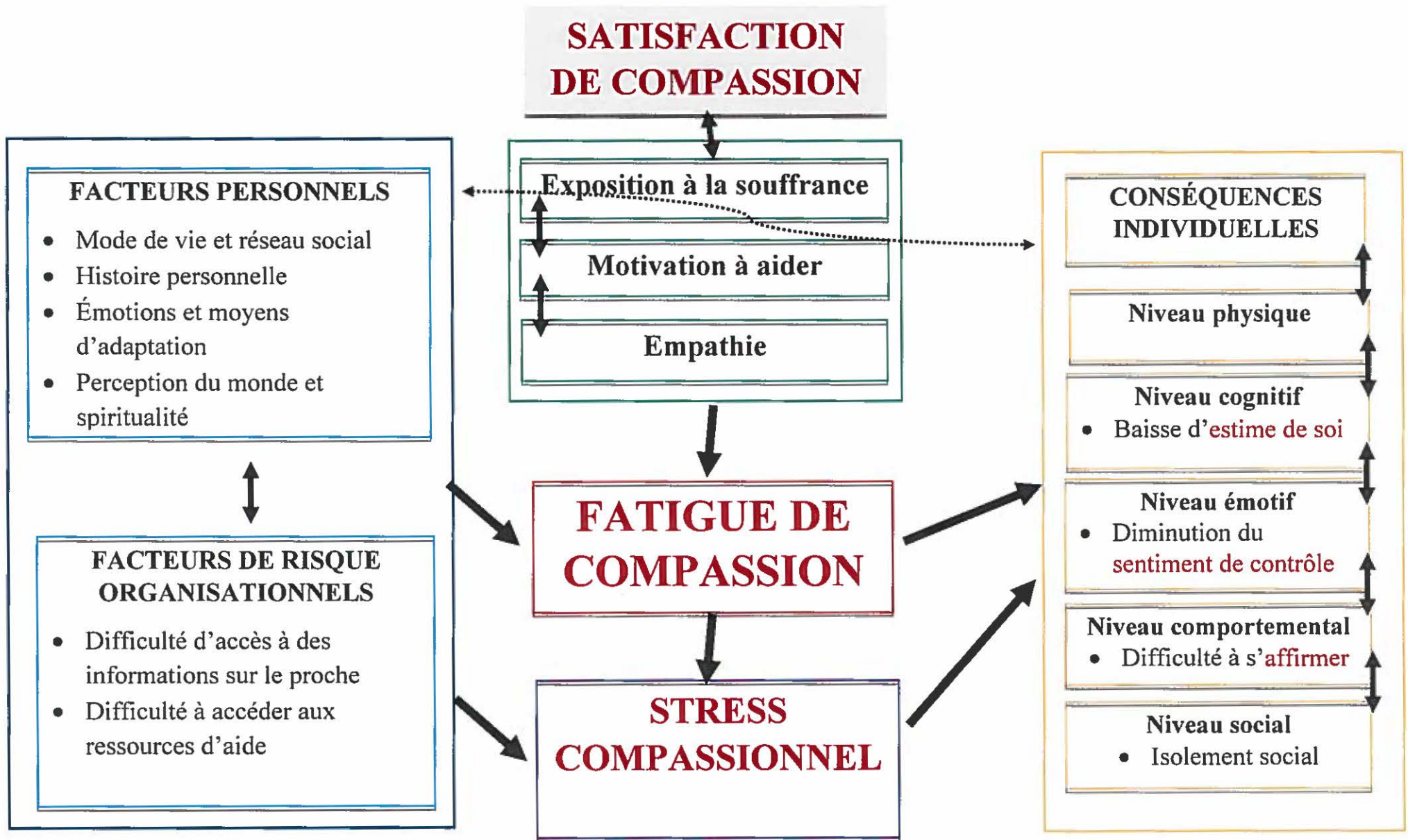


Figure 1. Chaîne prédictive.

Interventions déjà expérimentées

Portrait général

Malgré l'ampleur de la problématique de la fatigue de compassion et la nombreuse clientèle touchée, les programmes évalués empiriquement, s'adressant spécifiquement aux membres de l'entourage ayant une problématique de santé mentale se font rares, voire inexistantes. Au Québec, la majorité des services pour cette clientèle s'offrent par le *Réseau Avant de Craquer*, un organisme provincial à but non lucratif dont la mission consiste à regrouper, représenter, soutenir et mobiliser des organismes qui œuvrent à briser l'isolement et actualiser le potentiel des membres de l'entourage qui accompagnent un proche atteint d'un trouble majeur de santé mentale. Ce réseau comprend 39 organismes communautaires dispersés dans la région du Québec ayant tous comme mission d'accompagner cette même clientèle par le biais de différentes formes de soutien. Par exemple, il y a la possibilité de rencontrer des intervenants selon les besoins, d'obtenir des informations sur le sujet d'assister à différentes formations éducatives et prendre part à des groupes d'entraide. De plus, certains organismes organisent des mesures de répit pour la clientèle afin d'éviter l'épuisement. Ainsi, les différents professionnels œuvrant auprès de ces organismes initient différentes activités répondant aux différents besoins de la clientèle (Réseau Avant de Craquer, 2018). Il est à noter que certaines formations mises sur pied par les intervenants travaillant auprès de la clientèle semblent être pertinentes et efficaces, mais n'ont pas d'évaluation empirique. Même fait observé concernant les mesures de répit offertes, aucune évaluation rigoureuse des effets ne semble avoir été effectuée jusqu'à maintenant.

La problématique de la fatigue de compassion s'observe et se documente principalement chez les professionnels de la relation d'aide et s'associe principalement à la présence de stress. Ainsi, plusieurs programmes d'intervention sur le stress existent. Par exemple, un programme se concentrant sur la réponse de relaxation (RR), une intervention corps-esprit agissant sur les effets néfastes du stress (Galvin, Benson, Deckro Fricchione et Dusek, 2006) ou encore des programmes de réduction du stress se basant sur la pleine conscience (MBSR) (Szanton, Wenzel, Connolly, et Piferi, 2011) liés directement aux conséquences immédiates du stress, soit les manifestations subséquentes au stress. D'autres types d'intervention mise sur des stratégies d'évaluation et d'adaptation (coping) face à un stresser visant la cognition principalement, elles se centrent sur les habiletés de résolution de problèmes et s'attaquent directement au stresser lui-même (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis et Gruen, 1986; Meichenbaum et Novaco, 1985). Par le biais d'une méta-analyse, Richardson et Rothstein (2008) ont évalué 36 études expérimentales entre 1976 et 2007 totalisant 55 interventions ou programmes de gestion du stress chronique en milieu de travail totalisant un échantillon de 2 847 participants. Les interventions

étaient codées, soit étant cognitivo-comportementales, relaxantes, organisationnelles, multimodales ou alternatives. Il est intéressant d'observer que ce sont les thérapies cognitives-comportementales qui produisent systématiquement des effets plus importants que les autres types d'intervention, mais lorsque s'ajoutent des composantes de traitement supplémentaires, l'effet est réduit.

Synthèse des programmes d'intervention

La synthèse des programmes d'intervention présente cinq programmes dans le but de déterminer un programme d'intervention innovateur pouvant s'adapter et répondre aux besoins de la clientèle des membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale. D'une part, les trois premiers programmes d'intervention sur le stress sont des programmes évalués empiriquement, mais qui ne sont pas initialement destinés à la clientèle visée. D'ailleurs, les deux premiers intègrent le même contenu, mais se présentent différemment, pour deux clientèles différentes. D'autre part, les deux programmes suivants sont initialement destinés aux membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale, mais n'ont jamais été évalués empiriquement.

En premier lieu, le programme *DéStresse et Progresse* (Lupien et al., 2011) a été créé initialement pour améliorer la santé mentale et physique des enfants et des adolescents, âgés de 11 à 14 ans, à partir d'informations scientifiques recensées par des études faites par le Centre d'études sur le stress humain de l'Institut Universitaire en santé mentale de Montréal. Le programme comprend des discussions et des activités interactives permettant d'amorcer une réflexion sur le stress et à reconnaître et comprendre les situations qui l'engendrent. Ainsi, le programme permet de comprendre ce qu'une réponse au stress entraîne et d'apprendre des méthodes pour diminuer cette réponse. Le programme de cinq ateliers de groupe est lié à trois concepts principaux, soit 1) Qu'est-ce que le stress? Le modèle du S.P.I.N. 2) Comment puis-je reconnaître mon propre stress? Comment le corps réagit-il face à un stresser? – la mobilisation de l'énergie 3) Comment puis-je prévenir ou gérer le stress? En plus de la présentation d'ateliers éducatifs, le programme comprend des exercices à compléter dans un journal de bord à l'extérieur des ateliers, afin de favoriser de transfert de la généralisation des acquis. Une étude du programme avec un devis prétest/post-test à mesures répétées a été menée par Plusquellec et al. (2015). Le groupe participant à l'étude comprend 49 sujets, vivant leur dernière année du primaire, mais déjà intégrée à une école secondaire. L'étude a démontré une augmentation moyenne significative de cortisol salivaire pouvant être attribuée à la transition précoce résultant de l'intégration à l'école secondaire. Toutefois, une amélioration des performances cognitives et de l'estime de soi ainsi qu'une diminution des symptômes dépressifs pour l'ensemble des élèves seraient observées à la suite du programme.

En deuxième lieu, un programme d'intervention interactif, auto administrée, sur le stress chronique a été adapté à la clientèle adulte, soit les travailleurs. En effet, le programme *Stress et Compagnie*© est une continuité issue de racines en psychoneuroendocrinologie exploité auparavant à travers le programme *DéStresse et Progresse* (Lupien et al., 2011). Le programme couvre les mêmes concepts que ce dernier en cinq différents volets, soit la mesure de la vulnérabilité du participant au stress, l'acquisition d'une base de connaissance pour que le participant puisse comprendre le fonctionnement du système du stress, l'intégration de cette connaissance par des exercices pratiques qui permettent au participant de contextualiser les stressseurs, la personnalisation de l'information acquise selon l'expérience du participant et la présentation de moyens adaptés de négocier son stress au quotidien pour éviter de tendre vers un stress chronique. De plus, le programme comprend quatre modules : 1 - Vous, 2- Le Stress, 3- Votre stress et 4- Contrôle du stress. L'outil est présenté sous forme d'une interface web permettant une administration individualisée des modules, il faut compter environ deux heures pour les parcourir. De plus, l'outil peut ensuite être utilisé sur une base régulière et son mode d'administration est confidentiel. Fouda (2015) a évalué sur neuf mois, les effets du programme auprès de 70 intervenants du Centre jeunesse de Montréal – Institut Universitaire dans le cadre d'un devis expérimental avec groupe expérimental et témoin. Les deux groupes étant évalués par des mesures de marqueurs biologiques et questionnaires psychologiques. Les résultats démontrent que le groupe expérimental démontre une diminution du stress perçu et des impacts positifs sur d'autres mesures en lien avec des aspects de la santé mentale. La clientèle la plus touchée par ces améliorations est celle démontrant des signes de détresse psychologique et/ou épuisement professionnel et/ou stress perçu élevé.

En troisième lieu, programme de pleine conscience, *Mindfulness-based cognitive therapy (MBSR)* par Segal, William et Teasdale (2002) a été choisi puisqu'il fut évalué auprès des professionnels de la relation d'aide. Il s'agit d'un programme éducatif axé sur la formation à la pratique contemplative orientale. L'intervention MBSR vise à apprendre aux participants à devenir plus conscients, en se rapportant aux pensées, aux sentiments et aux sensations corporelles. La MBSR aide les participants à cultiver une observation, sans jugement des stimuli entrant dans le champ de conscience à chaque instant, prendre conscience de l'« ici et maintenant », à apprendre à abandonner les ruminations sur le passé et les peurs futurs, à apprendre les réactions au stress et accepter le moment présent. Sur une durée de huit sessions de deux heures, une fois par semaine, les participants effectuent de la méditation assise, soit la conscience des sensations corporelles, les pensées et les émotions en renvoyant l'attention sur le souffle. Ensuite, le scan corporel, soit le mouvement progressif de l'attention à travers le corps des orteils à la tête, observant toutes les sensations dans les différentes régions du corps. Puis, le hatha yoga, soit des

étirements et postures conçus pour renforcer la prise de conscience et équilibrer et renforcer le système musculaire. Enfin, trois minutes de respiration qui est une « mini-méditation » se concentrant sur la respiration, le corps et ce qui se passe dans le moment présent. Shauna L. Shapiro, Johan A. Astin, Scott R. Bishop et Matthew Cordova (2005) ont effectué une étude de huit semaines auprès de professionnels de la santé tels que des médecins, infirmières, travailleurs sociaux, physiothérapeutes et psychologues. L'étude pilote avec plan d'étude randomisé avec groupe expérimental (n = 18) et groupe témoin (n = 20) assigné au hasard a démontré une diminution du stress perçu, une grande compassion de soi, une plus grande satisfaction de vie, une diminution de l'épuisement professionnel et une diminution de la détresse.

En quatrième lieu, le programme *Lâcher-Prise* (Lauzon, 2014) a été créé par un intervenant, Monsieur Robert Lauzon, intervenant de l'Éclusier du Haut-Richelieu, organisme communautaire membre du *Réseau avant de craquer*. Ce programme n'a jamais été évalué empiriquement. Il vise à augmenter le sentiment de bien-être chez les membres de l'entourage ayant une problématique de santé mentale en abordant les différents concepts liés au lâcher-prise. Ce programme de groupe, d'environ 12 participants, est présenté sous forme de quatre ateliers de deux heures et demie répartis toutes les deux semaines. Lors du premier atelier « Freiner ou avancer », les concepts abordés sont la définition et les freins du lâcher-prise (les peurs, les distorsions cognitives, le manque de ressources et d'informations et les gains et conséquences de changer ou de ne pas changer) et la distinction entre le cycle de résignation et du lâcher-prise, c'est-à-dire la distinction entre l'abandon et la reprise de contrôle sur sa vie. Le deuxième atelier « Le changement » aborde le thème de la résilience, la courbe du changement, présente les enjeux de changer ou ne pas changer, les différentes zones existantes (zone de pouvoir, zone de confort, zone d'effort et zone de panique) où il est possible de se situer. Le troisième atelier « Le processus d'adaptation » présente le processus et les différentes stratégies d'adaptation au changement, il aborde les pertes et le processus du deuil qu'engendrent ces pertes. Enfin, le quatrième atelier « Vers le bonheur » présente le processus d'ascension vers le bonheur et fait un retour sur l'ensemble des concepts vus durant le programme (Finley, 2003, 2004, 2005, 2006 ; Lamarre, 2009 ; Poletti, 2008 ; Poletti et Doobs, 2009, 2010 ; Portelance, 2008, 2009 ; Provençal, 2001). Enfin, le programme de groupe comprend des présentations didactiques, des activités d'apprentissage afin de favoriser le transfert de généralisation des acquis et une place pour les réflexions et échanges entre participants.

En cinquième lieu, le programme *Alliance* (La lueur de l'espoir du Bas-Saint-Laurent Inc., s.d.) a été créé par les intervenants de l'organisme communautaire, membre du *Réseau Avant de Craquer*, La lueur

de l'espoir du Bas St-Laurent Inc. Ce programme d'intervention n'a jamais été évalué empiriquement. Il vise à développer certaines habiletés en lien avec des difficultés vécues par les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale. Le programme se fait individuellement, accompagné d'un intervenant, au rythme de leur choix. Le programme d'intervention est présenté sous forme de cahier d'exercices sur différents thèmes, soit l'habileté à établir des limites, l'habileté à la communication, l'habileté à rehausser son estime de soi, l'habileté à développer des attentes réalistes, l'habileté à prendre soin de soi et développer un réseau social et l'habileté à maîtriser ses émotions et faire face aux préjugés. Ainsi, chaque cahier comprend des notions théoriques, des questions réflexives et différentes lectures et activités d'apprentissage.

Les tableaux 1 à 10 présentent les cinq programmes recensés ainsi que les évaluations mises en place afin de juger de leur pertinence.

Objectif anticipé

Le stress vécu chez les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale semble être une cible d'intervention pertinente à privilégier dans un programme ayant pour but de prévenir et réduire les conséquences associées à la fatigue de compassion chez la clientèle. Pour Figley (2002a), la présence de stress compassionnel peut mener au développement de la fatigue de compassion. Ainsi, l'objectif anticipé est de réduire le niveau de stress ressenti chez l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale, par le biais du programme de groupe *DéStresse et Progresse* (Lupien et al., 2011). De plus, d'autres objectifs anticipés visant l'augmentation du sentiment de satisfaction compassionnel, du sentiment de contrôle, de l'estime de soi et de la capacité de s'affirmer, soit d'autres cibles d'intervention pertinente en lien avec la problématique et la clientèle visée, par le biais du programme *Alliance* (La lueur de l'espoir du Bas-Saint-Laurent Inc., s.d.). Enfin, le but ultime est d'évaluer si ces objectifs auront un réel impact sur le risque de développer de la fatigue de compassion.

Tableau 1

Description du programme : *DéStresse et Progresse*

Description du programme			
Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention (universelle, ciblée)	Modalité d'intervention
Sonia Lupien, Ph.D. et son équipe du Centre d'étude sur le stress humain (2011)	Programme <i>DéStresse et Progresse</i>	Intervention ciblée (Adolescents)	<p>Le programme de groupe de cinq ateliers d'environ 60 minutes vise à améliorer la santé mentale et physique des enfants et adolescents (11 à 14 ans). Il couvre trois concepts :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Qu'est-ce que le stress ? Le modèle du S.P.I.N. 2) Comment puis-je reconnaître mon propre stress ? Comment le corps réagit-il face à un stresser ? – la mobilisation de l'énergie 3) Comment puis-je prévenir ou gérer le stress ? <p>Contenu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atelier 1 : Modèle du S.P.I.N. <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Qu'est-ce que le stress exactement ? 1.2. Recette du stress 1.3. Modèle du S.P.I.N. : Sens contrôle faible/ Personnalité menacée/ Imprévisibilité/ Nouveauté 1.4. Journal de bord • Atelier 2 : Discussion des journaux de bord et Activité S.P.I.N. <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Discussion en groupe du journal de bord 1 2.2. Interprétations individuelles des événements stressants 2.3. Et... Action ! (Mise en contexte stressant) 2.4. Journal de bord • Atelier 3 : Comment le sais-tu ?/Où va l'énergie ? et Stratégies d'adaptation (centrées émotions) <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Reconnaître la réponse de stress du corps : mobilisation de l'énergie 3.2. Signes physiques du stress 3.3. Façons, dont le corps, de débarrasse de l'énergie accumulée

Tableau 1

Description du programme : *DéStresse et Progresse* (Suite)

Description du programme			
Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention (universelle, ciblée)	Modalité d'intervention
Sonia Lupien, Ph.D. et son équipe du Centre d'étude sur le stress humain (2011)	Programme <i>DéStresse et Progresse</i>	Intervention ciblée (Adolescents)	3.4. Stratégies centrées sur les émotions (rire, exercice, respiration abdominale...) 3.5. Journal de bord <ul style="list-style-type: none"> • Atelier 4 : Stratégies d'adaptation (centrées sur le problème) <ul style="list-style-type: none"> 4.1. Stratégies centrées sur le problème : Disséquer le problème et plan B 4.2. Activité : Scénarios avec le S.P.I.N 4.3. Et... Action ! 4.4. Journal de bord • Atelier 5 : Support social vs Pression sociale <ul style="list-style-type: none"> 5.1. Activité : Test du stress social de Trier (TSST) 5.2. Journal de bord : Arbre du support social 5.3. Activité : Expérience de la ligne – démontrer le support social vs. La pression sociale

Tableau 2

Évaluation du programme : DéStresse et Progresse

Évaluation (s) du programme					
Auteurs	Caractéristiques de participants et contexte d'intervention (n, âge, sexe, sous-groupes, etc.)	Durée	Devis/protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux (relance)
Pierrich Plusquellec, Lyane Trépanier, Robert Paul Juster, Marie-France Marin, Shireen Sindi, Nathe François, Nathalie Wan, Helen Findlay, Nadia Durand et Sonia Lupien (2015)	49 enfants, âgés de 10 à 11 ans, répartis dans deux classes de 6 ^e année du primaire (n = 22 et n = 27) dans une école privée de la région de Montréal Les participants sont francophones et issus de famille ayant un niveau socioéconomique modéré à élevé. Critères d'inclusion : <ul style="list-style-type: none"> • Aucune médication pouvant affecter le niveau de dépression ou le niveau de cortisol • Aucun diagnostic psychiatrique, neurologique, de toxicomanie ou affectant la santé générale. 	(5) ateliers de 50 minutes présentés une fois par semaine dirigés par un animateur accrédité par le Centre d'études sur le stress humain.	Devis de type pré-post à mesures répétées Trois temps de mesure : 1) Prétest (une semaine avant le programme) 2) Post-test 1 (une semaine après le programme) 3) Post-test 2 (un mois après le programme) Mesures : <ul style="list-style-type: none"> • Cortisol salivaire • Mémoire • Estime de soi • Symptômes dépressifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation moyenne significative de cortisol salivaire (pourrait être attribuée à la transition précoce résultant de l'intégration de l'échantillon à l'école secondaire); • Amélioration des performances cognitives et de l'estime de soi ; • Diminution des symptômes dépressifs pour l'ensemble des élèves ; 	Aucune étude

Tableau 3

Description du programme : *Stress et Compagnie*©

Description du programme			
Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention (universelle, ciblée)	Modalité d'intervention
Centre d'étude sur le stress humain (2012)	Programme <i>Stress et compagnie</i> ©	Intervention ciblée (Adultes travailleurs)	<p>Le programme vise à prévenir le stress chronique chez les travailleurs.</p> <p>Il couvre cinq volets :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La mesure de la vulnérabilité du participant au stress 2) L'acquisition d'une base de connaissance pour que le participant puisse comprendre le fonctionnement du système du stress 3) L'intégration de cette connaissance par des exercices pratiques qui permettent au participant de contextualiser les stressés 4) La personnalisation de l'information acquise selon l'expérience du participant 5) La présentation de moyens adaptés de négocier son stress au quotidien pour éviter de tendre vers un stress chronique <p>Le programme auto-administré est d'une durée d'environ deux heures où les participants peuvent le faire à leur rythme. Il assure la confidentialité puisqu'il fonctionne par interface web. Il peut être utilisé sur une base régulière.</p> <p>Contenu (mêmes concepts que le programme <i>DéStresse et Progresse</i> (Lupien et al., 2011))</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vous • Le Stress • Votre stress • Contrôle du stress

Tableau 4

Évaluation du programme : Stress et Compagnie©

Évaluation (s) du programme					
Auteurs	Caractéristiques de participants et contexte d'intervention (n, âge, sexe, sous-groupes, etc.)	Durée	Devis/protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux (relance)
Yannick Fouda (2015)	<p>70 intervenants et gestionnaires (6 chefs d'équipes) âgés de 24 à 61 ans du Centre-Jeunesse de Montréal – Institut Universitaire divisés en deux groupes (expérimental et témoin) de 40 participants chacun.</p> <p>Processus de répartition a été réalisé par les administrateurs, analyses préliminaires effectuées pour comparer le groupe expérimental et témoin et s'assurer de leur équivalence au pré-test.</p> <p>Tous les intervenants des équipes sélectionnées étaient approchés pour participer à l'étude.</p> <p>Critère d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Travailler au moins trois jours par semaine 	<p>Différent d'un sujet à l'autre</p> <p>(Durée totale d'environ deux heures. Les sujets disposaient de deux semaines pour compléter le programme)</p>	<p>Devis expérimental et témoin</p> <p>Trois temps de mesure :</p> <p>1) Pré-test 2) Post-test 1 (une semaine après la fin du programme) 3) Post-test 2 (un mois après le programme)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau de stress physiologique s'est révélé associé à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation • 60% des participants ont finalisé le programme et ont utilisé au moins une fois les stratégies enseignées. • Le programme semble fonctionner pour un sous-groupe de participants qui se caractérisent par ceux n'ayant pas été exposés à un événement potentiellement traumatisant lors de la dernière année. 	Aucune étude

Tableau 5

Description du programme: *Mindfulness-based cognitive therapy (MBSR)*

Description du programme			
Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention (universelle, ciblée)	Modalité d'intervention
Segal, William et Teasdale (2002)	Programme <i>Mindfulness-based cognitive therapy (MBSR)</i>	Intervention universelle	<p>Programme éducatif axé sur la formation à la pratique contemplative orientale. L'intervention MBSR vise à apprendre aux participants à devenir plus conscients, en se rapportant aux pensées, aux sentiments et aux sensations corporelles. La MBSR aide les participants à cultiver une observation, sans jugement des stimuli entrant dans le champ de conscience à chaque instant. Prendre conscience de l'« ici et maintenant », à apprendre à abandonner les ruminations sur le passé et les peurs futures, à apprendre les réactions au stress et accepter le moment présent.</p> <p>Huit sessions de deux heures, une fois par semaine.</p> <p>Formation sur les méditations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Méditation assise : La conscience des sensations corporelles, les pensées et les émotions en renvoyant l'attention sur le souffle • Scan corporel : Mouvement progressif de l'attention à travers le corps des orteils à la tête, observant toutes les sensations dans les différentes régions du corps • Hatha yoga : Étirement et postures conçues pour renforcer la prise de conscience et équilibrer et renforcer le système musculaire • Trois minutes de respiration : une « mini-méditation » se concentrant sur la respiration, le corps et ce qui se passe dans le moment présent

Tableau 6

Évaluation du programme: *Mindfulness-based cognitive therapy (MBSR)*

Évaluation (s) du programme					
Auteurs	Caractéristiques de participants et contexte d'intervention (n, âge, sexe, sous-groupes, etc.)	Durée	Devis/protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux (relance)
Shauna L. Shapiro, Johan A. Astin, Scott R. Bishop et Matthew Cordova (2005)	<p>Professionnels de la santé (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, physiothérapeutes et psychologues) du Parc Palo Alto et du parc Menlo</p> <p>Critères d'inclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Être un professionnel de la santé actuellement • Avoir 18 ans et plus • Être anglophones <p>Critères d'exclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problèmes actuels d'abus de substances • Idées suicidaires actuelles <p>Groupe expérimental n = 18 sujets</p> <p>Groupe témoin n = 20 sujets</p>	Huit semaines	Étude pilote avec plan d'étude randomisé avec groupe expérimental et groupe témoin (liste d'attente) assigné au hasard (comparaison entre les groupes)	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution du stress perçu • Plus grande compassion de soi • Plus grande satisfaction de vie • Diminution de l'épuisement professionnel • Diminution de la détresse 	Aucune étude

Tableau 7

Description du programme : *Lâcher-Prise*

Description du programme			
Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention (universelle, ciblée)	Modalité d'intervention
Robert Lauzon (2014)	Programme <i>Lâcher-prise</i>	Intervention ciblée (membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale)	<p>Ce programme s'adresse aux membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale.</p> <p>Il est composé de quatre ateliers :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Freiner ou avancer 2) Le changement 3) Le processus d'adaptation 4) Vers le bonheur <p>Le programme de groupe dure entre 4 et 8 semaines (durée de deux heures et demie). Chaque groupe comprend environ 12 participants.</p> <p>Contenu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définition et les freins du lâcher-prise • Cycle de résignation et du lâcher-prise • Résilience • Courbe du changement • Enjeux de changer ou ne pas changer • Zones de pouvoir, confort, effort et panique • Processus et les stratégies d'adaptation au changement • Pertes et processus de deuil • Processus d'ascension vers le bonheur

Tableau 8

Évaluation du programme : Lâcher-prise

Évaluation (s) du programme					
Auteurs	Caractéristiques de participants et contexte d'intervention (n, âge, sexe, sous-groupes, etc.)	Durée	Devis/protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux (relance)
Aucune étude					

Tableau 9

Description du programme : Alliance

Description du programme			
Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention (universelle, ciblée)	Modalité d'intervention
La lueur de l'espoir du Bas-Saint-Laurent Inc., organisme communautaire venant en aide aux membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale (s.d.)	Programme <i>Alliance</i>	Intervention ciblée (membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale)	<p>Ce programme de suivi individuel s'adresse aux membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale qui reconnaît avoir besoin de développer certaines habiletés telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'habileté à établir des limites • L'habileté à la communication • L'habileté à rehausser son estime de soi • L'habileté à développer des attentes réalistes • L'habileté à prendre soin de soi et développer un réseau social • L'habileté à maîtriser ses émotions et faire face aux préjugés <p>Le programme se fait individuellement, accompagné d'un intervenant. Le programme est présenté sous forme de cahier d'exercices sur chacun des thèmes nommés précédemment. Le cahier comprend des notions théoriques, des questions réflexives, des lectures et des activités d'apprentissage.</p>

Tableau 10

Évaluation du programme : Alliance

Évaluation (s) du programme					
Auteurs	Caractéristiques de participants et contexte d'intervention (n, âge, sexe, sous-groupes, etc.)	Durée	Devis/protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux (relance)
Aucune étude					

Intervention proposée

Tout d'abord, en lien avec la chaîne prédictive présentée ci-dessus, le stress semble être une cible d'intervention importante à privilégier dans un programme visant à prévenir et réduire les conséquences liées à la fatigue de compassion chez les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale. En effet, les recherches démontrent que plus il y a capacité à gérer le stress, plus il devient possible de prévenir et réduire les conséquences liées à la fatigue de compassion. Puis, les principales stratégies d'intervention visant à prévenir les personnes à risque de développer cette problématique, c'est-à-dire celles exposées à la souffrance de quelqu'un, démontrant de l'empathie et ayant le désir de l'aider, sont la transmission d'informations sur la problématique et ses composantes, la désensibilisation aux facteurs de stress et l'instauration de stratégies pour prendre soin de soi comme la relaxation et la sollicitation du réseau social (Figley, 2002b). De plus, la recension de la littérature démontre que la clientèle visée par le programme est susceptible de vivre des conséquences liées à l'accompagnement du proche, soit une diminution de l'estime de soi, du sentiment de contrôle et de l'affirmation de soi. Ces composantes s'avèrent donc également pertinentes comme cibles d'intervention dans le présent programme d'intervention.

Le programme d'intervention s'inspire du programme d'intervention *DéStresse et Progresse* (Lupien et al., 2011) et du programme d'intervention *Alliance* (La lueur de l'espoir du Bas-Saint-Laurent Inc., s.d.). Le premier est un programme de groupe validé sur le stress s'adressant aux adolescents. Il a été choisi, car il se fait en groupe, est relativement court et inclut la transmission de connaissances sur le sujet. Son adaptation consiste à l'appropriation des concepts à la clientèle, c'est-à-dire en adaptant les exemples et exercices à leurs situations. Le deuxième programme a été créé par des intervenants travaillant auprès de celle-ci. Ce programme d'intervention individuel a été choisi, car il aborde des thématiques les touchant et qui sont en lien avec les cibles d'intervention, telles que mettre ses limites, l'estime de soi, maîtriser ses émotions, etc. Sa principale adaptation consiste à transformer le programme individuel en programme de groupe, mettant de l'avant l'importance de solliciter leur réseau social.

Le programme comporte cinq ateliers de groupe, d'une durée de 150 minutes, comprenant deux parties distinctes et animées auprès de deux groupes d'environ 15 participants, dans les locaux de l'organisme, aux deux semaines. La première partie du programme visera à améliorer la gestion du stress, particulièrement en lien avec l'accompagnement de son proche. La deuxième partie visera à augmenter l'estime de soi, la capacité de s'affirmer et le sentiment de contrôle perçu en lien avec le rôle d'accompagnateur. La section suivante présente le contenu du programme plus en détail.

Méthodologie

Description

Sujets caractéristiques et recrutement

Les sujets invités à participer au programme d'intervention sont les membres de l'entourage d'une personne ayant une problématique de santé mentale bénéficiant actuellement des services du Contrevent, un organisme communautaire. Ce dernier a pour mission de regrouper les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale, de leur offrir une gamme de services, et ce, afin de leur permettre d'actualiser leur plein potentiel (Contrevent, 2017). L'organisme communautaire se situe à Lévis dans la région de Chaudière-Appalaches. Les membres doivent être âgés de 18 ans et plus et avoir un proche atteint d'un trouble majeur de santé mentale, soit trouble dépressif, trouble bipolaire, schizophrénie, trouble de personnalité limite ou trouble obsessionnel-compulsif. Le proche ayant un trouble majeur de santé mentale doit être âgé entre 18 et 65 ans. Il peut être un parent, un enfant, un membre de la fratrie, un(e) conjoint(e), un(e) ami(e), etc. L'intervention se déroule auprès de deux groupes de 15 participants totalisant 30 participants au programme. Puis, 30 autres membres de l'organisme ne participant pas au programme d'intervention forment un groupe contrôle. Ceux-ci ont la possibilité d'expérimenter le programme ultérieurement s'ils éprouvent de l'intérêt.

Le recrutement se fait par mesure volontaire, c'est-à-dire que l'ensemble des membres intéressés à suivre le programme peuvent s'inscrire. Les inscriptions excédant la limite fixée, ceux en trop, soit les derniers inscrits, se retrouvent sur une liste d'attente pour suivre le programme ultérieurement. Puis, selon la structure de l'organisme, chaque membre a un intervenant attribué avec qui il a un suivi ponctuel, selon ses besoins. Les intervenants peuvent cibler des clients présentant des difficultés d'adaptation au niveau de la gestion du stress et susceptibles de vivre de la fatigue de compassion afin de les inviter à participer au programme et en faire sa promotion. La collecte de données sur les participants se fait en fonction des éléments inscrits présentement dans leur dossier de membre à l'organisme, offrant un portrait global du participant. Lors d'une soirée d'information sur le programme, dans le milieu, mercredi le 26 avril 2017, 21 sur 25 membres démontrent leur intérêt à participer au programme. De plus, un sondage rempli par les participants lors de cette soirée permet de mieux identifier les préférences des sujets concernant les différentes modalités du programme. Le recrutement se poursuit durant l'été 2017 via de la publicité. Puis, en septembre 2017, l'ensemble des membres de l'organisme (315 membres) reçoivent, par courriel électronique, une invitation à compléter les instruments d'évaluation. Les répondants n'étant pas inscrits au programme constituent le groupe contrôle. Le programme d'intervention vise un minimum de 30 répondants aux deux temps de mesure, soit septembre et décembre 2017.

But et objectifs

L'objectif général du programme d'intervention est de prévenir l'apparition de symptômes liés à la fatigue de compassion dans le but, à plus long terme, de prévenir les conséquences associées à la fatigue de compassion. La période d'implantation du programme d'intervention vise plusieurs objectifs spécifiques. Tout d'abord, dans le premier volet du programme, un premier objectif est de diminuer le stress de compassion chez les membres de l'entourage ayant une problématique de santé mentale en augmentant leurs connaissances sur le stress, sur les manifestations associées et en proposant différentes stratégies d'adaptation tout en mettant en évidence l'importance du support social. De plus, en diminuant le stress compassionnel, il est souhaitable d'augmenter le sentiment de satisfaction compassionnelle. Puis, un deuxième volet du programme vise à améliorer le sentiment de contrôle, la capacité de s'affirmer et l'estime de soi des membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale. Le tableau 11 présente un récapitulatif du but et des objectifs.

Tableau 11

But et objectifs du programme d'intervention

But	Prévenir et réduire les conséquences associées à la fatigue de compassion chez les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale.
Objectif général	Prévenir l'apparition de symptômes liés à la fatigue de compassion chez les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale.
Objectif spécifique 1	Diminuer le stress compassionnel chez les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale.
Objectif spécifique 2	Augmenter le sentiment de satisfaction compassionnelle chez les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale.
Objectif spécifique 3	Augmenter le sentiment de contrôle chez les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale.
Objectif spécifique 4	Augmenter l'estime de soi chez les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale.
Objectif spécifique 5	Augmenter la capacité d'affirmation chez les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale.

Animatrice

L'animatrice du programme d'intervention est une intervenante stagiaire à l'organisme communautaire Le Contrevent, venant en aide aux membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale, situé à Lévis dans la région de Chaudière-Appalaches. Celle-ci est

responsable de l'élaboration, de l'implantation et de l'évaluation du programme dans le cadre de la maîtrise en psychoéducation, volet évaluation de programme, à l'Université de Montréal. Actuellement, l'animatrice est à sa deuxième année d'expérience de stage à l'organisme communautaire. Le directeur de l'organisme accompagne l'animatrice tout au long du processus. Celui-ci possède un baccalauréat en psychoéducation depuis 1988 et cumule 22 années d'expériences en intervention, dont 17 ans auprès de la clientèle ayant une problématique de santé mentale et 13 ans à l'organisme communautaire, Le Contrevent. L'étudiante compte deux formations à son actif en lien avec le programme d'intervention. En effet, en avril 2017, l'étudiante participe à une formation d'une journée sur le programme d'intervention sur le stress, destiné aux adolescents, soit *DéStresse et Progresse* (Lupien et al., 2011). De plus, en mai 2017, elle assiste à une formation d'une journée sur la fatigue de compassion et le trauma vicariant donnée par Pascale Brillon, fondatrice-directrice et psychologue spécialisée à l'Institut Alpha. Les autres partenaires, soit les autres intervenants de l'organisme impliqués auprès des participants, jouent un rôle quant à la prise de connaissance du programme et de son contenu afin d'assurer la cohérence des interventions appliquées et maximiser le transfert et la généralisation des acquis. En effet, la structure du milieu fait en sorte que chacun des clients de l'organisme communautaire a un intervenant du milieu qui lui est attribué pour des suivis ponctuels au besoin.

Programme et contenu

Tout d'abord, chacun des deux groupes d'intervention participe à cinq ateliers comprenant deux volets distincts. Le premier volet, soit la première partie de chacun des ateliers porte sur le thème du stress et s'inspire du programme d'intervention *DéStresse et Progresse* (Lupien et al., 2011). Toutefois, il s'adapte à la clientèle du milieu, soit les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale. Le deuxième volet, soit la deuxième partie de chacun des ateliers s'inspire du programme d'intervention *Alliance* (La lueur de l'espoir du Bas-Saint-Laurent Inc., s.d.) abordant différentes thématiques liées aux difficultés éprouvées par les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale comme la communication, les attentes réalistes, prendre soin de soi, etc.

Puis, chaque atelier débute par un moment d'accueil de 15 minutes où les règles de fonctionnement et le contenu des deux parties de l'atelier sont introduits. Par la suite, les activités de la première partie sur le stress se déroulent, suivies d'une pause de 15 minutes et des activités de la deuxième partie, portant sur un thème en lien avec une difficulté éprouvée par les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale. Chacune des deux parties, d'une heure chaque,

se structure de la même manière. Tout d'abord, il y a une activité d'introduction amorçant les différents sujets de l'atelier. C'est également à ce moment qu'il y a un retour sur les ateliers précédents et les exercices du journal de bord fait à la maison afin de consolider les acquis. Par la suite, il y a une partie théorique incluant la définition et les caractéristiques liées au sujet. Puis, il y a un exercice d'apprentissage afin de mettre en pratique la théorie apprise. Enfin, la conclusion permet de résumer les différents concepts de la partie de l'atelier, répondre aux questions et présenter les exercices du journal de bord à faire pour l'atelier suivant.

Concernant la première partie des ateliers sur le stress, le premier atelier introduit le thème en définissant le stress et ses différentes composantes, soit le sentiment de contrôle, la personnalité menacée, l'imprévisibilité et la nouveauté. Le deuxième atelier présente l'interprétation du stress qui se fait différemment pour tous. Le troisième atelier explique les réactions du corps au stress et propose des stratégies d'adaptation centrées sur les émotions utiles pour gérer le stress. Au quatrième atelier, il s'agit d'une présentation d'une stratégie d'adaptation au stress centrée sur le problème, apprenant à décortiquer un stressor, le reconstruire et planifier des solutions et différents plans pour contrôler le stressor vécu. Enfin, le cinquième atelier met en lien le stress et l'implication du réseau social en distinguant les concepts de « support social » de « pression sociale ».

Concernant la deuxième partie des ateliers sur différents thèmes en lien avec les difficultés éprouvées par les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale, les sujets de chacun des ateliers sont distincts les uns des autres. Le premier atelier aborde le thème de l'estime de soi, soit les concepts de l'amour de soi, de la vision de soi et de la confiance en soi. Le deuxième atelier est en lien avec la communication et l'établissement de limites avec son proche ayant une problématique de santé mentale. Le troisième atelier illustre les différentes émotions pouvant être vécues par la clientèle, comme la colère, la culpabilité, la tristesse, la peur et la honte et aborde les différents préjugés en lien avec le contexte du trouble mental. Le quatrième atelier concerne le développement d'attentes réalistes envers son proche ayant une problématique de santé mentale et envers soi-même comme accompagnateur distinguant les concepts de « vouloir » et « pouvoir ». Enfin, le cinquième atelier présente l'importance de développer un réseau de soutien et la nécessité de prendre soin de soi, notamment en appliquant différentes formes d'auto-soins. Le tableau 12 présente le plan des thèmes abordés et des activités proposées durant chacune des rencontres et l'appendice A illustre le contenu détaillé présenté aux participants du programme.

Tableau 12

Plan des thèmes abordés et activités proposées durant les cinq ateliers

Ateliers	Partie 1 : Stress	Partie 2 : Sujets en lien avec les difficultés pouvant être vécues par la clientèle
1	<p>Introduction au stress</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Activité d'introduction</u> : Qu'est-ce qui vous stress ? • <u>Théorie</u> : Modèle S.P.I.N. • <u>Exercice d'apprentissage</u> : Recette du stress • <u>Conclusion</u> : Journal de bord 	<p>Rehausser son estime de soi</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Activité d'introduction</u> : Thermomètres de l'estime de soi • <u>Théorie</u> : Rehausser son estime de soi • <u>Exercice d'apprentissage</u> : Mon autoportrait • <u>Conclusion</u> : Journal de bord
	<p>Interprétation du stress</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Activité d'introduction</u> : Retour atelier 1 • <u>Théorie</u> : Interprétation du stress • <u>Exercice d'apprentissage</u> : Et... Action ! • <u>Conclusion</u> : Journal de bord 	<p>Communiquer et mettre ses limites</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Activité d'introduction</u> : Communiquons sur le sujet (Discussion et « vrai ou faux ») • <u>Théorie</u> : Communiquer et mettre ses limites • <u>Exercice d'apprentissage</u> : Éviter les pièges de la communication • <u>Conclusion</u> : Journal de bord
2	<p>Réactions du corps au stress</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Activité d'introduction</u> : Retour atelier 2 • <u>Théorie</u> : Réactions du corps au stress et stratégies d'adaptation centrées sur les émotions • <u>Exercice d'apprentissage</u> : Où va l'énergie ? • <u>Conclusion</u> : Journal de bord 	<p>Maîtriser ses émotions et faire face aux préjugés</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Activité d'introduction</u> : Qu'est-ce que les émotions ? • <u>Théorie</u> : Émotions susceptibles d'interférer dans le rôle d'accompagnateur... • <u>Exercice d'apprentissage</u> : Les préjugés... • <u>Conclusion</u> : Journal de bord
	<p>Stratégie d'adaptation au stress centrée sur le problème</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Activité d'introduction</u> : Retour atelier 3 • <u>Théorie</u> : Stratégie d'adaptation centrée sur le problème • <u>Exercice d'apprentissage</u> : À votre tour de jouer ! • <u>Conclusion</u> : Journal de bord 	<p>Développer des attentes réalistes</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Activité d'introduction</u> : Critères pour des attentes réalistes • <u>Théorie</u> : Développer des attentes réalistes • <u>Exercice d'apprentissage</u> : Discussion de groupe • <u>Conclusion</u> : Journal de bord
3	<p>Support social</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Activité d'introduction</u> : Retour atelier 4 et test du stress social de Trier (TSST) • <u>Théorie</u> : Support social vs Pression sociale et expérience de la ligne • <u>Exercice d'apprentissage</u> : Arbre de support social • <u>Conclusion</u> : Résumé des concepts et défi final 	<p>Prendre soin de soi et développer son réseau de soutien</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Activité d'introduction</u> : Discussion de groupe • <u>Théorie</u> : Prendre soin de soi • <u>Exercice d'apprentissage</u> : Mes auto-soins • <u>Conclusion</u> : Résumé des concepts et défi final
	<p>Support social</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Activité d'introduction</u> : Retour atelier 4 et test du stress social de Trier (TSST) • <u>Théorie</u> : Support social vs Pression sociale et expérience de la ligne • <u>Exercice d'apprentissage</u> : Arbre de support social • <u>Conclusion</u> : Résumé des concepts et défi final 	<p>Prendre soin de soi et développer son réseau de soutien</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Activité d'introduction</u> : Discussion de groupe • <u>Théorie</u> : Prendre soin de soi • <u>Exercice d'apprentissage</u> : Mes auto-soins • <u>Conclusion</u> : Résumé des concepts et défi final
4	<p>Support social</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Activité d'introduction</u> : Retour atelier 4 et test du stress social de Trier (TSST) • <u>Théorie</u> : Support social vs Pression sociale et expérience de la ligne • <u>Exercice d'apprentissage</u> : Arbre de support social • <u>Conclusion</u> : Résumé des concepts et défi final 	<p>Prendre soin de soi et développer son réseau de soutien</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Activité d'introduction</u> : Discussion de groupe • <u>Théorie</u> : Prendre soin de soi • <u>Exercice d'apprentissage</u> : Mes auto-soins • <u>Conclusion</u> : Résumé des concepts et défi final
5	<p>Support social</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Activité d'introduction</u> : Retour atelier 4 et test du stress social de Trier (TSST) • <u>Théorie</u> : Support social vs Pression sociale et expérience de la ligne • <u>Exercice d'apprentissage</u> : Arbre de support social • <u>Conclusion</u> : Résumé des concepts et défi final 	<p>Prendre soin de soi et développer son réseau de soutien</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Activité d'introduction</u> : Discussion de groupe • <u>Théorie</u> : Prendre soin de soi • <u>Exercice d'apprentissage</u> : Mes auto-soins • <u>Conclusion</u> : Résumé des concepts et défi final

À noter que les participants prennent possession de l'ensemble des documents en lien avec le contenu du programme, en plus des journaux de bord incluant des exercices obligatoires à effectuer à l'extérieur des ateliers et des exercices complémentaires permettant de poursuivre la réflexion sur les différents sujets abordés. Puis, des lectures complémentaires sont accessibles à ceux ayant l'intérêt d'en lire davantage sur les thèmes abordés, il peut s'agir d'articles scientifiques ou encore de petites allégories illustrant différents concepts abordés.

Contexte spatial

Le programme d'animation de groupe se déroule dans les locaux du Contrevent, organisme communautaire situé à Lévis dans la région de Chaudière-Appalaches. Ce lieu favorise les échanges de groupe et la clientèle est familière à suivre des ateliers dans cet environnement.

Contexte temporel et dosage de l'intervention

Les données des participants permettant l'évaluation du programme d'intervention se recueillent par courriel électronique avant le premier atelier, en septembre 2017 et suite au dernier atelier afin d'évaluer s'il y a changement ou non chez les sujets. L'animatrice rencontre les participants de chacun des deux groupes à cinq reprises au total entre le mois de septembre et le mois de décembre. Comme mentionné précédemment, les cinq ateliers se structurent de la même façon. Le tableau 13 présente l'organisation du programme pour chacun des deux groupes.

Tableau 13

Organisation du programme pour chacun des deux groupes

Cinq rencontres de groupe d'une durée de 150 minutes	Une fois par deux semaines	Accueil (15 minutes)
		Contenu de la première partie sur le thème du stress (60 minutes) <ul style="list-style-type: none"> • Activité d'introduction • Théorie • Exercice d'apprentissage • Conclusion
		Pause (15 minutes)
		Contenu de la deuxième partie sur un thème en lien avec les difficultés pouvant être vécues par la clientèle (60 minutes) <ul style="list-style-type: none"> • Activité d'introduction • Théorie • Exercice d'apprentissage • Conclusion

Stratégies de gestion des apprentissages (moyens de mise en relation)

Dans chacun des ateliers, il y a des présentations didactiques afin d'illustrer la théorie aux participants. De plus, pour l'ensemble des participants du programme, l'animatrice utilise le renforcement positif comme technique des théories de l'apprentissage afin de favoriser la participation active des participants en plus de la généralisation des acquis. En effet, il est souhaitable de renforcer la participation aux activités et aux échanges initiés durant l'atelier. De plus, la mise en pratique des exercices proposés dans les journaux de bord à l'extérieur des ateliers est également renforcée. Ainsi, le renforcement se fait tout au long des rencontres, mais particulièrement lorsque les sujets participent activement aux discussions, échanges, activités d'apprentissages proposées et lors de la révision des journaux de bord. En effet, il est important de souligner les changements et les impacts positifs vécus chez les sujets suite à la mise en pratique des interventions dans leur environnement. Enfin, il est primordial d'amener les participants à relever leurs propres forces, capacités et changements au cours de leur cheminement.

Stratégies de gestion des comportements

Considérant que programme d'intervention s'adresse à des adultes, volontaires, membre de l'entourage d'une personne ayant une problématique de santé mentale, il y a peu de gestion des comportements à prévoir. Il est plutôt question de refléter aux participants leur engagement et leur investissement associé au programme d'intervention au besoin.

Code et procédures

Lors de la participation au programme d'intervention, les sujets doivent respecter chacun des autres participants du groupe, ses opinions, ses expériences et son rythme. De plus, les participants doivent préserver la confidentialité des propos, ce qui est échangé dans le groupe doit y rester. De plus, les participants doivent partager, si possible, avec les autres lorsque les échanges sont privilégiés. Toutefois, l'animatrice est responsable d'arrêter les participants au besoin pour se recentrer sur le contenu planifié. Enfin, la présence est obligatoire à chacune des rencontres. D'ailleurs, si un participant s'absente ou est en retard, il doit le signaler à l'avance à l'animatrice pour que cette dernière donne accès au contenu lors d'une séance individuelle, si possible.

Système de responsabilités

Tout d'abord, en ce qui concerne les participants au programme, ceux-ci sont responsables de connaître le sujet du programme et les objectifs présentés. Ils doivent s'assurer d'être disponibles pour

chacun des ateliers planifiés, soit cinq ateliers d'une durée de deux heures et demie, présentés une semaine sur deux et s'échelonnant sur une période de dix semaines. Ils doivent prévenir l'animatrice s'ils ont un empêchement à l'avance. Le cas échéant, le participant doit être en mesure, si possible, d'assister à une rencontre individuelle avec l'animatrice afin qu'elle présente le contenu de l'atelier avant le suivant. Si ce n'est pas possible, la documentation de l'atelier est tout de même remise au participant. De plus, il est envisageable pour le participant de reprendre l'atelier dans l'autre groupe d'intervention. Enfin, les participants doivent être ouverts à répondre aux questionnaires lorsqu'il y a lieu.

Concernant l'animatrice du programme, elle doit préparer le matériel nécessaire pour chacun des ateliers. Celle-ci doit présenter le sujet de l'intervention et ses objectifs. De plus, cette dernière doit faire l'évaluation post-situationnelle de chacune des séances et s'ajuster au besoin entre les ateliers. Auprès des participants, l'animatrice doit demeurer disponible à l'extérieur des ateliers et prévenir l'annulation d'un atelier le cas échéant. Puis, elle doit accompagner chacun des participants à travers son propre cheminement. Auprès de l'équipe de travail, considérant la structure de l'organisme, l'animatrice doit livrer le contenu du programme aux autres intervenants du milieu. À noter que pour le recrutement des participants, les intervenants ont un rôle à jouer en plus de prendre connaissance du contenu livré afin de favoriser la généralisation des acquis.

Stratégies de transfert de la généralisation

Lors de l'implantation du programme, le participant est responsable entre chaque rencontre de groupe de compléter les exercices proposés dans son journal de bord (Appendice B). Le but étant de mettre en application les apprentissages et moyens proposés dans leur environnement. Par exemple, lorsqu'un participant vit une situation stressante, celui-ci identifie le(s) composante(s) présente(s) dans le stress vécu, soit le sens du contrôle faible, la personnalité menacée, l'imprévisibilité et la nouveauté. De plus, il a l'occasion de mettre en pratique des stratégies d'adaptation pour gérer les situations stressantes. D'ailleurs, au début de chacun des ateliers, il y a un retour sur les exercices du journal de bord de l'atelier précédent.

Ayant en leur possession le contenu des séances, les autres intervenants du milieu ont un rôle à jouer auprès des participants afin de favoriser la généralisation des acquis en adaptant leurs propres interventions au contenu enseigné. Par exemple, l'intervenant peut encourager son client participant au programme à mettre en place les interventions proposées dans son environnement. Toutefois, selon la structure de l'organisme, les interventions sont davantage ponctuelles, il peut donc arriver que certains

participants ne rencontrent pas leur intervenant durant la durée du programme considérant que les suivis se font en fonction des besoins, souhaits et disponibilités des clients.

Systeme de reconnaissance

Lors de l'animation du programme en groupe, le renforcement verbal agit en guise de reconnaissance auprès du participant et se fait tout au long des rencontres. Lors de la dernière rencontre de groupe, les participants bénéficient d'un certificat de reconnaissance pour leur participation au programme d'intervention accompagné d'un mot personnalisé à chacun.

Évaluation de la mise en œuvre

Composantes retenues

Dans le programme d'intervention, les cinq composantes prises en considération pour l'évaluation de la mise en œuvre sont la conformité, l'exposition, la qualité de la participation, la perception d'utilité de l'intervention et son appréciation et le débordement. L'évaluation de ces composantes permet de s'assurer que le programme offert correspond à la planification faite préalablement et d'identifier les modifications tout au long de la mise en œuvre du programme. De plus, il devient possible de vérifier l'exposition des deux groupes, soit au même contenu et si fait de la même façon. En effet, l'évaluation de la conformité du programme permet de s'assurer de l'application des composantes comme prévu. Puis, l'évaluation de l'exposition permet d'identifier le taux de participation des sujets à chaque atelier et la durée des différentes activités planifiées. La qualité de la participation, c'est-à-dire la participation active des sujets durant les ateliers, en s'adressant à l'animatrice et leur participation aux échanges entre eux, peut avoir un impact sur les résultats de l'intervention, d'où l'importance de l'évaluer. L'évaluation de la perception d'utilité de l'intervention et l'appréciation des participants permet de faire des liens entre la perception de ceux-ci et leurs résultats dans l'évaluation des différentes mesures. Enfin, l'évaluation du débordement permet de cerner les interventions extérieures au programme pouvant avoir un impact sur les résultats. Le tableau 14 présente les composantes retenues et détaillées pour l'évaluation de la mise en œuvre.

Outils et procédures

Conformité. L'évaluation de la conformité s'effectue tout au long de l'implantation du programme par la rédaction d'un journal de bord (Appendice C) par l'animatrice suite à chacun des ateliers mis en place. Celle-ci inscrit la réalisation de chaque activité prévue, soit l'activité d'introduction,

la partie théorique, l'activité d'apprentissage et l'activité de conclusion pour chacun des deux volets de chaque atelier ainsi que la durée en minutes de ces activités.

Exposition. L'animatrice effectue également une prise des présences au début de chacun des ateliers et inscrit s'il y a lieu, dans le journal de bord, la raison des absences des participants. De plus, elle indique s'il y a signalement de l'absence à l'avance, s'il y a une reprise du contenu fait lors d'une séance individuelle ainsi que la date de cette reprise s'il y a lieu. Puis, l'animatrice inscrit le taux de participation à la réalisation des exercices du journal de bord (aucunement, partiellement ou totalement).

Qualité de la participation. Afin d'évaluer la qualité de la participation des sujets au programme, une appréciation quantitative se fait par l'animatrice tout au long des ateliers via le journal de bord. Plus spécifiquement, elle évalue deux items, soit la participation active des participants en prenant la parole pour répondre à l'animatrice et des interactions entre les sujets. La participation active des participants s'observe par le nombre d'interactions du groupe avec l'animatrice pour chacune des deux parties de l'atelier sur une échelle variant de 0 (aucune interaction) à 5 (plus de 16 interactions). Le même principe est utilisé pour observer les interactions entre les sujets. À noter que la participation s'évalue séparément pour chacune des deux parties d'un même atelier.

Perception d'utilité de l'intervention et niveau d'appréciation générale. Cette dimension s'évalue à l'aide de deux questionnaires différents. Tout d'abord, les participants répondent à la fin de chaque atelier, à un questionnaire de satisfaction en lien avec le contenu de l'atelier et l'animation de celui-ci (Appendice D). Plus spécifiquement, il y a cinq questions sur une échelle à cinq niveaux allant de « pas du tout » à « parfaitement ». Ces questions abordent la pertinence du contenu des deux volets de chacun des ateliers, si l'animatrice suscite l'intérêt et rend les concepts faciles à comprendre et sur l'appréciation générale de l'atelier. Les répondants peuvent inscrire leurs commentaires et suggestions. Puis, il s'agit sensiblement du même principe à la fin du programme, c'est-à-dire qu'un autre questionnaire sur le niveau de satisfaction des participants par rapport à l'ensemble du programme se complète à la fin du dernier atelier (Appendice E). Plus spécifiquement, le questionnaire demande aux participants s'ils croient avoir appris de nouvelles choses, s'ils ont l'impression d'avoir cheminé depuis le début du programme, si leur participation peut être utile ultérieurement, s'ils le recommandent à une autre personne et s'ils préfèrent le suivre en groupe plutôt qu'individuellement. Puis, il aborde l'appréciation des sujets à propos du journal de bord en dehors des ateliers, des lectures et des exercices complémentaires. Enfin, les participants peuvent y inscrire leurs commentaires et suggestions.

Débordement. Avant l'implantation du programme, une consultation des dossiers des sujets se fait afin d'évaluer le débordement, c'est-à-dire connaître les interventions reçues à l'organisme communautaire, Le Contrevent, durant la dernière année, soit le nombre de rencontres avec un intervenant au bureau, par téléphone et par courriel électronique. De plus, les dossiers indiquent les formations et activités auxquelles les membres ont participé dans la dernière année à l'organisme. Enfin, les participants complètent un questionnaire (Appendice F) au début du programme afin de savoir, si ceux-ci ont, antérieurement, eu un suivi soit au privé ou avec le réseau public de la santé ou encore s'ils ont fréquenté un organisme communautaire autre que Le Contrevent. De plus, ce questionnaire recueille les caractéristiques individuelles des participants, soit leur genre, leur tranche d'âge, la problématique de santé mentale de leur proche, leur lien par rapport à celui-ci, le nombre d'années qu'il l'accompagne, le nombre d'années qu'il consulte au Contrevent et s'il habite avec leur proche atteint d'un trouble majeur de santé mentale.

Tableau 14

Évaluation de la mise en œuvre

Composantes	Instruments de mesure (sources d'évaluation)	Variables dérivées	Temps de mesure ¹
Conformité	Journal de bord (animatrice)	Respect de la structure des activités de chacune des parties des ateliers	T2, T3, T4, T5, T6
Exposition	Journal de bord (animatrice)	Durée des différentes activités de chacune des parties des ateliers	T2, T3, T4, T5, T6
		Réalisation des exercices complémentaires	T3, T4, T5, T6
		Nombre d'ateliers auquel chaque participant assiste	T2, T3, T4, T5, T6
Qualité de la participation	Journal de bord (animatrice)	Raisons des absences	Au besoin
		Interactions des sujets avec l'animatrice à chaque partie des ateliers	T2, T3, T4, T5, T6
Perception d'utilité de l'intervention et appréciation	Questionnaires aux participants	Échanges entre les participants à chacune des parties des ateliers	T2, T3, T4, T5, T6
		Perception d'utilité et satisfaction de chaque partie de chaque atelier	T2, T3, T4, T5, T6
Débordement et caractéristiques des participants	Questionnaire aux participants	Niveau de satisfaction des participants par rapport au programme	T7
	Questionnaire aux participants	Caractéristiques individuelles des participants	T1
	Consultation de dossiers et intervenantes du milieu	Autres services reçus avant et durant l'intervention à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisme Le Contrevent dans la dernière année	T1

Note : ¹ Pré-Test : T1 ; Implantation de l'intervention : T2-T6 ; Post-Test : T7

Évaluation des effets

Protocole d'évaluation privilégié

Les effets du programme se documentent grâce à un devis de recherche quasi-expérimental de type pré-test et post-test avec groupe témoin non-équivalent. Le groupe d'intervention se constitue de 30 participants et le groupe témoin d'un minimum de 30 autres répondants. L'ensemble des construits se mesure à deux reprises, soit avant et après l'implantation du programme. Les questionnaires bâtis en ligne doivent se remplir avant le début du premier atelier du programme d'intervention par l'ensemble des sujets du groupe expérimental et du groupe témoin grâce à l'envoi de courriels électroniques aux membres de l'organisme. L'implantation du programme d'intervention s'échelonne durant dix semaines entre les mois de septembre et décembre 2017. Puis, les participants du groupe expérimental et les répondants du groupe contrôle répondent à nouveau aux questionnaires d'évaluation à la fin du programme. Bref, ce protocole privilégié s'avère plus rigoureux qu'un protocole à cas unique et tient compte que le milieu offre la possibilité d'avoir un groupe contrôle suffisamment grand avec lequel comparer les résultats. Toutefois, ne pouvant pas assurer une distribution aléatoire des participants, il n'est pas possible de recourir à un devis expérimental.

Construits évalués

Afin d'évaluer les effets de l'intervention, plusieurs construits sont pris en compte. En effet, six objectifs ayant pour but de prévenir les conséquences liées à la fatigue de compassion chez les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale, font l'objet d'une prise de mesure pré-test et post-test. Tout d'abord, les composantes liées à la fatigue de compassion à l'épuisement et au sentiment de satisfaction de compassion font l'objet des deux prises de mesure. De plus, il y a l'évaluation de la diminution du stress compassionnel. Puis, l'évaluation de l'augmentation du sentiment de contrôle, de l'estime de soi et de l'affirmation de soi. Le tableau 15 présente les construits retenus et détaillés pour l'évaluation des effets du programme d'intervention.

Outils et procédures

Fatigue, épuisement et satisfaction de compassion. L'utilisation du questionnaire *Compassion Fatigue Self Test for Helpers* (Figley et Stamm, 1996) permet d'évaluer les symptômes liés à la fatigue de compassion, à l'épuisement professionnel et au sentiment de satisfaction de compassion. Trois dimensions constituent l'outil de mesure, soit la fatigue de compassion ayant 23 items, l'épuisement ayant 16 items et la satisfaction de compassion ayant 26 items pour un total de 66 affirmations ayant cinq choix de réponse sur une échelle de mesure s'échelonnant de « 1 -Jamais » à « 5-Très souvent ». Quelques

études sur cet outil démontrent que sa fidélité et sa validité sont suffisamment élevées pour l'employer (Figley, 1995, 2002 ; Jenkins et Baird, 2002). Le risque peut se calculer en cinq niveaux, soit extrêmement faible (26 et moins), faible (27 à 30), modéré (31 à 35), élevé (36 à 40) et extrêmement élevé (41 et plus). Le coefficient de Cronbach de l'instrument de mesure est satisfaisant, soit de 0,84 pour la mesure de fatigue de compassion et 0,86 pour la satisfaction de compassion (Figley et Stamm, 1996). Parmi l'ensemble des instruments mesurant la fatigue et la satisfaction de compassion, le choix de cet instrument se justifie par sa meilleure adaptation possible pour la clientèle des membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale. Considérant que les construits s'adressent habituellement aux travailleurs professionnels, l'utilisation du questionnaire nécessite une traduction et une adaptation en fonction du contexte du projet (Appendice G). La dimension de l'« épuisement professionnel » change pour « épuisement » seulement afin de modifier le contexte professionnel à l'accompagnement d'un proche ayant un trouble majeur de santé mentale, conservant alors 16 items. Concernant la dimension « satisfaction de compassion », 22 items sur 26 se retrouvent dans la version du questionnaire traduit et adapté, considérant l'élimination de trois items concernant les collègues de travail et un item concernant la procédure du travail. De plus, dans la version du questionnaire traduit et adapté, les items présents s'adaptent au contexte de l'accompagnement d'un proche ayant un trouble majeur de santé mentale plutôt qu'au contexte professionnel. Il s'agit de la même procédure pour la dimension « fatigue de compassion » où seulement 13 items sur 23 se retrouvent dans la nouvelle version du questionnaire, puisque dix items font référence aux expériences traumatiques ne s'appliquant pas nécessairement à la clientèle visée par le programme. En somme, 51 items permettent d'évaluer la fatigue de compassion, l'épuisement et la satisfaction de compassion chez les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale.

Stress compassionnel. L'utilisation du questionnaire *Index of Clinical Stress* (Abell, 1991) permet de mesurer le stress subjectif ressenti individuellement par les différents sujets. Celui-ci comprend 25 énoncés à répondre selon une échelle de « 1 - Jamais » à « 7 - Tout le temps ». L'auteur de l'instrument de mesure indique une excellente fiabilité et validité ainsi qu'une bonne preuve préliminaire de la validité de construit. L'appendice H présente l'adaptation et la traduction française de l'instrument de mesure. Ainsi, l'ensemble des 25 items du questionnaire vise à connaître le niveau de stress subjectif ressenti en lien avec l'accompagnement du proche ayant un trouble majeur de santé mentale.

Sentiment de contrôle. L'utilisation du questionnaire *Perceived Stress Scale* (Cohen et Williamson, 1988) permet de mesurer le sentiment de contrôle. Il s'agit d'un instrument comportant dix

questions sur une échelle de « 0 – Jamais » à « 4 – Très souvent » en lien avec le sentiment de contrôle face à un stress perçu. Concernant les propriétés psychométriques de l'instrument, l'alpha de Cronbach se situe entre 0,73 et 0,88 et pour le test-retest, entre 0,73 et 0,90 (Loubir et al., 2015). L'appendice I présente une traduction libre du questionnaire et une adaptation au contexte du projet, soit l'accompagnement d'un proche ayant un trouble majeur de santé mentale. Par exemple, « À quelle fréquence avez-vous été contrarié à cause de quelque chose qui s'est passé de façon inattendue en lien avec l'accompagnement de votre proche ? ».

Estime de soi. L'utilisation du questionnaire de l'*Échelle d'estime de soi de Rosenberg* (Rosenberg, 1965) permet de mesurer l'estime de soi. Les participants doivent remplir le questionnaire de dix items en répondant aux énoncés sur une échelle de « 1 - Tout à fait en désaccord » à « 4 – Tout à fait en accord ». Plusieurs recherches évaluent les caractéristiques psychométriques de l'instrument (Vallières et Vallerand, 1990 ; Schmitt et Allik, 2005 ; Gana, Alaphilippe et Bailly, 2005). Les différentes études identifient l'Alpha de Cronbach entre 0,70 et 0,90 et le *r*-test-retest à 0,84. Dans le cadre du projet, le questionnaire (Appendice J) s'adapte à la clientèle, c'est-à-dire mesurer le niveau d'estime de soi des sujets seulement en lien avec leur rôle d'accompagnateur d'un proche ayant un trouble majeur de santé mentale.

Affirmation de soi. Enfin, l'utilisation du questionnaire de l'*Échelle d'affirmation de soi* (Rathus, 1973) permet de mesurer le niveau d'affirmation de soi. Les participants répondent sur une échelle allant de « 0 - Vraiment non caractéristique, très peu descriptif de moi » à « 5 - Très caractéristique, parfaitement descriptif de moi » à 30 situations de la vie courante. Une étude démontre que la consistance interne est bonne (0,82) et la stabilité test-retest indique un résultat de 0,88. Dans le cadre du projet, le questionnaire (Appendice K) s'adapte afin de mesurer la capacité des membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale à s'affirmer dans le contexte d'accompagnement de leur proche atteint. Ainsi, 25 items sur 30 demeurent, mais se modifient en lien avec le contexte du projet. Par exemple, « Il semble que la plupart des gens s'affirment plus que moi dans leur rôle d'accompagnateur. », « Pour être franc, mon proche ayant une problématique de santé mentale abuse souvent de moi. » ou encore, « J'ai de la difficulté à instaurer mes limites auprès de mon proche. ».

Tableau 15
Évaluation des effets

Objectifs et construits	Instruments de mesure (Sources d'évaluation)	Variables dérivées (Nombre d'items)	Temps de mesure ¹	Nature des mesures	Caractéristiques psychométriques	Cibles de l'évaluation
Prévenir l'apparition de symptômes liés à la fatigue de compassion	Adaptation du <i>Compassion Satisfaction/Fatigue Self-Test for Helpers</i> (Figley et Stamm, 1996) (Mesure auto-rapportée)	Fatigue de compassion (13) Épuisement (16)	T1, T7 T1, T7	0 – Jamais à 5 – Vraiment souvent	Alpha de Cronbach Fatigue de compassion/ Épuisement : 0,84	Tous les sujets
Augmenter le sentiment de satisfaction de compassion		Satisfaction de compassion (22)	T1, T7	0 – Jamais à 5 – Vraiment souvent	Alpha de Cronbach Satisfaction de compassion : 0,86	Tous les sujets
Diminuer le stress compassionnel	Adaptation de l' <i>Index of Clinical Stress</i> (Abell, 1991) (Mesure auto-rapportée)	Stress individuel subjectif (25)	T1, T7	1 – Jamais à 7 – Tout le temps	Excellente fiabilité et validité factorielle Bonne preuve préliminaire de la validité de construit	Tous les sujets
Augmenter le sentiment de contrôle	Adaptation du <i>Perceived Stress Scale</i> (Cohen et Williamson, 1988) (Mesure auto-rapportée)	Perception du stress/Sentiment de contrôle (10)	T1, T7	0 – Jamais à 4 – Très souvent	Alpha de Cronbach Entre 0,73 et 0,88 Test-retest Entre 0,73 et 0,90	Tous les sujets

Note : ¹ Pré-Test : T1 ; Implantation de l'intervention : T2-T6 ; Post-Test : T7

Tableau 15

Évaluation des effets (Suite)

Objectifs et construits	Instruments de mesure (Sources d'évaluation)	Variables dérivées (Nombre d'items)	Temps de mesure ¹	Nature des mesures	Caractéristiques psychométriques	Cibles de l'évaluation
Augmenter l'estime de soi	Adaptation de <i>l'Échelle d'estime de soi de Rosenberg</i> (Rosenberg, 1965) (Mesure auto-rapportée)	Estime de soi (10)	T1, T7	1 - Tout à fait en désaccord à 4 - Tout à fait en accord	Alpha de Cronbach : Entre 0,70 et 0,90 selon les études <i>r</i> -test-retest : 0,84	Tous les sujets
Augmenter l'affirmation de soi	Adaptation de <i>l'Échelle d'affirmation de soi</i> (Rathus, 1973) (Mesure auto-rapportée)	Capacité de s'affirmer (25)	T1, T7	0 - Vraiment non caractéristique de moi à 5 - Très caractéristique de moi	Consistance interne : Coefficient alpha (KR-21) : 0,82 <i>r</i> -test-retest : 0,88	Tous les sujets

Note : ¹ Pré-Test : T1 ; Implantation de l'intervention : T2-T6 ; Post-Test : T7

Résultats

Évaluation de la mise en œuvre

Analyse des composantes de l'implantation et comparaison entre le prévu et vécu

Sujets caractéristiques et recrutement. Tel que convenu, la clientèle visée par le programme demeure les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale bénéficiant des services de l'organisme communautaire, Le Contrevent, situé dans la région de Chaudière-Appalaches. Les critères en lien avec la clientèle demeurent également les mêmes, tels que l'âge des participants, la problématique de leur proche et leur lien avec celui-ci. Le tableau 16 présente la distribution des participants selon le sexe, leur tranche d'âge, le trouble mental du proche, leur lien avec la personne atteinte, s'il habite avec celui-ci, le temps lié à l'accompagnement du proche, le temps lié à la fréquentation de l'organisme et les services reçus dans la dernière année selon les deux groupes d'intervention (A et B) et le groupe contrôle.

Les données recueillies indiquent qu'il y a majoritairement plus de femmes que d'hommes participant au programme d'intervention. Toutefois, la répartition des deux sexes semble être plus égale dans le groupe contrôle. Concernant l'âge des participants, il y en a peu ayant moins de 45 ans. La majorité des participants dans chacun des groupes ont 56 ans et plus. De plus, pour l'ensemble des trois groupes, la majorité des personnes atteintes d'un trouble majeur de santé mentale souffre d'un trouble de personnalité limite. Toutefois, dans le groupe contrôle, il y a répartition avec d'autres problématiques de santé mentale telles que la schizophrénie et le trouble bipolaire. D'ailleurs, dans le groupe contrôle, plusieurs répondants indiquent que leur proche souffre d'une autre problématique de santé mentale que celles proposées. Dans plusieurs cas, les autres troubles de santé mentale sont un autre trouble de personnalité, un trouble schizo-affectif ou une psychose. Il est à noter, que certains membres aient de la difficulté à identifier le diagnostic précis de leur proche considérant le manque d'information du dossier médical ou en raison de plusieurs diagnostics différents posés à leur proche au cours de leur vie. De façon fortement majoritaire, les membres participant à l'étude sont les parents de la personne atteinte d'un trouble majeur de santé mentale. Le temps lié à l'accompagnement du proche varie entre 0 et 30 ans, ce résultat est en concordance avec l'âge des sujets et le lien avec la personne atteinte. En effet, les participants sont majoritairement des parents de la personne atteinte d'un trouble majeur de santé mentale et la plupart des troubles mentaux se développent vers la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Pour la majorité des répondants des trois groupes, la personne atteinte n'habite pas avec eux. Toutefois, dans le groupe d'intervention A, il y a davantage de participants qui habitent avec son proche par rapport au groupe d'intervention B et du groupe contrôle. Dans les trois groupes, le temps lié à la consultation à l'organisme varie entre la dernière année et les dix dernières années. Enfin, concernant la consultation

des membres à l'extérieur de l'organisme dans la dernière année, soit lors d'un suivi au privé, un suivi dans le réseau public de la santé ou fréquentation d'un autre organisme communautaire, la majorité des participants aux deux groupes d'intervention mentionne avoir reçu d'autres services que l'organisme communautaire Le Contrevent, tandis que pour le groupe contrôle, ce fut le contraire. Toutefois, les résultats demeurent partagés.

Pour le recrutement, il était souhaitable que l'intervention aille lieu auprès de deux groupes équivalents de 15 participants, pour un total de 30 participants. En raison de la disponibilité des sujets, le premier groupe d'intervention (Groupe A) compte 17 participants et le deuxième groupe d'intervention (Groupe B) compte 13 participants, pour un total de 30 participants tel que souhaité. Concernant le groupe contrôle, en septembre 2017, 37 membres ne participant pas au programme complètent les questionnaires pré-test, soit au premier temps de mesure. En décembre 2017, seulement 31 des répondants remplissent à nouveau les questionnaires post-test, soit au deuxième temps de mesure. L'objectif demeurant qu'au moins 30 membres ne participant pas au programme remplissent les questionnaires aux deux temps de mesure. Puis, le déroulement du recrutement s'est fait tel que prévu, c'est-à-dire que le recrutement des membres s'est fait de façon volontaire via publicité et invitation par courriel électronique. En effet, le 6 septembre 2017, 175 courriels électroniques ont été envoyés à 205 membres du Contrevent. Prendre note que les invitations n'ont pas été envoyées aux membres n'ayant pas d'adresse courriel considérant le coût lié aux frais postaux. De plus, les questionnaires ont été remis par les intervenants à six autres clients dans la période du 11 au 22 septembre 2017 qui venait consulter pour une première fois. Puis, deux autres questionnaires ont été donnés en main propre à des membres n'ayant pas de courriel électronique, mais qui s'est présenté à l'organisme. Quelques rappels, via courriels électroniques, ont été nécessaires afin d'obtenir l'ensemble des réponses visées, particulièrement lors du deuxième temps de mesure en décembre.

Enfin, les participants des groupes d'intervention sont des membres étant disponibles et intéressés à suivre le programme. La répartition des participants dans les deux groupes d'intervention s'est faite en fonction de leurs disponibilités, soit le mardi ou le mercredi soir. Le groupe contrôle s'est formé par des membres du Contrevent ayant voulu répondre aux questionnaires, de façon volontaire, afin de contribuer à cette étude. Certains d'entre eux ont manifesté leur intérêt à suivre le programme, mais n'étaient pas disponibles pour les dates fixées.

Tableau 16

Distribution des sujets selon leurs caractéristiques personnelles (N = 61)

	Groupe intervention A		Groupe intervention B		Groupe contrôle	
	n	%	n	%	n	%
Sexe						
Féminin	15	88,24 %	10	76,92 %	18	58,06 %
Masculin	2	11,76 %	3	23,08 %	13	41,94 %
Tranche d'âge						
18 et 25 ans	1	5,88 %	0	0,00 %	0	0,00 %
26 à 35 ans	1	5,88 %	0	0,00 %	2	6,45 %
36 à 45 ans	0	0,00 %	2	15,38 %	1	3,23 %
46 à 55 ans	3	17,65 %	1	7,69 %	8	25,81 %
56 à 65 ans	8	47,06 %	5	38,46 %	10	32,26 %
66 ans et plus	4	23,53 %	5	38,46 %	10	32,26 %
Trouble mental du proche						
Dépression	0	0,00 %	0	0,00 %	3	9,68 %
Trouble bipolaire	2	11,76 %	1	7,69 %	6	19,35 %
Schizophrénie	3	17,65 %	1	7,69 %	7	22,58 %
Trouble de personnalité	7	41,18 %	6	46,15 %	8	25,81 %
T.O.C.	1	5,88 %	4	30,77 %	0	0,00 %
Inconnu	3	17,65 %	0	0,00 %	0	0,00 %
Autre	1	5,88 %	1	7,69 %	7	22,58 %
Lien avec la personne atteinte						
Son parent	14	82,36 %	12	92,31 %	23	74,19 %
Son grand-parent	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
Son enfant	0	0,00 %	0	0,00 %	1	3,23 %
Son frère/sa sœur	1	5,88 %	0	0,00 %	3	9,68 %
Son conjoint/sa conjointe	2	11,76 %	1	7,69 %	2	6,45 %
Son ami(e)	0	0,00 %	0	0,00 %	1	3,23 %
Autre	0	0,00 %	0	0,00 %	1	3,23 %
Accompagnement du proche						
0 à 5 ans	7	41,18 %	1	7,69 %	4	12,90 %
6 à 10 ans	0	0,00 %	1	7,69 %	7	22,58 %
11 à 20 ans	7	41,18 %	2	15,38 %	8	25,81 %
21 à 30 ans	1	5,88 %	7	53,85 %	9	29,03 %
31 ans et plus	2	11,76 %	2	15,38 %	3	9,68 %
Habite avec personne atteinte						
Oui	7	41,18 %	1	7,69 %	3	9,68 %
Non	10	58,82 %	12	92,31 %	28	90,32 %
Consultation à l'organisme						
La dernière année	2	11,76 %	4	30,77 %	10	32,26 %
1-2 ans	8	47,06 %	1	7,69 %	1	3,23 %
3-4 ans	3	17,65 %	2	15,38 %	4	12,90 %
5-9 ans	1	5,88 %	2	15,38 %	8	25,81 %
10 ans et plus	3	17,65 %	4	30,77 %	8	25,81 %
Services reçus (dernière année)						
Oui	9	52,94 %	8	61,54 %	13	41,94 %
Non	8	47,06 %	5	38,46 %	18	58,06 %

But et objectifs. Le but et l'ensemble des objectifs sont demeurés les mêmes que ceux prévus dans la planification du programme d'intervention. En effet, l'objectif général étant de prévenir l'apparition de symptômes liés à la fatigue de compassion en diminuant le stress compassionnel, en augmentant le sentiment de satisfaction et en améliorant le sentiment de contrôle, d'estime de soi et la capacité d'affirmation des membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale. Les participants du programme d'intervention ont exprimé dans leurs commentaires, que l'ensemble des objectifs visés correspondait adéquatement à leurs besoins et qu'ils étaient très bien ciblés à leurs situations. D'ailleurs, il s'agit d'un point fort dans la planification du programme d'intervention.

Animatrice. Il n'y a eu aucun changement concernant cette composante. D'ailleurs, l'animatrice a grandement apprécié sa participation à la formation d'une journée sur le programme d'intervention sur le stress destiné aux adolescents, soit *DéStresse et Progresse* (Lupien et al., 2011) en avril 2017 et à celle sur la fatigue de compassion et le trauma vicariant par Pascale Brillon, Fondatrice-directrice, psychologue spécialisée à l'Institut Alpha, en mai 2017. Ces formations lui ont permis d'acquérir des connaissances supplémentaires et pertinentes pour l'implantation du programme ainsi que pour les interventions auprès de la clientèle. Quant aux autres partenaires, soit les autres intervenants de l'organisme impliqués auprès des participants, il y avait seulement une autre intervenante outre que l'animatrice dans le milieu. Celle-ci a pris connaissance du programme et de son contenu afin d'assurer la cohérence de ces interventions ponctuelles auprès de certains participants et maximiser le transfert et la généralisation des acquis.

Programme, contenu et conformité. Tel que planifié, cinq ateliers comprenant deux parties distinctes ont été présentés à deux groupes d'intervention. La première partie portant sur le stress s'inspire du programme *DéStresse et Progresse* (Lupien et al., 2011), mais s'adapte à la clientèle du milieu. La deuxième partie aborde différentes thématiques liées aux difficultés d'adaptation pouvant être vécues par les membres de l'entourage, s'inspirant du programme *Alliance* (La lueur de l'espoir du Bas-Saint-Laurent Inc., s.d.), créé par un organisme dans la région ayant la même mission que Le Contrevent. Chaque atelier a été structuré tel que convenu, soit par l'accueil, le contenu de la première partie, une courte pause et le contenu de la seconde partie. Chaque partie de l'atelier contenait une activité d'introduction, une partie théorique, une activité d'apprentissage et une conclusion.

Par contre, le temps accordé à chaque étape n'a pas toujours respecté. Le tableau 17 démontre la répartition du temps, pour chacune des étapes, durant le deuxième et quatrième atelier pour chaque

groupe. Le temps prévu a été respecté pour le premier atelier et le troisième atelier, dans les deux groupes d'intervention.

Ce n'a pas été le cas pour le deuxième atelier où il y a eu des débordements dans les deux groupes. Dans le groupe A, le temps prévu a été dépassé lors de l'activité d'introduction et de la théorie dans la première partie sur le stress en plus de l'activité d'introduction de la deuxième partie sur le thème « Communiquer et mettre ses limites ». D'ailleurs, l'exercice d'intégration de la deuxième partie de l'atelier n'a pas eu lieu. Pour le groupe B, le temps prévu lors de la première partie de l'atelier a été respecté. Toutefois, il y a eu des débordements lors de l'activité d'introduction et la partie théorique de la deuxième partie. Comme pour le groupe A, l'exercice d'intégration n'a pas eu lieu. Puisque cette étape n'a pas été présentée, l'animatrice a proposé aux participants de le compléter à l'extérieur et de faire un retour lors de l'atelier suivant. Les participants ont indiqué, lors des commentaires, que cet atelier était trop chargé en contenu.

Lors du quatrième atelier, il y a eu quelques débordements dans le groupe A, lors de l'activité d'introduction et l'exercice d'intégration dans la première partie sur le stress. Lors de la deuxième partie, sur le thème « Développer des attentes réalistes », le temps prévu pour l'activité d'introduction et la partie théorique a été dépassé et l'exercice d'intégration n'a pu être fait. Comme au deuxième atelier, l'animatrice a proposé de le compléter à l'extérieur et d'y revenir à l'atelier suivant. De plus, puisque les exercices du journal de bord, en première partie, n'ont pas pu être présentés, ils ont été rapidement présentés avec ceux de la deuxième partie à la fin de l'atelier. Pour le deuxième groupe, l'ensemble de l'atelier s'est déroulé comme prévu.

Enfin, pour le cinquième atelier, les données n'ont pas été recueillies en raison de la trop grande charge de l'atelier par l'animatrice. En somme, l'ensemble des thèmes prévus ont été abordés et les activités ont été proposées. Malgré quelques distinctions concernant le temps prévu et observé à certaines étapes, cela ne semble pas avoir eu d'impact majeur dans l'implantation du programme d'intervention.

Tableau 17

Minutes d'exposition des activités des ateliers du programme selon les groupes A et B (n = 30)

Atelier	Partie	Activités	Temps prévu	Temps observé (Groupe A)	Temps observé (Groupe B)
2	1	Introduction	10 min	15 min	10 min
		Théorie	15 min	20 min	15 min
		Exercice	15 min	15 min	15 min
		Conclusion	05 min	05 min	05 min
	2	Introduction	10 min	15 min	15 min
		Théorie	15 min	15 min	25 min
		Exercice	15 min	00 min	00 min
		Conclusion	05 min	05 min	05 min
4	1	Introduction	10 min	15 min	10 min
		Théorie	15 min	15 min	15 min
		Exercice	15 min	25 min	15 min
		Conclusion	05 min	00 min	05 min
	2	Introduction	10 min	15 min	10 min
		Théorie	15 min	20 min	15 min
		Exercice	15 min	00 min	15 min
		Conclusion	05 min	05 min	05 min

Contexte spatial. Tel que convenu, le programme d'intervention de groupe a eu lieu dans les locaux de l'organisme communautaire Le Contrevent à Lévis, dans la région de Chaudière-Appalaches. La clientèle est habituée de suivre des ateliers dans cet environnement où les échanges de groupe sont favorables. Les participants sont assis autour d'une grande table, en cercle, à la vue de l'animatrice, qui est installée devant le groupe. Enfin, un ordinateur et rétroprojecteur étaient installés dans la salle.

Contexte temporel, dosage de l'intervention et exposition. Comme convenu, les instruments d'évaluation des sujets étaient recueillis par courriels électroniques avant le premier atelier. Ces mêmes questionnaires étaient à nouveau recueillis suite à la dernière rencontre pour évaluer les changements s'il y a lieu. En somme, les participants des deux groupes d'intervention ont été rencontrés par l'animatrice à cinq reprises, aux deux semaines, entre le mois de septembre et le mois de décembre 2017, durant 150 minutes, soit deux heures et demie.

Les participants n'ont pas tous été présents à l'ensemble des cinq ateliers. Les résultats indiquent que 20 participants sur 30 ont participé à l'ensemble des cinq ateliers, cinq personnes ont été présentes à quatre ateliers, trois membres ont participé à trois ateliers et deux sujets ont participé à seulement deux ateliers. Les raisons des absences aux ateliers n'ont pas toutes été recensées. Sur 17 absences par dix participants différents, 11 de ces absences ont été signalées à l'avance. Les raisons d'absence aux ateliers du programme d'intervention évoquée par les membres sont majoritairement la maladie, l'épuisement, l'anxiété et la dépression (37 %). Puis, dans (19 %) des cas, la raison demeure inconnue ou le participant avait un empêchement (19 %). Dans (13 %) des cas, lorsqu'un participant s'absentait, son ou sa conjoint(e) s'absentait également. En effet, il y avait six couples participants au programme, soit trois dans chaque groupe d'intervention. Dans (12 %) des cas, les participants se sont absentés puisque la personne de leur entourage atteinte d'un trouble majeur de santé mentale était malade. Prendre note que la plupart du temps, lorsqu'un même participant s'absentait à plus d'un atelier, la même raison était évoquée par la suite. Une participante semble avoir abandonné le programme puisqu'elle fut présente seulement au premier et troisième atelier et qu'aucune justification n'a été donnée à ses absences au quatrième et cinquième atelier. Lorsqu'un participant ne pouvait pas se présenter à l'atelier de son groupe, il avait l'opportunité de reprendre l'atelier dans l'autre groupe. Au total, trois participants différents ont repris l'atelier dans l'autre groupe. Parmi eux, deux participants formant un couple l'ont fait à deux reprises, soit au deuxième et cinquième atelier du programme d'intervention.

La figure 2 illustre la répartition des sujets dans chacun des ateliers et des groupes d'intervention A et B, incluant ceux qui ont été repris. Les résultats démontrent une certaine stabilité dans la participation des ateliers. Toutefois, lors du cinquième atelier, la participation est moins élevée par rapport aux quatre autres ateliers. Enfin, le groupe A est toujours plus volumineux que le groupe B en lien avec le nombre de participants rendant, parfois, la gestion des échanges difficiles.

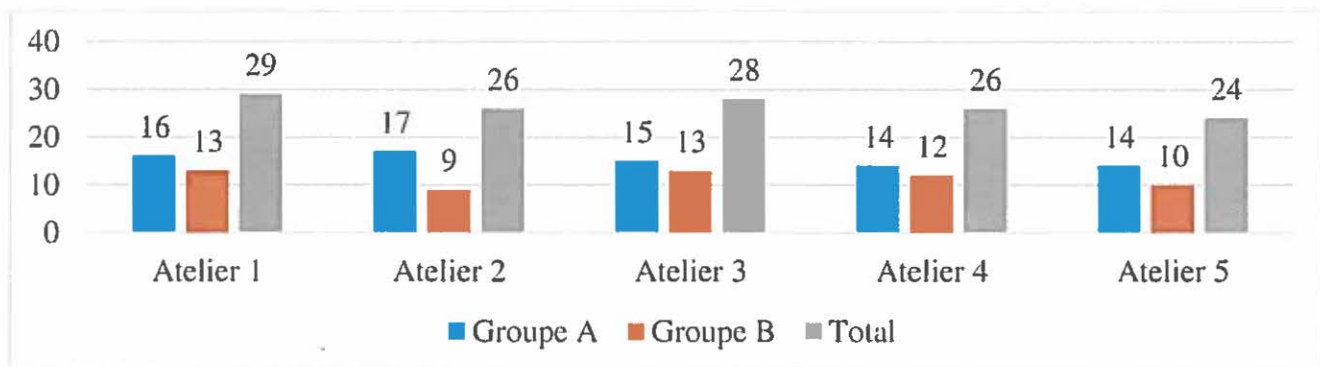


Figure 2. Répartition des participants dans chacun des ateliers et des groupes A et B.

Concernant la réalisation des exercices du journal de bord, entre chaque atelier, les participants devaient remplir une feuille recto-verso contenant des exercices en fonction des notions vues durant les ateliers. Les résultats indiquent, s'ils n'ont aucunement rempli l'exercice, partiellement ou complété entièrement l'exercice. Les résultats sont recueillis à l'oral en fonction des propos des participants, en leur demandant de faire preuve d'honnêteté. Les principales raisons évoquées lorsque les exercices n'étaient pas complétés ou partiellement sont le manque de temps, le manque d'inspiration, l'oubli, le manque d'intérêt ou la difficulté à les faire. Dans certains cas, certaines personnes ont mentionné qu'ils n'avaient pas la capacité de les faire, par exemple s'ils n'ont vécu aucune situation stressante ou encore s'ils n'ont plus de contact avec leur proche atteint d'un trouble mental. En effet, certains participants n'ont plus de contact avec leur proche, mais vivent tout de même des difficultés d'adaptation en lien comme des inquiétudes, du stress, etc. Les figures 3 et 4 représentent la réalisation des exercices du journal de bord dans les groupes A et B lors de chacun des ateliers. Ainsi, les résultats démontrent une plus grande implication des membres du groupe B dans la réalisation des exercices de leur journal de bord.

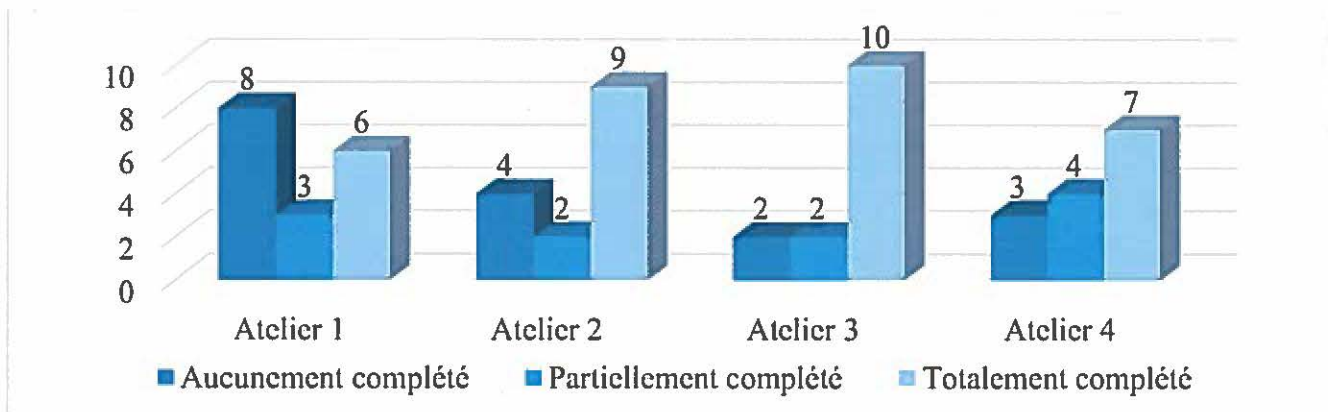


Figure 3. Réalisation des exercices des journaux de bord du groupe A.

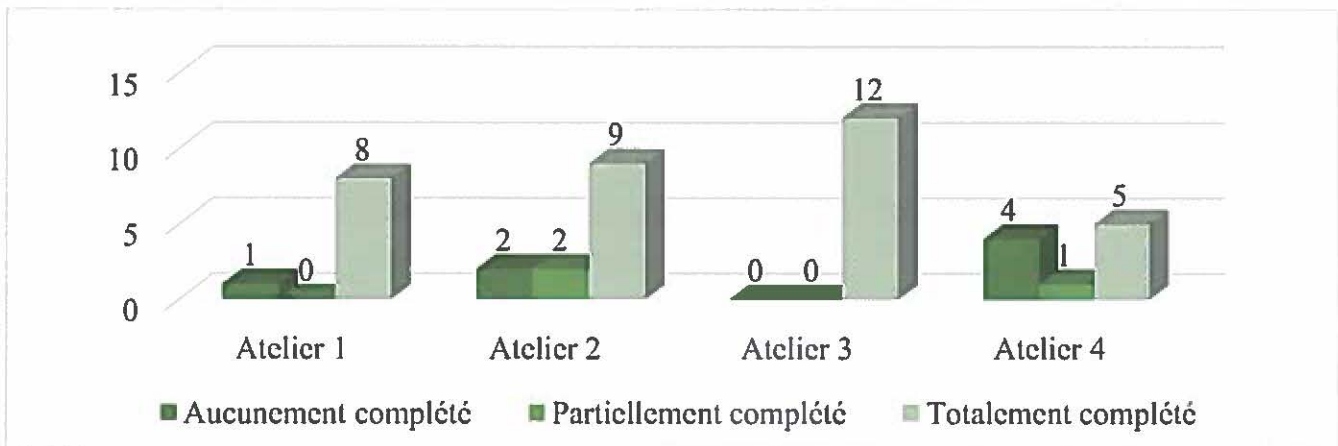


Figure 4. Réalisation des exercices des journaux de bord du groupe B.

Stratégies de gestion des apprentissages (moyens de mise en relation). Tel que convenu, les apprentissages soit les parties théoriques ont été présentées par le biais de présentations didactiques lors de chacune des deux parties, à chaque atelier. De plus, le renforcement positif demeure un élément clé dans la participation active des sujets, particulièrement lorsque des changements et des impacts positifs vécus ont été soulignés lors de la mise en application des apprentissages dans l'environnement des participants. En effet, cette forme de renforcement semble être motivante pour inciter les membres à compléter les exercices proposés dans leur journal de bord. Puis, il a été positif d'amener les participants à relever leurs propres forces, leurs propres capacités et les changements observés.

Stratégies de gestion des comportements. Tel que prédit, il y a eu peu de gestion des comportements à faire. Les seules interventions effectuées en ce sens ont été de gérer les débordements lorsque les participants parlaient trop entre eux ou s'éloignaient du sujet. Une simple intervention verbale était suffisante pour ramener le groupe à l'ordre. Puis, l'engagement et l'investissement des sujets au programme d'intervention ont été reflétés à quelques reprises afin de susciter leur participation active à leur plein potentiel.

Code et procédures. Tel que convenu, un code et des procédures ont été préalablement déterminés, c'est-à-dire de respecter chacun des participants, de respecter la confidentialité des propos et privilégier le partage lors des échanges, si possible. Il est arrivé à quelques reprises que l'animatrice ramène les sujets au besoin pour se recentrer sur le contenu des ateliers. De plus, puisque la présence était attendue à chacune des rencontres, il était demandé de signaler à l'avance son absence ou son retard à l'animatrice. Il y a eu un rappel du code et procédure au début de chacun des ateliers et celui-ci a été respecté la plupart du temps par l'ensemble des participants du programme d'intervention. Le seul bémol observé concerne les absences et retards qui n'ont pas toujours avisé.

Système de responsabilités. L'ensemble des participants semblait bien connaître le sujet et les objectifs du programme puisque l'animatrice les a présentés clairement, à plusieurs reprises, durant le programme. Les sujets manquant des ateliers devaient, idéalement, reprendre le contenu du programme individuellement. Toutefois, pour des raisons liées principalement à la disponibilité des participants, ces derniers ont refusé de reprendre le contenu manqué lors d'une séance individuelle. Cependant, les documents liés à l'atelier leur ont été acheminés. Tel que mentionné plus haut, trois sujets différents ont repris l'atelier dans l'autre groupe d'intervention, soit à cinq reprises au total. Tous les participants ont répondu à l'ensemble des questionnaires correctement et au bon moment. Concernant l'animatrice, celle-

ci a préparé l'ensemble du matériel pour chacun des ateliers, fait l'évaluation post-situationnelle de chacune des séances tout en faisant les ajustements nécessaires. De plus, celle-ci a fait preuve de disponibilité en accompagnant les participants à travers leur propre cheminement.

Stratégies de transfert de la généralisation. Tel que planifié, les participants ont complété, pour la plupart, les exercices d'intégration dans leur journal de bord. Les retours effectués lors de l'atelier suivant ont permis de démontrer les capacités des participants à généraliser et consolider les acquis, particulièrement en ce qui concerne la partie sur le stress. Peu de sujets ont rencontré leur intervenant en suivi individuel durant la durée du programme. Toutefois, lorsque des rencontres ont eu lieu, les interventions ont été adaptées et dans le même sens que le programme d'intervention.

Système de reconnaissance. Le système de reconnaissance a été appliqué tel que planifié durant le programme d'intervention. En effet, l'animatrice a utilisé le renforcement verbal tout au long des ateliers. En plus d'un certificat de reconnaissance pour la participation et un mot personnalisé pour chaque participant, l'animatrice a apporté, à chacun des groupes, une boîte de chocolats à partager, lors du cinquième et dernier atelier. Ces attentions particulières semblent avoir été grandement appréciées par les participants.

Autres composantes.

Qualité de la participation. Concernant la participation active des participants à chaque partie des cinq ateliers, soit le stress (partie 1) et autre thème lié à l'accompagnement d'un proche ayant un trouble majeur de santé mentale (partie 2), il a été difficile de recueillir les données exactes, c'est-à-dire d'observer et d'évaluer directement l'ensemble des interactions. Toutefois, pour chacun des ateliers, il est possible de visualiser les résultats des interactions des sujets avec l'animatrice dans les figures 5 et 6. Les groupes A et B se distinguent sur une échelle à cinq niveaux allant de 0 à 4 (0 = Aucune interaction) (1 = 1 à 4 interactions) (2 = 5 à 9 interactions) (3 = 10 à 15 interactions) et (4 = plus de 16 interactions). Ainsi, le groupe A demeure stable, tant dans la première partie que la deuxième partie, tandis que les interactions avec l'animatrice varient davantage pour le groupe B. Puis, l'observation des échanges entre les participants pour chacune des parties des ateliers se présente sous le même format. En effet, les échanges entre les sujets s'observent par le nombre d'interactions que les participants ont entre eux. Les figures 7 et 8 démontrent une variation différente pour les deux groupes dans les deux parties de l'atelier. Cette distinction peut s'expliquer par le temps disponible pour les échanges et le nombre de participants dans chacun des groupes d'intervention.

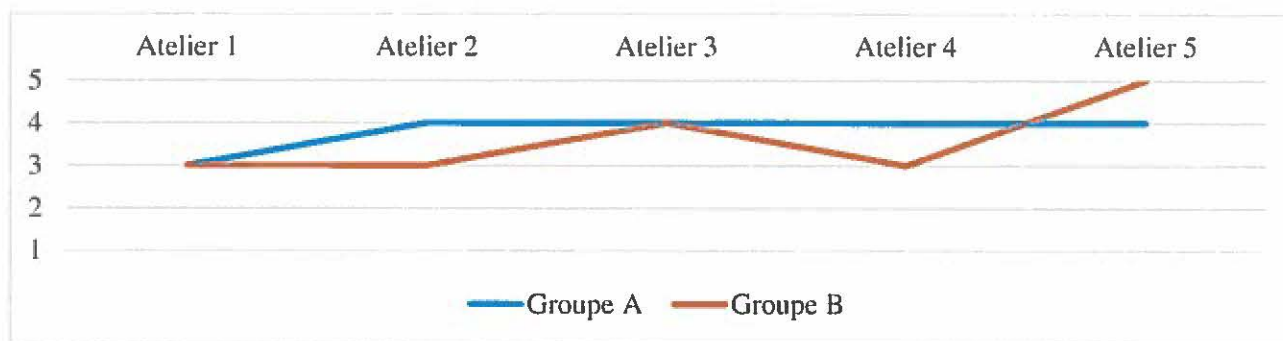


Figure 5. Interactions avec l'animatrice à première partie des ateliers.

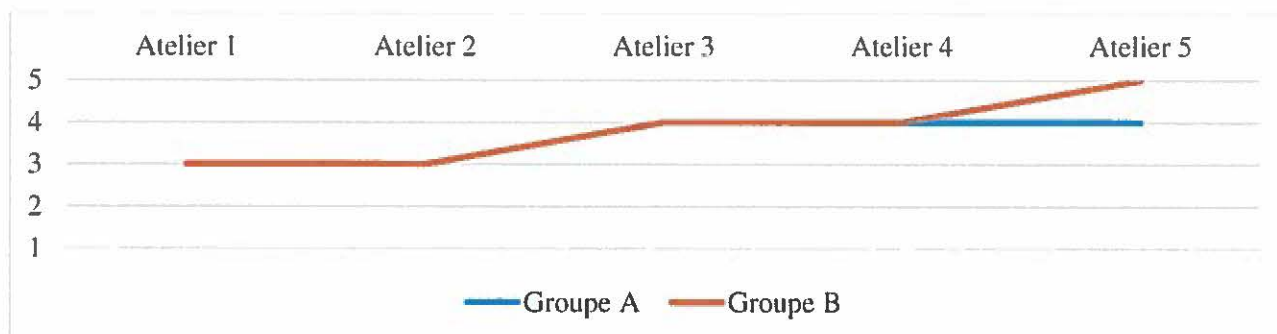


Figure 6. Interactions avec l'animatrice à la deuxième partie des ateliers.

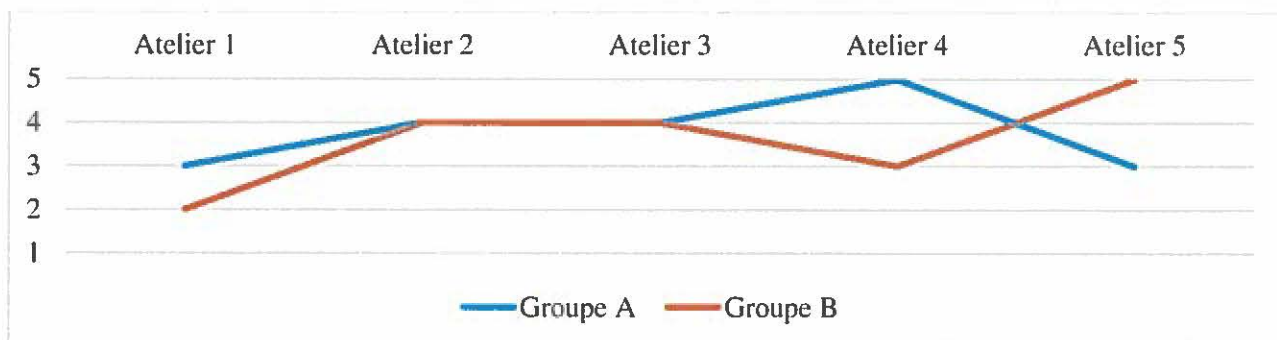


Figure 7. Échanges entre les participants pour la première partie des ateliers.

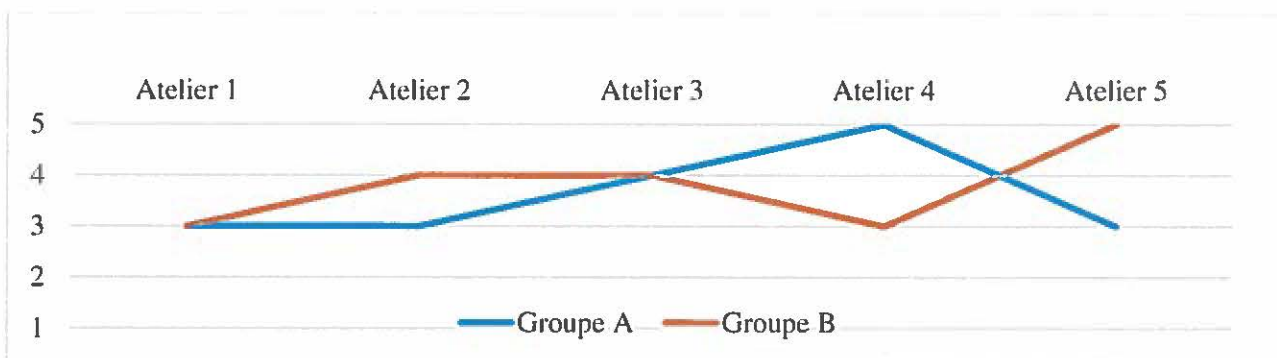


Figure 8. Échanges entre les participants pour la deuxième partie des ateliers.

Perception d'utilité de l'intervention et appréciation. D'une part, à chaque atelier, les participants étaient invités à remplir un questionnaire de cinq questions sur une échelle à cinq niveaux (1 = Pas du tout à 5 = Parfaitement) afin de connaître leur appréciation de l'atelier. Puisque les résultats sont similaires dans les deux groupes, les résultats ont été combinés. Ainsi, à chacune des questions, la moyenne se situe entre 4,26 et 4,62 qualifiant que le niveau de satisfaction est de « beaucoup ». Parmi les questions posées, des questions concernent la perception de l'utilité et de la pertinence du contenu pour chacune des deux parties de l'atelier. De plus, deux questions concernent l'animatrice, c'est-à-dire si elle suscite l'intérêt et rend les concepts faciles à comprendre. Enfin, les participants ont coté leur appréciation globale de chacun des ateliers. Le tableau 18 présente les moyennes et les écarts-types des mesures sur l'appréciation de chaque atelier du programme d'intervention.

Tableau 18

Moyennes et écarts-types des mesures sur l'appréciation des sujets pour chaque atelier (n = 30)

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>
Le contenu de la première partie fut pertinent et utile pour moi.	30	4,26	0,47
Atelier 1	29	4,07	0,59
Atelier 2	28	4,00	0,54
Atelier 3	28	4,54	0,58
Atelier 4	28	4,64	0,56
Atelier 5	28	4,36	0,62
Le contenu de la deuxième partie fut pertinent et utile pour moi.	31	4,29	0,39
Atelier 1	26	4,27	0,53
Atelier 2	26	4,19	0,63
Atelier 3	26	4,42	0,58
Atelier 4	26	4,35	0,63
Atelier 5	26	4,38	0,57
L'animatrice suscite notre intérêt durant l'atelier.	30	4,56	0,40
Atelier 1	28	4,25	0,65
Atelier 2	28	4,32	0,55
Atelier 3	28	4,57	0,57
Atelier 4	28	4,71	0,46
Atelier 5	28	4,46	0,51
L'animatrice rend des concepts faciles à comprendre.	30	4,62	0,41
Atelier 1	26	4,38	0,64
Atelier 2	27	4,52	0,51
Atelier 3	26	4,65	0,49
Atelier 4	26	4,78	0,43
Atelier 5	26	4,65	0,49
J'ai apprécié l'ensemble de l'atelier.	30	4,50	0,42
Atelier 1	24	4,46	0,51
Atelier 2	24	4,54	0,51
Atelier 3	24	4,67	0,48
Atelier 4	24	4,54	0,51
Atelier 5	24	4,63	0,49

D'autre part, à la fin du programme, les participants ont été invités à remplir un questionnaire de sept questions sur une échelle à cinq niveaux (1 = Pas du tout à 5 = Parfaitement) afin de connaître leur niveau d'appréciation globale du programme d'intervention. Encore une fois, puisque les résultats sont similaires dans les deux groupes, les résultats ont été combinés. Ainsi, les participants cotent un niveau d'appréciation générale de « beaucoup ». En effet, parmi les questions posées, ceux-ci considèrent avoir appris de nouvelles choses pertinentes. L'ensemble des thèmes semblent avoir été appréciés.

Selon les commentaires, les thèmes sur le stress et prendre soin de soi sont les plus appréciés. Quelques participants ont mentionné avoir déjà vu certains concepts, ce qui a permis de les approfondir davantage. De plus, les participants ont l'impression d'avoir cheminé depuis le début du programme. Ceux-ci nomment avoir fait des prises de conscience importantes telles que sur leurs attentes irréalistes/réalistes, leur surinvestissement auprès de leur proche, leurs propres forces et leurs propres capacités ainsi que sur l'importance de prendre soin de soi. Puis, les participants croient que leur participation peut être utile dans le futur et espèrent ressentir des effets à long terme. La majorité des sujets recommandent de suivre le programme à un proche. Les participants semblent avoir apprécié vivre le programme en groupe plutôt qu'individuellement. En effet, les échanges auraient été enrichissants, en plus de constater qu'ils ne sont pas seuls à vivre des difficultés d'adaptation similaires.

Les avis sont partagés quant à l'appréciation des exercices du journal de bord à l'extérieur des ateliers ainsi que les exercices et lectures complémentaires proposés. En effet, certains ont trouvé difficile de remplir le journal de bord en raison d'un manque de temps ou difficulté à faire les exercices considérant l'état actuel de leur proche atteint. Par exemple, le proche est dans une période où il se porte bien ou le sujet n'a pas de contact avec lui, etc. De plus, ce n'est pas tous les membres qui étaient intéressés à faire les exercices et lectures complémentaires. Toutefois, ceux les ayant complétés ont rapporté qu'ils étaient fort intéressants et ont démontré une grande appréciation. Le tableau 19 présente les moyennes et écarts-types des mesures sur l'appréciation des participants au programme.

Enfin, d'autres commentaires à la fin du programme indiquent que le programme est chargé, mais fort intéressant. Certains sujets ont trouvé difficile d'être confronté à leurs difficultés, mais ont apprécié être accompagnés vers des pistes de solutions pertinentes. La force principale ressortie est que l'animatrice rend les concepts faciles à comprendre et suscite l'attention par son dynamisme en plus de fournir des outils utiles et concrets. Bref, certains participants mentionnent avoir une plus grande assurance, sont davantage rassurés et positifs pour l'avenir, vivant un sentiment de plénitude.

Tableau 19

Moyennes et écarts-types des mesures sur l'appréciation des sujets pour le programme (n = 30)

	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
J'ai appris de nouvelles choses pertinentes	4,20	0,55
J'ai l'impression d'avoir cheminé depuis le début du programme	4,03	0,81
Je crois que ma participation au programme va m'être utile dans le futur	4,20	0,61
Je recommanderais à un proche de suivre le programme	4,50	0,51
J'ai apprécié suivre le programme en groupe plutôt qu'individuellement	4,40	0,56
J'ai apprécié effectuer un journal de bord en dehors des ateliers	3,70	0,88
J'ai apprécié les lectures et les exercices complémentaires	4,00	0,85

Jugement global sur la conformité

En somme, la mise en œuvre du programme s'est réalisée avec un très bon niveau de conformité. Le nombre d'ateliers prévus et sa durée ont été respectés, chaque activité prévue a été abordée avec un dosage satisfaisant. Par ailleurs, aucun changement n'a été apporté aux composantes des objectifs, de l'animation, du contexte spatial, du programme et contenu, des stratégies d'apprentissage et gestion des comportements, du code et procédures, du système de responsabilités, des stratégies de transfert de la généralisation et du système de reconnaissance. De plus, l'ensemble des participants au programme sont satisfaits de l'expérience vécue et n'hésiteraient pas à recommander à un proche de suivre le programme d'intervention. Enfin, les sujets demeurent optimistes de vivre des changements et ressentir des effets à long terme. Cependant, comme le contenu a été donné à deux groupes différents, ceci a entraîné des variations, particulièrement dans le contexte temporel et dosage de l'intervention. C'est donc en lien avec ces éléments qu'il y a eu quelques modifications, mais aucun changement majeur n'a été apporté au programme d'intervention.

Implications eu égard à l'évaluation des effets

L'analyse de la mise en œuvre démontre que le programme d'intervention a généralement été appliqué tel que planifié. Toutefois, certaines composantes peuvent avoir eu des impacts considérables sur les effets du programme. D'abord, les caractéristiques individuelles des sujets peuvent avoir une influence sur les résultats du programme considérant que plusieurs participants dans les groupes d'intervention et du groupe témoin n'ont plus de contact avec leur proche ou celui-ci est actuellement en période de rétablissement. Dès le départ, il est possible que ces personnes ne vivent aucune difficulté d'adaptation en lien avec la fatigue de compassion. De plus, le nombre de présences élevé, le bon taux

de participation aux ateliers et aux exercices du journal de bord et la qualité de l'animation ont pu favoriser l'acquisition d'habiletés et de connaissances liées au programme. De plus, les participants du groupe B ont pu être avantagés davantage par rapport au groupe A puisque l'atelier avait déjà été animé au moins une fois avec le groupe A la journée précédente. Concernant le dosage de l'intervention, même si l'ensemble des thèmes et du contenu ont été abordés, le dosage des activités parfois différentes dans les deux groupes, peut avoir un impact sur les effets de l'intervention. Enfin, le fait que toutes les composantes du programme ont été mises en place en fonction des besoins des participants laisse supposer des effets positifs quant à la réponse aux besoins de la clientèle.

Évaluation des effets

La section suivante présente l'évaluation de l'impact du programme d'intervention sur sept aspects, soit la fatigue de compassion, l'épuisement, la satisfaction de compassion, le stress compassionnel, le sentiment de contrôle, l'estime de soi et l'affirmation de soi, dans le rôle d'accompagnateur, chez l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale.

Stratégie d'analyse employée

Pour évaluer l'efficacité de l'intervention, des analyses de covariance univariées (ANCOVA) ont été effectuées sur chacune des variables dépendantes retenues. Les participants des deux groupes d'intervention sont comparés respectivement aux participants du groupe témoin sur chacune des variables dépendantes telles qu'évaluées au post-test. Les scores obtenus au pré-test sur la variable dépendante sont utilisés à titre de covariable afin de corriger le manque d'équivalence entre les groupes au pré-test.

Résultats obtenus

Fatigue de compassion. En premier lieu, les effets du programme d'intervention sur la dimension de la fatigue de compassion se mesurent à l'aide du questionnaire adapté du *Compassion Satisfaction/Fatigue Self-Test for Helpers* (Figley et Stamm, 1996). L'échelle de mesure de cet instrument se situe de « 0 - Jamais » à « 5 - Très souvent » et les résultats indiquent que plus un répondant cote haut, plus il ressent de la fatigue de compassion. Ainsi, tous les items liés à la fatigue se jumèlent afin de créer un score global (alphas de Cronbach : 0,87 au T1 et 0,87 au T2). Toutefois, il y eut le retrait de deux items sur 13 en raison d'un manque d'équivalence, soit le deuxième et le dixième énoncé. Le tableau 20 illustre les résultats quant au niveau de fatigue de compassion, à titre d'accompagnateur, chez les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale. Or, il est à noter

que lors de la passation du pré-test, les participants ont, en moyenne, répondu « Quelquefois » aux énoncés du questionnaire signifiant ressentir initialement « peu » de fatigue de compassion.

Tableau 20

Résultats de la mesure de la fatigue de compassion (N = 61)

Groupe contrôle		Groupe expérimental A		Groupe expérimental B	
Pré-Test	Post-Test	Pré-Test	Post-Test	Pré-Test	Post-Test
X (écart-type)	X (écart-type)	X (écart-type)	X (écart-type)	X (écart-type)	X (écart-type)
1,35 (0,81)	1,12 (0,85)	2,32 (0,75)	2,04 (0,71)	2,02 (1,08)	1,59 (0,88)

En contrôlant les résultats au pré-test sur la fatigue de compassion chez les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale, le tableau indique qu'il n'existe pas de différence significative entre les groupes expérimentaux et le groupe contrôle en ce qui a trait la fatigue de compassion. En effet, les résultats indiquent une diminution, non-significative, de la fatigue de compassion dans les trois groupes. $F(2,57) = 1,30, p = n.s.$

Épuisement. En deuxième lieu, les effets des interventions sur la mesure de l'épuisement s'évaluent à partir de l'instrument de mesure adapté selon le *Compassion Satisfaction/Fatigue Self-Test for Helpers* (Figley et Stamm, 1996). L'échelle va de « 0 - Jamais » à « 5 - Très souvent » et plus un sujet cote un score élevé, plus il se sent épuisé. L'ensemble des 17 énoncés à propos de l'épuisement se combine afin d'obtenir un score global (alphas de Cronbach : 0,93 au T1 et 0,93 au T2). Le tableau 21 rapporte les résultats quant au niveau d'épuisement, chez les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale, concernant leur rôle d'accompagnateur. Prendre note que lors de la première passation du questionnaire, les membres ont, en moyenne, répondu « Quelquefois » aux items de l'instrument signifiant ressentir « peu » d'épuisement dès le départ.

Tableau 21

Résultats de la mesure de l'épuisement (N = 61)

Groupe contrôle		Groupe expérimental A		Groupe expérimental B	
Pré-Test	Post-Test	Pré-Test	Post-Test	Pré-Test	Post-Test
X (écart-type)	X (écart-type)	X (écart-type)	X (écart-type)	X (écart-type)	X (écart-type)
1,66 (0,97)	1,48 (0,88)	2,51 (0,74)	2,28 (1,02)	2,55 (1,44)	1,89 (1,29)

En contrôlant les résultats au pré-test sur l'épuisement chez les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale, les résultats démontrent qu'il n'existe pas de différence significative entre les groupes expérimentaux et le groupe contrôle en ce qui à trait la mesure de l'épuisement. En effet, les résultats expriment une légère diminution, non-significative, de l'épuisement dans les trois groupes. $F(2,57) = 1,25, p = n.s.$

Satisfaction de compassion. En troisième lieu, les effets du programme sur la satisfaction de compassion s'estiment grâce au test adapté basé sur le *Compassion Satisfaction/Fatigue Self-Test for Helpers* (Figley et Stamm, 1996). L'échelle de mesure s'étend de « 0 - Jamais » à « 5 - Très souvent » et plus un membre indique un haut score, plus il ressent de la satisfaction de compassion. La totalité des 22 items en lien avec la satisfaction de compassion se regroupe afin de créer un score global (alphas de Cronbach : 0,94 au T1 et 0,93 au T2). Le tableau 22 indique les résultats quant au niveau de satisfaction de compassion ressenti, comme accompagnateur, chez les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale. Comme la dimension de la fatigue de compassion et de l'épuisement, au pré-test, les sujets ont, en moyenne, répondu « Quelquefois » aux énoncés sur la satisfaction de compassion, correspondant à ressentir « moyennement » de la satisfaction de compassion.

Tableau 22

Résultats de la mesure de la satisfaction de compassion (N = 61)

Groupe contrôle		Groupe expérimental A		Groupe expérimental B	
Pré-Test	Post-Test	Pré-Test	Post-Test	Pré-Test	Post-Test
X (écart-type)	X (écart-type)	X (écart-type)	X (écart-type)	X (écart-type)	X (écart-type)
2,97 (0,76)	2,98 (0,65)	2,49 (0,81)	2,70 (0,91)	2,87 (1,19)	2,97 (1,15)

En contrôlant les résultats au pré-test sur la satisfaction de compassion chez les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale, les résultats démontrent qu'il n'existe pas de différence significative entre les groupes expérimentaux et le groupe contrôle en ce qui à trait la satisfaction de compassion. En effet, les résultats présentent une légère augmentation, non-significative, de la satisfaction de compassion dans les trois groupes, soit le groupe contrôle et les groupes expérimentaux A et B. $F(2,57) = 0,18, p = n.s.$

Stress. En quatrième lieu, les effets du programme d'intervention à propos du construit sur le stress se documentent par le questionnaire adapté de l'*Index of Clinical stress* (Abell, 1991). Celui-ci

comprend une échelle de mesure allant de « 1 - Aucunement » à « 7 - Tout le temps » et plus un participant cote haut, plus il est stressé. La somme des 25 énoncés, liés au stress s'associe afin d'obtenir un score global (alphas de Cronbach : 0,95 au T1 et 0,96 au T2). Le tableau 23 présente les résultats quant au niveau de stress lié à l'accompagnement du proche, chez les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale. Lors du premier temps de mesure, les répondants ont, en moyenne, répondu « Un peu », une réponse associée à « peu » de stress perçu en lien avec l'accompagnement d'un proche ayant un trouble majeur de santé mentale.

Tableau 23

Résultats de la mesure du stress (N = 61)

Groupe contrôle		Groupe expérimental A		Groupe expérimental B	
Pré-Test	Post-Test	Pré-Test	Post-Test	Pré-Test	Post-Test
X (écart-type)	X (écart-type)	X (écart-type)	X (écart-type)	X (écart-type)	X (écart-type)
2,11 (0,79)	2,20 (0,97)	3,31 (0,88)	3,22 (1,23)	2,99 (1,32)	2,61 (1,11)

En contrôlant les résultats au pré-test sur le stress chez les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale, les résultats démontrent qu'il n'existe pas de différence significative entre les groupes expérimentaux et le groupe contrôle en ce qui a trait le stress lié à l'accompagnement du proche atteint d'un trouble majeur de santé mentale. En effet, les résultats présentent une légère diminution, non-significative, du stress dans les trois groupes. $F(2,57) = 0,74, p = n.s.$

Sentiment de contrôle. En cinquième lieu, les effets des interventions sur l'aspect du sentiment de contrôle se mesurent via l'instrument de mesure adapté à partir du *Perceived Stress Scale* (Cohen et Williamson, 1988). L'instrument inclut une échelle de « 0 - Jamais » à « 4 - Très souvent » et plus un répondant indique un haut score, moins il se sent en contrôle dans son rôle d'accompagnateur auprès du proche ayant un trouble majeur de santé mentale. Tous les items, soit dix items, sur le sentiment de contrôle se combinent afin de créer un score global (alphas de Cronbach : 0,90 au T1 et 0,92 au T2). Le tableau 24 établit les résultats quant au sentiment de contrôle perçu, à titre d'accompagnateur, chez les membres de l'entourage lié à l'accompagnement d'un proche ayant un trouble majeur de santé mentale. Initialement, les participants ont, en moyenne, répondu « Parfois » aux énoncés du questionnaire correspondant à un niveau de sentiment de contrôle « moyen ».

Tableau 24

Résultats de la mesure du sentiment de contrôle ($N = 61$)

Groupe contrôle		Groupe expérimental A		Groupe expérimental B	
Pré-Test	Post-Test	Pré-Test	Post-Test	Pré-Test	Post-Test
X (écart-type)	X (écart-type)	X (écart-type)	X (écart-type)	X (écart-type)	X (écart-type)
1,52 (0,79)	1,42 (0,86)	2,48 (0,57)	2,13 (0,80)	2,18 (0,78)	1,90 (1,08)

En contrôlant les résultats au pré-test sur le sentiment de contrôle chez les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale, les résultats démontrent qu'il n'existe pas de différence significative entre les groupes expérimentaux et le groupe contrôle en ce qui a trait le sentiment de contrôle lié à l'accompagnement du proche ayant un trouble majeur de santé mentale. En effet, les résultats présentent une légère augmentation, non-significative, du sentiment de contrôle dans les trois groupes. $F(2,57) = 0,08, p = n.s.$

Estime de soi. En sixième lieu, les effets du programme en lien avec l'estime de soi s'évaluent selon le test adapté de l'*Échelle d'estime de soi de Rosenberg* (Rosenberg, 1965). Le questionnaire comprend une échelle de mesure allant de « 1 - Tout à fait en désaccord » à « 4 - Tout à fait en accord » et plus un sujet cote un nombre élevé, plus son estime de soi est faible, en lien avec son rôle d'accompagnateur. L'ensemble des énoncés, soit dix items, à propos de l'estime de soi se jumèle afin d'obtenir un score global (alphas de Cronbach : 0,89 au T1 et 0,85 au T2). Le tableau 25 illustre les résultats quant à l'estime de soi vis-à-vis leur rôle d'accompagnateur, d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale. Au départ, les sujets ont, en moyenne, répondu « En désaccord » aux items signifiant avoir une « bonne » estime de soi.

Tableau 25

Résultats de la mesure de l'estime de soi ($N = 61$)

Groupe contrôle		Groupe expérimental A		Groupe expérimental B	
Pré-Test	Post-Test	Pré-Test	Post-Test	Pré-Test	Post-Test
X (écart-type)	X (écart-type)	X (écart-type)	X (écart-type)	X (écart-type)	X (écart-type)
1,53 (0,40)	1,50 (0,41)	2,22 (0,63)	1,94 (0,56)	1,96 (0,70)	1,73 (0,60)

En contrôlant les résultats au pré-test sur l'estime de soi dans le rôle d'accompagnateur d'un proche ayant un trouble majeur de santé mentale, les résultats démontrent qu'il n'existe pas de différence significative entre les groupes expérimentaux et le groupe contrôle en ce qui a trait l'estime de soi dans le rôle d'accompagnateur du proche atteint. En effet, les résultats présentent une légère augmentation, non-significative, de l'estime de soi dans les trois groupes. $F(2,57) = 0,09, p = n.s.$

Affirmation de soi. En septième lieu, les effets du programme d'intervention à propos du concept de l'affirmation de soi s'estiment en lien avec le questionnaire adapté, soit le *Rathus Assertiveness Schedule* (Rathus, 1973). L'échelle de mesure a cinq niveaux, soit de « 0 - Très peu caractéristique de moi » à « 5 - Très caractéristique de moi » et plus un participant cote haut, moins il s'affirme comme accompagnateur. La totalité des 25 items liés à l'affirmation de soi s'associe afin de créer un score global (alphas de Cronbach : 0,79 au T1 et 0,79 au T2). Le tableau 26 rapporte les résultats quant au niveau d'affirmation de soi, chez les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale, dans leur rôle d'accompagnateur. Au début, les membres ont, en moyenne, répondu « Quelque peu caractéristique de moi » en lien avec les énoncés indiquant éprouver « quelques difficultés » à s'affirmer comme accompagnateur d'un proche ayant un trouble majeur de santé mentale.

Tableau 26

Résultats de la mesure de l'affirmation de soi (N = 61)

Groupe contrôle		Groupe expérimental A		Groupe expérimental B	
Pré-Test	Post-Test	Pré-Test	Post-Test	Pré-Test	Post-Test
X (écart-type)	X (écart-type)	X (écart-type)	X (écart-type)	X (écart-type)	X (écart-type)
2,40 (1,14)	2,04 (0,49)	3,28 (0,88)	2,57 (0,66)	3,08 (1,07)	1,99 (0,66)

En contrôlant les résultats au pré-test sur l'affirmation de soi chez les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale, le tableau indique qu'il existe une différence significative entre les trois groupes. Plus spécifiquement, il s'agit du groupe B qui se distingue significativement du groupe contrôle. En effet, même si au post-test, les deux groupes présentent des résultats similaires, il y a une augmentation significative dans le groupe B, par rapport au groupe contrôle, en lien avec l'affirmation de soi comme accompagnateur d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale, après l'implantation du programme d'intervention. Toutefois, les effets demeurent non-significatifs dans le groupe A. $F(2,57) = 4,95, p < 0,05.$

Discussion

Jugement sur l'atteinte des objectifs

Le programme d'intervention poursuit initialement un objectif général et cinq objectifs spécifiques dans le but de prévenir et réduire les conséquences liées à la fatigue de compassion chez les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale. En effet, l'objectif général étant de prévenir l'apparition de symptômes liés à la fatigue de compassion chez la clientèle. Plus spécifiquement, le programme d'intervention vise, au départ, à diminuer le stress compassionnel, augmenter le sentiment de satisfaction compassionnelle, le sentiment de contrôle, l'estime de soi et la capacité de s'affirmer, dans son rôle d'accompagnateur auprès du proche.

D'une part, les analyses statistiques de covariance univariées (ANCOVA) présentent au moins un résultat significatif indiquant une tendance dans la direction espérée pour au moins une variable. En effet, il s'agit de l'objectif visant à améliorer la capacité de s'affirmer, à titre d'accompagnateur d'un proche ayant un trouble majeur de santé mentale. Les résultats indiquent que les participants au programme d'intervention faisant partie du groupe B, a significativement une meilleure capacité de s'affirmer, dans leur rôle d'accompagnateur, que les sujets du groupe témoin, suite à l'implantation du programme d'intervention. Toutefois, les résultats ne s'avèrent pas significatifs pour le groupe d'intervention A, concernant l'atteinte de cet objectif.

D'autre part, les résultats ne sont pas escomptés, tant pour le groupe d'intervention A que le groupe d'intervention B, en ce qui à trait l'objectif général visant à réduire les conséquences liées à la fatigue de compassion et les objectifs spécifiques visant à diminuer le stress compassionnel, augmenter le sentiment de satisfaction compassionnelle, améliorer le sentiment de contrôle et l'estime de soi chez les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale.

Or, il faut prendre note que les résultats indiquent beaucoup de variances entre les sujets qui pourraient s'expliquer par des situations différentes vécues par les participants. Toutefois, lors du premier temps de mesure, les résultats obtenus portent à croire que les participants ressentent, initialement, « peu » de fatigue de compassion, d'épuisement et de stress liés à l'accompagnement de leur proche ayant un trouble majeur de santé mentale. Puis, au départ, les participants semblaient présenter un niveau « moyen » de sentiment de satisfaction de compassion et de sentiment de contrôle par rapport à l'accompagnement du proche. De plus, lors du pré-test, les répondants affichaient un « bon » niveau d'estime de soi, mais « quelques difficultés » à s'affirmer dans leur rôle d'accompagnateur. Bref, le but ultime du programme n'étant pas seulement de réduire, mais également de prévenir les conséquences

liées à l'accompagnement du proche, il est donc difficile de porter un jugement définitif sur l'atteinte de ce but, considérant qu'il n'est pas possible de connaître les résultats de l'implantation du programme, chez les sujets à long terme.

Liens entre les résultats, composantes de l'intervention et contexte théorique

Tout d'abord, concernant la mise en œuvre du programme, la planification du programme aussi chargée soit-elle, s'est déroulé comme prévu. Les sujets ciblés, les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale, ont été recrutés de façon volontaire, comme prévu initialement. Tel que planifié, les participants ont été répartis dans les différents groupes, soit 30 membres dans deux groupes d'intervention (groupe A = 17 sujets et groupe B = 13 sujets) et 31 membres faisant partie du groupe témoin. Même si l'implantation de l'intervention s'est faite comme convenu, la composante « sujets caractéristiques et recrutement » peut avoir un impact majeur en lien avec les résultats du programme obtenus. Le programme était ouvert à l'ensemble des membres de l'organisme, dans le but d'obtenir un taux de participation favorable dans le cadre du projet d'expérimentation. Ainsi, les participants n'avaient pas tous les mêmes difficultés d'adaptation en lien avec l'accompagnement de leur proche ayant un trouble majeur de santé mentale. Par exemple, certains n'avaient plus de contact avec leur proche et pouvaient présenter un faible niveau d'estime de soi comme accompagnateur, ayant l'impression d'avoir « échoué » dans sa relation avec son proche. Tandis que pour d'autres, ils vivent avec leur proche en tout temps, donc pouvaient éprouver davantage de la fatigue de compassion et des difficultés à s'affirmer et mettre ses limites auprès de son proche. Ainsi, les besoins des membres étaient hétérogènes, créant beaucoup de variances entre les sujets lors des évaluations des effets. Bref, il aurait pu être préférable de mieux sélectionner les sujets, selon des critères spécifiques, comme ceux habitant avec leur proche atteint d'un trouble majeur de santé mentale par exemple. Créer des groupes d'intervention plus homogènes, aurait permis un meilleur arrimage. Il aurait été donc plus facile de répondre à des besoins spécifiques et par le fait même, mieux évaluer les effets du programme d'intervention.

De plus, le contenu du programme se base sur le but et les objectifs ciblés, en fonction des besoins recensés pour cette clientèle. En lien avec le contexte théorique, la fatigue de compassion, étant le coût de prendre soin (Figley, 1995), est une problématique pouvant affecter les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale. Ces derniers peuvent éprouver de l'empathie en étant exposés à la souffrance de leur proche et être motivés à l'aider davantage (Figley, 2002a). Toutefois, puisque les situations et les difficultés sont différentes chez les sujets et leur proche, et dépendamment

des facteurs personnels de l'individu, les conséquences individuelles soit au niveau physique, cognitif, émotif, comportemental et social sont distinctes chez ces derniers. Cette grande variance entre les sujets et les besoins hétérogènes rendent l'élaboration du contenu du programme d'intervention ainsi que l'évaluation des effets plus difficile. Il est également à noter que lors de la recension des programmes existants, aucun programme d'intervention validé n'était disponible pour les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale. Ainsi, c'est une combinaison d'un programme d'intervention sur le stress, validé pour les adolescents et un programme d'intervention non-validé existant pour la clientèle, que s'est germé ce programme d'intervention.

Puis, les besoins différents identifiés chez la clientèle ont amené à l'élaboration d'un contenu volumineux dans le cadre du programme d'intervention. En effet, pour répondre à l'ensemble des besoins, il était souhaitable que le programme d'intervention touche plusieurs thématiques différentes, tels que le stress, l'estime de soi, la communication, mettre ses limites, maîtriser ses émotions, faire face aux préjugés, développer des attentes réalistes, prendre soin de soi et développer son réseau de soutien. D'ailleurs, les commentaires des participants mentionnent que la charge du programme était élevée, mais que l'ensemble des sujets étaient pertinents et les ont appréciés. Toutefois, les avis étaient partagés quant à leur préférence sur certains thèmes, laissant à nouveau croire que leurs besoins et intérêts étaient différents les uns des autres. En ayant moins de contenu, ou réparti selon les besoins spécifiques, dans des groupes plus homogènes, il put être possible d'approfondir davantage certaines thématiques et favoriser davantage l'intégration et la généralisation des concepts présentés. De plus, en allégeant davantage le programme, l'espace disponible pour les échanges entre les participants aurait pu être augmenté, un aspect qui est beaucoup apprécié des membres.

Ensuite, tel que planifié, l'animatrice a participé à deux formations pertinentes, soit sur la fatigue de compassion et sur le programme *Déstresse et Progresse* (Lupien et al., 2011), afin d'assurer la qualité de l'animation du programme d'intervention. Celle-ci croit que ces deux formations ont contribué à rendre les concepts plus faciles à comprendre et d'augmenter son niveau d'aisance lors de l'animation des ateliers. D'ailleurs, ces faits ont été soulevés par les membres lorsqu'ils ont rempli leur questionnaire d'appréciation à chaque atelier du programme d'intervention. Les autres composantes suivantes du programme ont été appliquées telles que planifiées, soit le contexte spatial, le contexte temporel et dosage de l'intervention, les stratégies de gestion des apprentissages, des comportements, de transfert de la généralisation, le code et procédures, le système de responsabilités, le système de reconnaissance.

En ce qui concerne la conformité du programme, la structure des activités prévues de chacun des ateliers a été respectée. Toutefois, la durée des différentes activités planifiées n'a pas toujours été respectée, soit au deuxième et quatrième atelier. Puisque dans les deux groupes d'intervention, la durée de certaines activités a excédé à quelques reprises du temps prévu, celles-ci pouvaient être reprises à l'extérieur par les sujets qui le souhaitaient. Ainsi, ces petits bouleversements ne semblent pas avoir eu d'impact majeur sur les effets du programme. Toutefois, il est possible que le groupe d'intervention B ait pu être avantagé par rapport au groupe d'intervention A. En effet, le contenu ayant été présenté la veille, la gestion du temps et la façon de présenter les activités dans le groupe d'intervention B étaient plus faciles. De plus, le groupe B était moins volumineux, ce qui était plus favorable pour la durée des échanges, considérant que la plupart du temps, l'ensemble des participants souhaitaient prendre la parole.

Les résultats sont favorables en ce qui concerne l'exposition des participants, soit la réalisation des exercices obligatoires dans les journaux de bord, le nombre d'ateliers auquel chacun des participants a assisté et la raison des absences. En effet, 20 participants sur 30 (67 %) ont participé à la totalité des ateliers, cinq participants à quatre ateliers (17 %), trois participants ont assisté à trois ateliers (10 %) et deux seulement ont pris part à deux ateliers (6 %). De plus, il est à considérer que les absences étaient justifiées puisque les principales raisons évoquées étaient que le participant ou son proche était malade ou encore, le membre avait un empêchement. Ces absences sont en concordance avec la problématique visée et les composantes du programme d'intervention, tel que la fatigue de compassion. Dans le même sens, la charge que peut représenter la réalisation des exercices des journaux de bord, à l'extérieur des ateliers, peut justifier qu'elle aille été parfois mis de côté. Toutefois, il est possible que la plus grande implication du groupe d'intervention B dans la réalisation des journaux de bord aille eu un effet positif supplémentaire quant au transfert et généralisation des acquis.

La qualité de la participation est excellente en ce qui concerne la participation active des participants à chacune des parties des ateliers, soit par la prise de parole vers l'animatrice ou via les échanges entre les participants. L'effet du groupe était observable, c'est-à-dire par les observations de l'animatrice et de l'évaluation faite des interactions. D'ailleurs, il est ressorti que les membres ont préféré suivre le programme en groupe plutôt qu'individuellement et que les échanges ont contribué, selon ces derniers, à des changements positifs pour eux.

Quant à la perception d'utilité de l'intervention et de son appréciation personnelle, c'est-à-dire de chacun des ateliers et l'ensemble du programme, les participants croient que les objectifs ciblés étaient

en lien avec leurs besoins et leurs intérêts. Tel que mentionné précédemment, puisque les besoins des participants étaient hétérogènes, il est justifiable que les préférences et les perceptions quant à l'utilité des différents sujets abordés soient partagées. Toutefois, les membres demeurent unanimes quant à l'appréciation de l'ensemble du programme de groupe ainsi que de son animation. D'ailleurs, ceux-ci ont confiance et espèrent ressentir des effets à long terme du programme d'intervention.

Puis, concernant les composantes du débordement et des caractéristiques des participants, l'identification de celles-ci permet d'expliquer la variance entre les sujets lors des évaluations. Par exemple, il y a une proportion importante de sujets n'habitant pas avec son proche atteint d'un trouble majeur de santé mentale, ce qui peut avoir un impact sur les composantes évaluées initialement comme niveau de fatigue, d'épuisement et de stress compassionnel. Il aurait donc pu être intéressant de recueillir des informations supplémentaires pour mieux former les groupes d'intervention telle que s'ils ont encore un contact avec leur proche atteint d'un trouble majeur de santé mentale, si oui, à quelle fréquence ou encore, qu'elle est l'état actuel de santé mentale de leur proche, etc. En somme, la non-atteinte des objectifs ne semble pas être liée à la mise en œuvre du programme, c'est-à-dire l'implantation du programme tel que planifié initialement.

À propos des effets du programme d'intervention, un élément fort positif ressort, soit l'amélioration significative des participants du groupe B à s'affirmer, dans leur rôle d'accompagnateur auprès d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale. C'est un énorme progrès considérant qu'il s'agit d'une problématique majeure observée chez la clientèle du milieu, entre autres par les intervenants. En effet, les membres ont de la difficulté à dire « non », définir, mettre en place et respecter leurs limites et il s'agit souvent d'un motif principal de consultation à l'organisme. Même s'il avait été souhaitable d'atteindre les autres objectifs ciblés, il faut prendre en considération que les membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale peuvent vivre des problématiques difficiles et persistantes, où ces derniers ont peu de contrôle sur leur situation et celle de leur proche. En effet, le programme d'intervention n'interagit pas sur l'ensemble des éléments de leur environnement et la problématique vécue avec leur proche demeure la même. D'ailleurs, tel que mentionné dans le contexte théorique, des facteurs environnementaux et organisationnels jouent un rôle dans le développement de la problématique de la fatigue de compassion. Ainsi, il aurait pu être intéressant d'intégrer un volet « répit » au programme d'intervention et d'en évaluer les effets. De plus, l'ajout d'un volet d'accompagnement individuel au programme d'intervention aurait pu favoriser davantage le transfert de la généralisation des acquis, en plus de travailler sur des objectifs personnalisés pour chacun des sujets. Puis, il faut considérer

que le délai fut court entre la passation du pré-test, l'implantation du programme et la passation du post-test, ce qui peut avoir influencé les résultats obtenus. Les questionnaires n'ont peut-être pas été assez sensibles au vécu de la clientèle visée considérant qu'ils n'étaient pas initialement construits pour cette clientèle.

Enfin, les résultats portent à croire, considérant les grands écarts-types, que la situation des participants dans les groupes était très différente les uns des autres. Tel que mentionné précédemment, même si chacun a un membre de l'entourage ayant un trouble majeur de santé mentale, les groupes semblent avoir été hétérogènes. Donc, il est fort possible que le programme d'intervention aille eu des effets significatifs, à différents niveaux, chez un petit échantillon de sujets. Il est à noter que dans le groupe contrôle, certains répondants ne consultent plus à l'organisme de façon régulière, puisque leur proche est stable, mais demeure membre, ce qui peut également avoir un impact sur les résultats obtenus.

Avantages et limites de l'intervention

Tel que mentionné tout au long du rapport, le programme d'intervention destiné aux membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale semble être constitué de plusieurs forces. Tout d'abord, le contenu semble avoir été pertinent et en lien avec les besoins et les intérêts de la clientèle. Il serait donc à privilégier de maintenir les sujets abordés dans le futur. De plus, la planification, l'organisation et l'animation du contenu semblent être de qualité et avoir été présentées de façon rigoureuse. En plus de faire preuve de dynamisme, la qualité de l'animation et la diversité des stratégies d'apprentissages et de transfert à la généralisation semblent avoir contribué à rendre les concepts faciles à comprendre. De plus, les participants ont pu bénéficier d'effets positifs de vivre le programme en groupe plutôt qu'individuellement, contribuant à entretenir leur réseau social et favoriser les échanges entre eux. D'ailleurs, la présence d'un bon réseau de soutien est un facteur de protection pouvant être déterminant dans le développement ou non de la problématique.

Or, le programme contient certaines limites. Tout d'abord, le programme fut très chargé, considérant que cinq ateliers de deux heures et demie, sur une période de dix semaines, en plus des exercices des journaux de bord à compléter, des exercices et lectures complémentaires qui étaient disponibles et des nombreux questionnaires à compléter. Puis, dans le contexte du projet, la transmission des informations, soit l'implantation du programme fut rapide, ce qui peut avoir nui à la capacité d'intégrer l'ensemble des notions. Ainsi, il pourrait être intéressant de réviser la structure du programme afin de tenter d'alléger la charge des participants. Par exemple, en étalant le programme sur une plus

longue période de temps, en diminuant le temps accordé à chaque atelier ou encore cibler qu'un thème à la fois, comme le stress, à un groupe de sujets ayant les mêmes besoins spécifiques.

Le fait que le programme soit accessible à l'ensemble des membres de l'organisme et que les deux groupes d'intervention furent divisés en fonction des disponibilités, les groupes étaient hétérogènes. Il était également peut-être trop volumineux dans le groupe A, ayant 17 participants comparativement au groupe B ayant 13 participants. Ainsi, il serait recommandable pour le futur de privilégier des groupes de 12 participants au maximum afin de favoriser les échanges. De plus, une sélection plus spécifique des participants pourrait être envisageable, par exemple en ciblant seulement ceux qui vivent avec leur proche ayant une problématique de santé mentale. Toutefois, la sélection des sujets demeure une limite importante considérant l'ensemble des facteurs à tenir compte et des possibilités offertes par le milieu.

Tel qu'identifié précédemment, une autre limite du programme est également l'absence d'intervention individuelle auprès des participants n'ayant qu'un volet groupe. Il pourrait être intéressant, si le programme est à nouveau implanté, de conserver le volet groupe, mais également d'inclure des suivis individuels au cours du programme. Cette forme d'accompagnement pourrait permettre un meilleur transfert de la généralisation des acquis, en plus d'établir des objectifs personnalisés avec chacun des participants.

Enfin, l'une des principales contraintes du programme est qu'il n'intervient pas sur l'environnement du participant, c'est-à-dire sur la situation vécue avec son proche ayant un trouble majeur de santé mentale. Ce programme d'intervention serait donc non-suffisant pour la clientèle qui vit souvent des difficultés d'adaptation pouvant être importantes, récurrentes et persistantes. En effet, s'il était possible, il pourrait être intéressant d'offrir du répit aux membres de l'entourage en plus du programme d'intervention et d'en évaluer les effets. En conclusion, il serait souhaitable, dans le futur, de pouvoir évaluer, de façon quantitative et à plus long terme, les effets du programme d'intervention sur chacun des sujets participants.

Conclusion

En conclusion, la fatigue de compassion demeure une problématique complexe et peu documentée, particulièrement en ce qui concerne les membres de l'entourage d'un proche ayant un trouble majeur de santé mentale. En effet, la problématique est davantage associée aux professionnels de la relation d'aide. Dès le départ, il était difficile de se baser sur un programme d'intervention déjà existant. C'est donc en tentant de combiner un programme sur le stress, évalué empiriquement et un programme non-validé, mais créé par des intervenants travaillant auprès de la clientèle que le programme d'intervention « Déstresse... Progresse... et cie » est né. De manière générale, les objectifs n'ont pas été atteints, c'est-à-dire la réduction des symptômes liés à la fatigue de compassion, l'amélioration du sentiment de satisfaction de compassion, la diminution du stress, l'augmentation du sentiment de contrôle et de l'estime de soi comme accompagnateur. Toutefois, en ce qui concerne l'amélioration de la capacité à s'affirmer dans son rôle d'accompagnateur, les résultats ont été escomptés pour le groupe d'intervention R. C'est un progrès énorme considérant qu'il s'agit d'un des principaux motifs de consultation dans le milieu. De plus, les résultats laissent croire que d'autres effets positifs et significatifs ont pu avoir lieu chez un petit échantillon de participants considérant la présence de beaucoup de variances entre les sujets. Puis, puisqu'il y a eu des résultats significatifs seulement dans le groupe d'intervention B, il se peut qu'il aille été avantagé, par le fait qu'il était un plus petit groupe et que les ateliers avaient déjà été présentés. Malgré tout, la non-atteinte des objectifs ne semble pas liée à l'implantation du programme tel que planifié, mais plutôt à la sélection des sujets. En effet, les situations différentes des membres créent des besoins hétérogènes, d'où l'importance de créer un meilleur arrimage en formant des groupes plus homogènes. Tel que mentionné dans le contexte théorique, des facteurs environnementaux sont impliqués dans le développement de la problématique. Ainsi, le programme n'était peut-être pas suffisant, n'intervenant pas directement sur la situation du participant. Il n'en demeure pas moins que l'ensemble des sujets ont apprécié le programme et espère ressentir des effets à long terme. Pour le futur, il serait intéressant d'y soumettre des modifications, soit par la formation de groupes homogènes, l'ajout d'un volet d'intervention individuel et une mesure de répit. Bref, l'aboutissement de ce projet demeure une expérience innovatrice, initié pour une clientèle ayant des besoins importants méritant d'être répondus.

Références

- Action ontarienne contre la violence faite aux femmes [AOCVF]. (2012). *Formation en matière de violence faite aux femmes : Traumatisme secondaire*. Document consulté sur le [http://ancien.formationviolence.ca/wpcontent/uploads/2014/09/Guide de formation en ligne misajour2012.pdf](http://ancien.formationviolence.ca/wpcontent/uploads/2014/09/Guide_de_formation_en_ligne_misajour2012.pdf)
- Abell, J.N. (1991). The index of clinical stress: A brief measure of subjective stress for practice and research. *Social Work Research and Abstracts*, 27(2), 12-15.
- Aidant naturel (s. d.) Dans *Grand dictionnaire terminologique*. Repéré à http://www.gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8369634.
- Attigui, P. et Cukier, A. (2011). *Les paradoxes de l'empathie*. Paris, France : CNRS éditions.
- Badger, K., Royse, D. et Craig, C. (2008). Hospital Social Workers and Indirect Trauma Exposure: An Exploratory Study of Contributing Factors. *Health and Social Work*, 33(1), 63-71.
- Baird, K. et Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 181-188.
- Bleakney, A. (2014, septembre). Les jeunes Canadiens fournissant des soins. *Résultats de l'enquête sociale générale*. Repéré à http://publications.gc.ca/collections/collection_2014/statcan/89-652-x/89-652-x2014003-fra.pdf
- Brady, J. L., Guy, J. D., Poelstra, P. L. et Brokaw, B. F. (1999). Vicarious traumatization, spirituality, and the treatment of sexual abuse Survivors: A national survey of women psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*. 30(4), 386-393.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C. et Andreski, P. (1998). Trauma and post-traumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Bride, B. E., Radney, M. et Figley, C. (2007). Measuring Compassion Fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 155-163.
- Brillon, P. (2016). *Fatigue de compassion et trauma vicariant, mieux les reconnaître et mieux s'en protéger*. Document inédit.
- Canfield, J. (2005). Secondary Traumatization, Burnout, and Vicarious Traumatization: A Review of the Literature as It Relates to Therapists Who Treat Trauma. *Smith College Studies in Social Work*, 75(2),81-101.
- Centre d'études sur le stress humain. (2012) Programme : Stress et compagnie©. Repéré à <http://stressinc.net/index/index>.

- Code de déontologie des médecins. (2016). *Section V, article 59*. Québec : Éditeur officiel du Québec.
Repéré à http://www.2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/M_9/M9R17.HTM
- Cohen, S. et Williamson, G. (1988). Perceived Stress in a Probability Sample of the United States. Dans S. Spacapan, & S. Oskamp (Eds.), *The Social Psychology of Health: Claremont Symposium on Applied Social Psychology* (pp. 31-67). Newbury Park, CA: Sage.
- Collins, S. et Long, A. (2003a). Too tired to care? The psychological effects of working with trauma. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10(1)*, 17-27.
- Collins, S. et Long, A. (2003 b). Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers - A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10(4)*, 417-424.
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2012). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux : pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*.
Repéré à https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_Rapport_Appreciation_SanteMentale_2012.pdf
- Commission de la santé mentale du Canada. (2016) Aidants. Repéré à <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/focus-areas/aidants>
- Conrad, D. et Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child abuse et neglect 30(10)*, 1071-1080.
- Contrevent. (2017). Mission de l'organisme. Repéré à <http://www.contrevent.org/>.
- Cunningham, M. (1999). The impact of sexual abuse treatment on the social work clinician. *Child et Adolescent Social Work Journal, 16(4)*, 277-290.
- Cunningham, M. (2003). Impact of trauma work on social work clinicians: Empirical findings. *Social Work, 48(4)*, 451-459.
- Dane, B. (2002). Duty to Inform: Preparing Social Work Students to Understand Vicarious Traumatization. *Journal of Teaching in Social Work, 22(3)*, 3-20.
- Decety, J. (2002). Naturaliser l'empathie. *L'Encéphale, 28*, 9-20.
- Doman, M. M. (2010). *Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and subjective happiness in mental health providers*. ProQuest Dissertations and Theses.
- Dunkley, J. et Whelan, T. A. (2006 a). Vicarious traumatization in telephone counsellors: internal and external influences. *British Journal of Guidance et Counselling, 34 (4)*, 451-469.

- Dunkley, J., et Whelan, T. A. (2006 b). Vicarious traumatization: Current status and future directions. *British Journal of Guidance et Counselling*, 34 (1), 107-116.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue : Secondary traumatic stress*. New York : Brunner: Mazel.
- Figley, C. R. (2002a). Compassion fatigue : Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1433-1441.
- Figley, C. R. (2002 b). *Treating compassion fatigue*. New York, NY : Brunner-Routledge.
- Figley, C. R. et Barnes, M. (2005). External trauma and families. Dans McKenry, P. C. et Price, S, J. (2005) *Families and change : Coping with stressful events and transitions*. Los Angeles, LA : Sage Publishers.
- Figley, C. R., et Stamm, B. H. (1996). Psychometric review of compassion fatigue self-test. *Measurement of stress, trauma and adaptation*, 127-128.
- Finley, G. (2003). *Vivre et lâcher-prise*. Montréal : Éditions de l'Homme.
- Finley, G. (2004). *Pensées pour lâcher-prise*. Montréal : Éditions de l'Homme.
- Finley, G. (2005). *Stress : Lâcher-prise : Évacuation totale du stress en cinq étapes*. Montréal : Éditions de l'Homme.
- Finley, Guy. (2006). *Lâcher-prise : la clé de la transformation intérieure*. Saint-Hubert : Éditions Un Monde différent.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., et Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol*, 50 (5), 992-1003.
- Fortin, C. (2014). *Le vécu professionnel des intervenants de la relation d'aide : les facteurs d'influence de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant*. (Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Chicoutimi). Repéré à <https://constellation.uqac.ca/2771/1/030621766.pdf>
- Fouda, Y. (2015). *Effet de Stress et Compagnie, programme web de prévention du stress chronique, sur le stress et la santé psychologique des intervenants*. (Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal). Repéré à https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/13668/Fouda_Yannick_2015_memoire.pdf?sequence=8
- Ga-Young, C. (2011). Organizational Impacts on the Secondary Traumatic Stress of Social Workers Assisting Family Violence or Sexual Assault Survivors. *Administration in Social Work*, 35(3), 225-242.
- Galek, K., Flannelly, K. J., Greene, P. B. et Kudler, T. (2011). Burnout, Secondary Traumatic Stress, and Social Support. *Pastoral Psychology*, 60 (5), 633-649.

- Galvin, J. A., Benson, H., Deckro, G. R., Fricchione, G. L., et Dusek, J. A. (2006). The relaxation response: reducing stress and improving cognition in healthy aging adults. *Complement Ther Clin Pract*, 12(3), 186-191.
- Gana, K., Alaphilippe, D. et Bailly, N. (2005). Factorial Structure of the French Version of the Rosenberg Self-Esteem Scale Among the Elderly. *International Journal of testing*, 5(2), 169-176.
- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducatrice*. Montréal, Québec : Édition Béliveau
- Gentry, J. E. (2002). Compassion fatigue : a crucible of transformation. *Journal of Trauma Practice*, 1 (3), 37-61.
- Gillath, O. et Shaver PR. (2005). *Compassion : Its Nature and Use in Psychotherapy*. Londres : P. Gilbert Editor.
- Harr, C. et Moore, B. (2011). Compassion Fatigue Among Social Work Students in Field Placements. *Journal of Teaching in Social Work*, 31(3), 350-363.
- Harrison, R. L. et Westwood, M. J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices. *Psychotherapy*, 46(2), 203-219.
- Hayes, J. A. (2004). Therapist know thyself: Recent research on countertransference. *Psychotherapy Bulletin*, 39, 6-12.
- Hesse, A. R. (2002). Secondary trauma: How working with trauma survivors affects therapists. *Clinical Social Work Journal*, 30(3), 293-309.
- Injeyan, M. C., Shuman, C., Shugar, A., Chitayat, D., Atenafu, E. G. et Kaiser, A. (2011). Personality traits associated with genetic counselor compassion fatigue: the roles of dispositional optimism and locus of control. *Journal of genetic counseling*, 20(5), 526-540.
- Jenkins, S. R. et Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of traumatic stress*, 15(5), 423-432.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22, 116-121.
- Juster, P. R., et Marin, M. F. (2011). The stress of caregivers. *Mammoth Magazine*, 10, 1-12.
- Kanter, J. (2007). Compassion Fatigue and Secondary Traumatization: A Second Look. *Clinical Social Work Journal*, 35(4), 289-293.
- Kessler, R. C. (2005). Errors in Byline, Author Affiliations, and Acknowledgment in: Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(7), 768.

- Kessler, R., Chiu, W., Demler, O. et Walters, E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12 Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 617.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Colpe, L., Demler, O., Merikangas, K. R., Walters, E. E. et Wang, P. S. (2004). The prevalence and correlates of serious mental illness (SMI) in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Mental health, United States*, 134-148.
- Killian, K. D. (2008). Helping Till It Hurts? A Multimethod Study of Compassion Fatigue, Burnout, and Self-Care in Clinicians Working With Trauma Survivors. *Traumatology*, 14(2), 32-44.
- La lueur de l'espoir du Bas-Saint-Laurent Inc. (s.d.) *Programme Alliance*. Document inédit.
- Lamarre, D. (2009). *Passeport pour L'équilibre*. Montréal : Édition Quebecor.
- Lauzon, R. (2014). *Programme : Lâcher-Prise*. Document inédit.
- Lecomte, J. (2010). Empathie et ses effets. *Savoirs et soins infirmiers*. Paris : Elsevier Masson SAS. 60-495.
- Lerias, D. et Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization: symptoms and predictors. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 19(3), 129-138.
- Lesage, A., Dubé, F., Fradet, H., Bastien, D., Delorme, A., Lemieux, A., . . . Hendlisz, J. (2012). *Optimisation de la collaboration avec les familles et les organismes communautaires au sein des transformations en santé mentale*. Repéré sur le site de l'Institut en santé mentale de Montréal : http://www.iusmm.ca/documents/pdf/Recherche/Recherche/rapport%20Projet%20Famille_Version%20%20finale.pdf
- Lesage, A., Émond, V. (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Repéré sur le site de l'Institut national de santé publique du Québec : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMortaProfilUtiliServices.pdf
- Loubir, DB., Serhier, Z., Otmani, N., Housbane, S., Mouddene, NA., Agoub, M. et Othmani, MB. (2015). Le stress perçu: validation de la traduction d'une échelle de mesure de stress en dialecte marocain. *The Pan African Medical Journal*. 280(21).
- Lupien et son équipe du Centre d'études sur le stress humain. (2011) *Programme d'intervention DéStresse et Progresse*. Document inédit.
- McCann, I. L. et Pearlman, L. A. (1990), Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological Effects of Working with Victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131-149.

- McSwain, K., Robinson, R. et Panteluk, L. (1998). Implications for practice : therapeutic, personal and organizational coping strategies, Dans Figley, C. R. (2002). *Treating compassion fatigue*. New York, NY : Brunner-Routledge.
- Meldrum, L., King, R. et Spooner, D. (2002). Secondary traumatic stress in case managers working in community mental health services. Dans Figley, C. R. (2002). *Treating compassion fatigue*. New York, NY : Brunner-Routledge.
- Motivation. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/motivation/52784>
- Mottaghipour, Y. et Bickerton, A. (2005). The Pyramid of Family Care: A framework for family involvement with adult mental health services. *Australian e-journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 210-217.
- Negash, S. et Sahin, S. (2011). Compassion Fatigue in Marriage and Family Therapy: Implications for Therapists and Clients. *Journal of Marital et Family Therapy*, 37(1), 1-13.
- Nelson-Gardell, D. et Harris, D. (2003). Childhood Abuse History, Secondary Traumatic Stress and Child Welfare Workers. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, 82(1), 5-26.
- Newell, J. M. et MacNeil, G. A. (2010). Professional Burnout, Vicarious Trauma, Secondary Traumatic Stress, and Compassion Fatigue: A Review of Theoretical Terms, Risk Factors, and Preventive Methods for Clinicians and Researchers. *Best Practice in Mental Health*, 6(2), 57-68.
- O'Halloran, M. S. et O'Halloran, T. (2001). Secondary traumatic stress in the classroom: Ameliorating stress in graduate students. *Teaching of Psychology*, 28(2), 92-96.
- Pearlman, L. A. et Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 558-565.
- Pearlman, L. A. et Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors* (Vol. 19). New York, NY : Norton et Co.
- Pearlman, L. A. et Saakvitne, K. W. (1996). *Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization*. New York, NY : Norton et Co.
- Perreault, C. (2004). *Fatigue des intervenants-es : comment composer avec les effets de la violence*. Actes du 4e colloque de l'Association québécoise Plaidoyer-victimes.
- Phipps, A. B., et Byrne, M. K. (2003). Brief interventions for secondary trauma : review and recommendations. *Stress and health*, 19(3), 139-147.

- Plusquellec, P., Trépanier, L., Juster, R., Marin, M., Sindi, S., François, N., Wan, N., Findlay, H., Durand, N. et Lupien, S. (2015). Étude pilote des effets du programme DéStresse et Progresse chez des élèves de 6e année du primaire intégrés dans une école secondaire. *Éducation et francophonie*, 43 (2), 6–29.
- Poletti, R. (2008). *Se désencombrer de l'inutile*. Genève : Éditeur Jouvence.
- Poletti R. et Doobs, B. (2009). *Petit Cahier d'exercices du lâcher-prise*. Genève : Éditeur Jouvence.
- Poletti, R. et Doobs, B. (2010). *Le lâcher-prise*. Genève : Éditeur Jouvence.
- Portelance, C. (2008). *La guérison intérieure par l'acceptation et le lâcher-prise*. Montréal : Éditions du CRAM.
- Portelance, C. (2009). *Les sept étapes du lâcher-prise*. Montréal : Éditions du CRAM.
- Provençal, F. (2001). *Lâcher-prise sans tout lâcher*. Longueuil : Éditions Goélette.
- Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4(3), 398-406.
- Réseau Avant de Craquer (2018). *Documentation*. Repéré à <https://www.avantdecraquer.com/>.
- Richardson, J. I. (2001). *Guide sur le traumatisme vicariant : Solutions recommandées pour les personnes luttant contre la violence*. Centre national d'information sur la violence dans la famille, Unité de prévention de la violence familiale, Division de la santé des collectivités, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada.
- Richardson, K. M., et Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. *J Occup Health Psychol*, 13, 69-93.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ : Princeton University Press.
- Sabin-Farrell, R. et Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers? *Clin Psychol Rev*, 23(3), 449-480.
- Samson, A. et Lachance, È. (2012). Guide d'informations et de soutien destiné aux membres de l'entourage atteinte de maladie mentale. Repéré sur le site du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Capitale-Nationale : <https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/guide-dinformation-et-de-soutien-destine-aux-membres-de-lentourage-dune-personne-atteinte-de-maladie>.
- Schauben, L. J. et Frazier, P. A. (1995). Vicarious trauma: The effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 19(1), 49-64.
- Schmitt, DP et Allik, J. (2005). Simultaneous Administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 Nations : Exploring the Universal and Culture-Specific. *Journal of Personality et Social Psychology*, 89(4), 623-642.

- Segal, ZV, Williams, JMG et Teasdale, JD. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY, États-Unis : Guilford Press.
- Shalvi, S., Shenkman, G., Handgraaf, M. J., et De Dreu, C. K. (2011). The Danger of Unrealistic Optimism: Linking Caregivers' Perceived Ability to Help Victims of Terror With Their Own Secondary Traumatic Stress. *Journal of Applied Social Psychology, 41(11)*, 2656-2672.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R. et Cordova, M. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial. *International Journal of Stress Management, 12(2)*, 164-176.
- Souffrance. (s.d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/souffrance/73633>.
- Stamm, B. (1997) Work-related secondary traumatic stress. *PTSD Research Quarterly, 8*, 1-8.
- Stamm, B. (1998) Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: developmental history of compassion fatigue and satisfaction test. Dans Figley, C. R. (2002). *Treating compassion fatigue*. New York, NY : Brunner-Routledge.
- Stamm, B., Verra, Pearlman, L. A. et Giller, E. (2002). *Tools for transforming trauma*. New-York : Brunner-Routledge.
- Szanton, S. L., Wenzel, J., Connolly, A. B., et Piferi, R. L. (2011). Examining mindfulness-based stress reduction: perceptions from minority older adults residing in a low-income housing facility. *BMC Complement Altern Med, 11*, 44.
- Tabor, P. D. (2011). Vicarious traumatization: concept analysis. *J Forensic Nurs, 7(4)*, 203-208.
- Tehrani, N. (2010). Compassion fatigue : experiences in occupational health, human resources, counselling and police. *Occup Med, 60(2)*, 133-138.
- Thomas, P. Barruche, G. et Hazif-Thomas, C. (2012). La souffrance des soignants et fatigue de compassion. *Revue francophone de gériatrie et gérontologie 187 (9)*, 266-273.
- Trippany, R. L., Wilcoxon, S. A. et Satcher, J. F. (2003). Factors influencing vicarious traumatization for therapists of survivors of sexual victimization. *Journal of Trauma Practice, 2 (1)*, 47-60.
- Vallières, EF et Vallerand, RJ. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'Échelle de l'Estime de Soi de Rosenberg. *Journal international de psychologie, 25 (3)*, 305-316.
- VanDeusen, K. M. et Way, I. (2006). Vicarious trauma: an exploratory study of the impact of providing sexual abuse treatment on clinician's trust and intimacy. *Journal of Child Sexual Abuse, 15(1)*, 69-85.

- Way, I., VanDeusen, K. et Cottrell, T. (2007). Vicarious trauma: Predictors of clinician's disrupted cognitions about self-esteem and self-intimacy. *Journal of Child Sexual Abuse; Research, Treatment, and Program Innovations for Victims, Survivors, et Offenders*, 16(4), 81-98.
- Williams, M. B., et Sommer Jr, J. F. (1995). Self-care and the vulnerable therapist. Dans Stamm, B. (1995), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Lutherville, MD: Sidran.
- Zimering, R., Munroe, J., et Gulliver, S. B. (2003). Secondary traumatization in mental health care providers. *Psychiatric Times*, 20(4), 20-28.

Appendice A

Présentation Power Point du contenu du programme d'intervention



Programme

« DÉSTRESSE...PROGRESSE... & CIE »

Atelier 1

Par Amélie Dion
Projet de maîtrise en évaluation de programme en psychoéducation
de l'Université de Montréal à Montréal (UdeM)

Adaptation des programmes :

- ▶ *Déstresser et Progresser (Lupien et al., 2011)*
- ▶ *Alliance (Huard et al., s.d.)*

Automne 2017

Structure des rencontres

- ▶ **Atelier 1 – Introduction au stress & Rehausser son estime de soi**
Groupe A : Mardi 26 septembre / Groupe B : Mercredi 27 septembre
- ▶ **Atelier 2 – Interprétation du stress & Communiquer et mettre ses limites**
Groupe A : Mardi 10 octobre / Groupe B : Mercredi 11 octobre
- ▶ **Atelier 3 – Réactions du corps au stress & Maîtriser ses émotions et faire face aux préjugés**
Groupe A : Mardi 24 octobre / Groupe B : Mercredi 25 octobre
- ▶ **Atelier 4 – Stratégies d'adaptation au stress & Développer des attentes réalistes**
Groupe A : Mardi 7 novembre / Groupe B : Mercredi 8 novembre
- ▶ **Atelier 5 – Support social & Prendre soin de soi**
Groupe A : Mardi 21 novembre / Groupe B : Mercredi 22 novembre



18h30 à 21h00



Pour le bon fonctionnement du groupe...

Le groupe forme une équipe.

Ici, tout le monde, l'animatrice, y compris sont au même niveau.

Nous sommes tous ici pour apprendre.



- ▶ **Respect** : De chacun des participants, de ses opinions, de ses expériences et de son rythme.
- ▶ **Confidentialité** : Ce qui se dit ici demeure ici.
- ▶ **Partage** : Il y aura des moments où les échanges seront privilégiés. Toutefois, il peut arriver de devoir vous arrêter pour se recentrer sur le contenu.
- ▶ **Présence** : Elle est attendue tous les ateliers. Si vous devez vous absenter ou être retardé, il serait souhaitable de le signaler à l'avance.

Signature d'une entente de groupe

**«La vie débute hors
de ta zone de confort»**

Activité « Brise-Glace »
Pour apprendre à mieux se connaître...

Plan de la rencontre

Partie 1 Introduction au stress



- ▶ **Activité d'introduction**
Qu'est-ce qui vous stress ?
- ▶ **Théorie**
Modèle S.P.I.N.
- ▶ **Exercice d'apprentissage**
Recette du stress
- ▶ **Conclusion**
Journal de bord

Activité d'introduction : *Qu'est-ce qui vous stress ?*



NOUS SAVONS TOUS CE QUE LE STRESS EST, MAIS LE SAVONS-NOUS VRAIMENT ?

Qu'est-ce que le stress exactement ?

Un stressor peut être n'importe quoi qui vous rend stressé. Un stressor peut être un événement, une situation, un individu, un commentaire ou n'importe quoi qui peut être interprété comme étant négatif ou menaçant.

- ▶ En équipe de deux ou trois personnes, trouvez un exemple de stressor en lien avec l'accompagnement de votre proche ayant une problématique de santé mentale. Inscrivez l'exemple sur une feuille et l'insérez dans le pot.

Exemple : Je me sens stressé lorsque mon proche ne prend pas sa médication adéquatement.

Théorie : Modèle S.P.I.N.



Quatre éléments / Ingrédients sont...

- ▶ **Sens de contrôle faible** : Vous sentez que vous avez peu ou pas de contrôle sur la situation.
Exemple : Mon proche consomme des drogues malgré les restrictions de son médecin.
- ▶ **Personnalité menacée** : Vos compétences, habiletés et/ou valeurs personnelles sont remises en question.
Exemple : Mon proche refuse mon aide pour se trouver un logement.
- ▶ **Imprévisibilité** : Quelque chose d'inattendu se produit, vous ne saviez pas que cela allait arriver.
Exemple : Mon proche vient d'être hospitalisé en raison de son problème de santé mentale.
- ▶ **Nouveauté** : La situation est quelque chose de nouveau que tu n'as pas vécu auparavant.
Exemple : Mon proche tente d'essayer une nouvelle médication.

Exercice d'apprentissage : Recette du stress



Est-ce que vos stresseurs contiennent des éléments / ingrédients de la recette ?

- ▶ Pour chaque stresser, examinons la présence de ces quatre éléments...

STRESSEURS	Sens de contrôle faible	Personnalité menacée	Imprévisibilité	Nouveauté
1. Je me sens stressé lorsque mon proche ne prend pas sa médication adéquatement.	X	X	X	X
2.				
3.				
4.				

Plus il y a d'éléments/ingrédients, plus stressé vous vous sentirez !

Conclusion : *Journal de bord*



À chaque fois que vous vivez une situation stressante, d'ici le deuxième atelier, particulièrement en lien avec votre proche ayant une problématique de santé mentale...

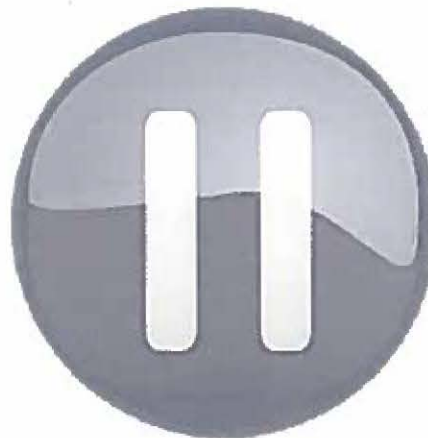
- Remplir le tableau « Recette du stress », en identifiant chacun des stressés vécus et le(s) élément(s)/ingrédient(s) du S.P.I.N. attaché(s) à celui-ci.

Objectif :

Identifier au moins un stressé et ses éléments/ingrédients (S.P.I.N.)

Pause
15 minutes

À votre
disposition...
Eau, café, thé,
collation



Plan de la rencontre

Partie 2

Rehausser son estime de soi



- ▶ **Activité d'introduction**
Thermomètres de l'estime de soi
- ▶ **Théorie**
Rehausser son estime de soi
- ▶ **Exercice d'apprentissage**
Mon autoportrait
- ▶ **Conclusion**
Journal de bord

Activité d'introduction : *Thermomètres de l'estime de soi*

Situez votre degré d'habileté actuel
sur le thermomètre (en général) :



- ▶ Excellent (100%)
- ▶ Bien (75%)
- ▶ Moyen (50%)
- ▶ Peu (25%)
- ▶ Presque pas (10%)

Situez votre degré d'habileté actuel
sur le thermomètre (en lien avec
l'accompagnement de votre proche) :



- ▶ Excellent (100%)
- ▶ Bien (75%)
- ▶ Moyen (50%)
- ▶ Peu (25%)
- ▶ Presque pas (10%)

Théorie : *Rehausser son estime de soi*



Définition :

L'estime de soi, c'est comment on se voit, et si nous aimons cette perception de nous-même.

Composantes associées :

Appréciation personnelle, confiance en soi, acceptation de soi, affirmation, expériences vécues et apprentissages retirés, prises de responsabilités, réponse à ses besoins, éducation et culture;

Trois éléments :

► **L'amour de soi** : Élément le plus important des trois ingrédients. S'estimer implique de s'évaluer, mais s'aimer ne souffre aucune condition : on s'aime malgré ses défauts et ses limites, malgré les échecs et les revers, simplement parce qu'une petite voix intérieure nous dit que l'on est digne d'amour et de respect. Cet amour de soi est inconditionnel, ne dépend pas de nos performances. Il explique que nous puissions résister à l'adversité et nous reconstruire après un échec.

Lelord, F. et André, C. (2002). *L'Estime de soi*. Les Éditions Odile Jacob : Paris.

Théorie : *Rehausser son estime de soi*



Trois éléments (suite) :

► **Vision de soi** : Deuxième composante, regard que l'on porte sur soi, évaluation, fondée ou non, que l'on fait de ses qualités et de ses défauts, c'est le deuxième pilier de l'estime de soi. Il ne s'agit pas seulement de la connaissance de soi; l'important n'est pas la réalité des choses, mais la conviction que l'on a d'être porteur de qualités ou de défauts, de potentialités ou de limitations. En ce sens, c'est un phénomène où la subjectivité tient le beau rôle : son observation est difficile, et sa compréhension délicate.

► **Confiance en soi** : Troisième composante de l'estime de soi avec laquelle, du reste, on la confond souvent, la confiance en soi s'applique surtout à nos actes. Être confiant, c'est penser que l'on est capable d'agir de manière adéquate dans les situations importantes.

Lelord, F. et André, C. (2002). *L'Estime de soi*. Les Éditions Odile Jacob : Paris.

Exercice d'apprentissage : *Mon autoportrait*



Répondre à ses questions d'introspection :

- ▶ 1. Nommer vos besoins et aspirations que vous respectez. (Amour de soi)
- ▶ 2. Nommer vos compétences, talents et qualités. (Vision de soi)
- ▶ 3. Nommer vos réussites et vos bons coups. (Confiance en soi)
- ▶ 4. Nommer des phrases positives que vous utilisez pour parler à l'intérieur de vous positivement.
- ▶ 5. Nommer ce que les membres de votre entourage disent de vous positivement.
- ▶ 6. En quoi la problématique de santé mentale de votre proche ébranle-t-elle votre vision de vous ?
- ▶ 7. En quoi la problématique de santé mentale de votre proche ébranle-t-elle votre confiance en vous ?
- ▶ 8. Dans quelles circonstances votre estime et votre confiance sont ébranlées ?
- ▶ 9. Nommer vos forces et compétences vous servant à accompagner votre proche ou composer avec sa problématique ?
- ▶ 10. Nommer les circonstances où vous utiliser vos forces et compétences et autres circonstances qui pourraient servir ?

Attention aux éléments pouvant détruire ou diminuer votre estime !!!

Exercice d'apprentissage : *Mon autoportrait*



Indiquer les éléments pouvant atteindre votre estime :

- Le manque de remise en question des paroles blessantes reçues durant mon enfance;
- Le manque de reconnaissance de mes réussites, compétences et talents;
- Un discours intérieur qui me victimise ou m'écrase;
- La crainte de m'affirmer, de faire connaître mes convictions;
- Le sentiment de ne pas être une personne aimable ou intéressante;
- La passivité, la crainte de m'engager dans l'action;
- Le manque d'indulgence et de pardon envers moi;
- L'incapacité d'apprécier ce qui est valable dans une expérience qui n'a pas donné tout ce qu'on attendait d'elle;
- L'incapacité à m'encourager moi-même;
- La difficulté à recevoir une critique constructive ou un compliment;

Parmi les éléments ci-dessus, quels énoncés vous souhaitez travailler et de quelles façons (Quoi ? Quand ? Avec qui ?) ?

Conclusion : *Journal de bord*



À chaque fois que vous faites un bon coup ou une action bienveillante envers vous-même, d'ici le deuxième atelier, particulièrement en lien avec votre proche ayant une problématique de santé mentale...

- Remplir le journal de bord, en identifiant chacun de vos bons coups et/ou actions bienveillantes faites envers VOUS.

Objectif :

Identifier au moins trois bons coups et/ou actions bienveillantes faits envers vous

PROCHAIN ATELIER...

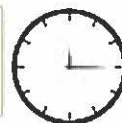
Interprétation du
stress
&
Communiquer et
mettre ses limites

Atelier 2

Interprétation du stress
&
Communiquer et mettre ses limites

Prochain rendez-vous :

Groupe A : Mardi 10 octobre 2017
Groupe B : Mercredi 11 octobre 2017



18h30
à 21h00

DEVOIRS


- ÊTRE BIENVEILLANT ENVERS VOUS-MÊME
 - Remplir l'évaluation de l'atelier 1
 - Compléter les exercices du journal de bord
 - Prendre connaissance des lectures (facultatif)

A suivre ...!

Références

- ▶ Huard, J-P. et al. (s.d.). *Programme : Alliance*. Rimouski : La lueur de l'espoir du Bas-Saint-Laurent.

 - ▶ Lupien, S. (2010). *Par amour du stress*. Les Éditions au Carré inc.

 - ▶ Lupien, S. et al. (2011). *Programme: Déstresse et Progresse*. Centre d'études sur le stress humain.
- 



Programme

« DÉSTRESSE...PROGRESSE... & CIE »

Atelier 2

Par Amélie Dion

Projet de maîtrise en évaluation de programme en psychoéducation
de l'Université de Montréal à Montréal (UdeM)

Adaptation des programmes :

- ▶ *Déstresser et Progresser (Lupien et al., 2011)*
- ▶ *Alliance (Huard et al., s.d.)*

Automne 2017

Structure des rencontres

- ▶ **Atelier 1 – Introduction au stress & Rehausser son estime de soi**
Groupe A : Mardi 26 septembre / Groupe B : Mercredi 27 septembre
- ▶ **Atelier 2 – Interprétation du stress & Communiquer et mettre ses limites**
Groupe A : Mardi 10 octobre / Groupe B : Mercredi 11 octobre
- ▶ **Atelier 3 – Réactions du corps au stress & Maîtriser ses émotions et faire face aux préjugés**
Groupe A : Mardi 24 octobre / Groupe B : Mercredi 25 octobre
- ▶ **Atelier 4 – Stratégies d'adaptation au stress & Développer des attentes réalistes**
Groupe A : Mardi 7 novembre / Groupe B : Mercredi 8 novembre
- ▶ **Atelier 5 – Support social & Prendre soin de soi**
Groupe A : Mardi 21 novembre / Groupe B : Mercredi 22 novembre



18h30 à 21h00



Pour le bon fonctionnement du groupe...

Le groupe forme une équipe.

Ici tout le monde, l'animatrice, y compris sont au même niveau.

Nous sommes tous ici pour apprendre.



- ▶ **Respect** : De chacun des participants, de ses opinions, de ses expériences et de son rythme.
- ▶ **Confidentialité** : Ce qui se dit ici demeure ici.
- ▶ **Partage** : Il y aura des moments où les échanges seront privilégiés. Toutefois, il peut arriver de devoir vous arrêter pour se recentrer sur le contenu.
- ▶ **Présence** : Elle est attendue tous les ateliers. Si vous devez vous absenter ou être retardé, il serait souhaitable de le signaler à l'avance.

« Tous les hommes pensent que le bonheur se trouve au sommet de la montagne. Alors qu'il réside dans la façon de la gravir. »
- Confucius

Retour sur l'atelier 1

Introduction au stress & Rehausser son estime de soi

Plan de la rencontre

Partie 1 Interprétation du stress



► **Activité d'introduction**

Retour sur l'atelier 1



► **Théorie**

Interprétation du stress



► **Exercice d'apprentissage**

Et... Action !



► **Conclusion**

Journal de bord

Activité d'introduction : *Retour sur l'atelier 1*



► Combien d'événement(s) stressant(s) avez-vous vécu(s) depuis le premier atelier ?

► Avons-nous des stressseurs communs ?

Compilons la liste des événements stressants vécus dans le tableau...

STRESSEURS	Sens de contrôle faible	Personnalité menacée	Imprévisibilité	Nouveauté
1. Je me sens stressé lorsque mon proche ne prend pas sa médication adéquatement.	X	X	X	X

2.

**Nous sommes tous différents dans le type de stressseur que nous PERCEVONS...
Nous faisons face à des stressseurs différents, mais aussi on a des stressseurs communs...**

Théorie : Interprétation du stress



À partir d'un stresser commun

- ▶ 1) Pourquoi il s'agit d'un stresser selon vous ?
- ▶ 2) Quels éléments / ingrédients sont impliqués dans le stresser ?
(*Sens de contrôle faible; Personnalité menacée; Imprévisibilité; Nouveauté*)
- ▶ 3) Qui pense que c'est une situation avec un **sentiment de faible contrôle** ? Pourquoi ?
- ▶ 4) Menaçante pour la **personnalité** ? Pourquoi ?
- ▶ 5) **Imprévisible** ? Pourquoi ?
- ▶ 6) **Nouvelle** ? Pourquoi ?

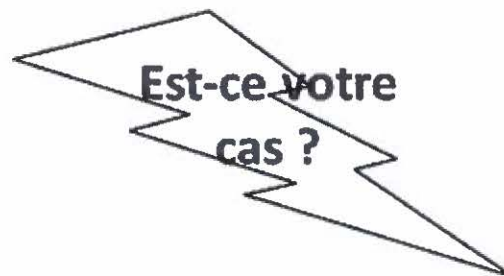
*Les gens ont différentes interprétations d'une même situation stressante...
Nous PERCEVONS toutes les situations et les événements différemment...
Ce qui est stressant pour soi ne l'est pas forcément pour l'autre ou n'est pas interprété de la même façon...*

Théorie : Interprétation du stress



ET LE STRESS... Comme membre de l'entourage d'une personne ayant une problématique de santé mentale...

- ▶ Reconnaître les stresser :
 - Contact quotidien
 - Caractéristiques propres
 - Indices de bouleversement
- ▶ Je me sens affecté(e)...
 - Au plan émotif
 - Au plan interpersonnel
 - Au plan spirituel
 - Au plan compartemental
 - Au plan cognitif



Exercice d'apprentissage : *Et... Action !*



Activité : Actons-le !

- ▶ Former des équipes de 5 ou 6 participants;
- ▶ Chacune des équipes a 5 minutes pour monter un sketch dans lequel ils feront face à une situation stressante en lien avec l'accompagnement d'un proche ayant une problématique de santé mentale;
- ▶ Chaque situation doit contenir (2) éléments du **S.P.I.N.**;
- ▶ Le reste du groupe devra identifier ces éléments et les expliquer;

Objectif: Permettre au groupe d'acter une situation stressante afin de prendre conscience de la façon dont le stress peut être vécu dans leur vie et comment les gens peuvent vivre la même situation et la percevoir stressante pour différentes raisons.

3... 2... 1... ACTION !

Conclusion : *Journal de bord*



À chaque fois que vous vivez une situation stressante, d'ici le troisième atelier, particulièrement en lien avec votre proche ayant une problématique de santé mentale...

- ▶ Identifier le(s) **stresseur(s)** vécu(s)
- ▶ Identifier le(s) **élément(s)/ingrédient(s)** de chaque stresseur
- ▶ Répondre à la question : « **Comment je sais que je suis stressé(e) ?** »
- ▶ Répondre à la question : « **Comment mon corps réagit au stress ?** »

Objectif :
Effectuer les (4) consignes
pour au moins un stresseur
vécu.

Pause
15 minutes

À votre
disposition...
Eau, café, thé,
collation



Plan de la rencontre

Partie 2
*Communiquer
et mettre ses
limites*



▶ **Activité d'introduction**

Communiquons sur le sujet



▶ **Théorie**

Communiquer et mettre ses limites



▶ **Exercice d'apprentissage**

Éviter les pièges de la communication



▶ **Conclusion**

Journal de bord

Activité d'introduction : *Communiquons sur le sujet*



Discussion de groupe

- ▶ Comment décrivez-vous votre habileté à communiquer avec votre entourage immédiat et celle de votre proche atteint de maladie mentale ?
- ▶ Quelles attitudes ou façons de faire que vous employez que vous souhaitez conserver avec votre entourage immédiat et celle de votre proche atteint de maladie mentale ?
- ▶ Quelles attitudes ou façons de faire que vous employez que vous souhaitez modifier avec votre entourage immédiat et celle de votre proche atteint de maladie mentale ?

Activité d'introduction : *Communiquons sur le sujet*



VRAI OU FAUX ? Mettre ses limites c'est...

- ▶ Dire non à toutes les demandes...
- ▶ Permettre à l'autre de développer son potentiel...
- ▶ Aider ou accompagner sans s'épuiser...
- ▶ Faire seulement ce qu'il nous plaît...
- ▶ Se respecter et respecter l'autre...
- ▶ Forcer l'autre à faire ce qu'on pense être son bien...
- ▶ Agir en personne qui se soucie de son propre bien-être...

Théorie : Communiquer et mettre ses limites



Définition communication

- ▶ **Définition** : C'est se dire, c'est dire à l'autre, c'est aussi d'écouter l'autre, c'est entrer dans le monde de l'autre;
- ▶ **Nous utilisons** : Un langage, nos sentiments, attitudes, désirs, besoins, et attentes;
- ▶ **Nos messages** : Traduisent notre pensée, sont reçus et décodés par les autres;
- ▶ **Interprétation de l'autre**: Se fait en fonction de nos mots, notre ton, nos gestes, attitudes, de sa personnalité, son éducation et ses expériences;

Communication efficace

- ▶ **Base** : Authenticité et empathie (qualité de présence et écoute, respect, non-jugement, responsabilisation de soi et acceptation de l'autre);
- ▶ **Message** : Concis, clair, adressé en « Je », sans jugement;
- ▶ **Quoi exprimer ?** : Une pensée, observation, sentiment, besoin → amène la négociation et/ou le changement;
- ▶ **Façon de le transmettre le message** : Ton, faciès, attitude, gestes (non-verbal);
- ▶ **Moment choisi**;

Communiquer avec un proche ayant une problématique de santé mentale...

Théorie : Communiquer et mettre ses limites



Habilité à mettre ses limites

- ▶ **Règles** : Lignes de conduite visent l'harmonie, l'épanouissement de chacun et le bien commun;
- ▶ **Freins** : Peur, culpabilité, ignorance, nonchalance;
- ▶ **Conséquences positives de la mise en place de limites**: Elles sont beaucoup plus supérieures aux efforts à fournir pour les établir (responsabilisation de chaque membre et maintien de l'autonomie);
- ▶ **Deux façons principales d'être en relation** : 1- L'une nie les capacités de l'autre et l'autre fait en sorte qu'on le fait à sa place, que l'on protège ou surprotège l'autre 2- Permet de partager les difficultés et les solutions en tenant compte de la capacité d'autonomie et de la vulnérabilité de chacun;
- ▶ **Mettre ses limites** : C'est d'abord à partir de soi. C'est savoir qu'on a des responsabilités, besoins, obligations et capacités. Les limites servent à établir ce qui est permis, toléré ou pas, soit ériger une barrière entre les besoins et demandes de l'autre et ses propres besoins et bien-être.
- ▶ **Évaluer** : Événements, contextes et établir une marche à suivre comprenant des règles de fonctionnement;
- ▶ **S'autoriser à mettre des limites dans notre rôle d'accompagnateur**: Confronte ses valeurs, croyances, peurs et perceptions. C'est réfléchir sur soi, sur ce que l'on veut être et ce que l'on veut faire. Un travail jamais fini, mais procurant un espace de respect et confort qui rend le quotidien plus léger et attirant;

Théorie : Communiquer et mettre ses limites



Processus de changement

- ▶ 1. **Volonté de changer** : Le changement ne peut s'effectuer sans au préalable, avoir la volonté de vouloir changer des choses et l'assurance d'y voir un avantage à le faire;
- ▶ 2. **Avantages et désavantages du changement**: Il est important de regarder les avantages et désavantages à établir une autre façon de fonctionner;
- ▶ 3. **Objectif**: Il faut identifier l'objectif que l'on veut atteindre;
- ▶ 4. **Moyens** : Il faut identifier les moyens pour y parvenir;
- ▶ 5. **Action**: Il reste à mettre le changement désiré en place, c'est-à-dire de passer à l'action;
- ▶ 6. **PERSÉVÉRANCE** : Une fois l'expérimentation faite, si le changement effectué améliore le fonctionnement, il reste à maintenir le changement, à le consolider en se rappelant les nouvelles directives et en n'acceptant pas de laisser aller quand les vieilles habitudes veulent refaire surface;
- ▶ 7. **Réévaluation** : Évaluer si les objectifs sont atteints, vérifier avec un proche, si possible. Maintenir le changement ou faire les modifications si nécessaire;

Exercice d'apprentissage : Éviter les pièges de la communication



Quatre éléments doivent être pris en considération lors de la communication...

- ▶ 1. **L'observation** : Nous réagissons à quelque chose que nous observons, entendons ou que nous disons.
Ex. J'observe que mon proche atteint porte les mêmes vêtements depuis quatre jours.
- ▶ 2. **Le sentiment** : Cette observation suscite en nous un ou plusieurs sentiments.
Ex. Je suis inquiet, ennuyé, contrarié, irrité.
- ▶ 3. **Le besoin** : Ces sentiments nous renseignent sur nos besoins.
Ex. J'ai besoin qu'il respecte les exigences d'hygiène dans la famille, qu'il ne dégage pas de mauvaises odeurs.
- ▶ 4. **La demande** : Ayant pris conscience de nos besoins, on peut enclencher une demande ou action concrète.
Ex. Je voudrais que tu changes ces vêtements afin qu'on puisse les laver et que tu sentes bon.

À partir d'une mise en situation nommée par l'animatrice, pratiquez-vous en équipe de (3) à communiquer tout en évitant les pièges de la communication...
(1) communicateur + (1) récepteur + (1) observateur

Exercice d'apprentissage : Éviter les pièges de la communication



Instaurer vos limites...

ZONE DU « OUI »	ZONE DE NÉGOCIATION	ZONE DU « NON »
<i>Exemple : Je suis d'accord pour que tu restes au lit tard le matin.</i>	<i>Exemple: Je peux regarder avec toi les jours où tu pourras faire la grasse matinée.</i>	<i>Exemple : Je refuse que tu restes au lit le matin après 10 heures.</i>

En poursuivant avec la mise en situation en équipe, instaurer vos limites en respectant les principes de base et évitant les pièges de la communication. Indiquez votre zone du « oui », votre zone de « négociation » et votre zone du « non ».

Conclusion : Journal de bord



Suite à l'atelier vécu, indiquez un changement (instaurer une limite) que vous souhaiteriez mettre en place en lien avec votre proche ayant une problématique de santé mentale si possible, en respectant les étapes du processus de changement :

- ▶ Volonté de changer
- ▶ Avantages et désavantages du changement
- ▶ Objectif
- ▶ Moyens
- ▶ Action
- ▶ PERSÉVÉRANCE
- ▶ Réévaluation

Objectif :

Identifiez au moins un changement (limite) que vous souhaitez mettre en place en respectant les étapes du processus de changement

ATELIER 3

Réactions du corps
au stress

&

Maîtriser ses
émotions et faire
face aux préjugés

A suivre ...!

DEVOIRS

- ▶ Remplir l'évaluation de l'atelier 2
- ▶ Compléter les exercices du journal de bord
- ▶ Prendre connaissance des lectures (facultatif)
- ▶ Faire les exercices complémentaires (facultatif)

Prochain rendez-vous :

Groupe A : Mardi 24 octobre 2017
Groupe B : Mercredi 25 octobre 2017



Références

- ▶ Brillon, P. (2016). *Formation sur la fatigue de compassion et trauma vicariant*.
- ▶ Huard, J-P. et al. (s.d.). *Programme : Alliance*. Rimouski : La lueur de l'espoir du Bas-Saint-Laurent.
- ▶ Lupien, S. (2010). *Par amour du stress*. Les Éditions au Carré inc.
- ▶ Lupien, S. et al. (2011). *Programme: Déstresser et Progresser*. Centre d'études sur le stress humain.



Programme

« DÉSTRESSE...PROGRESSE... & CIE »

Atelier 3

Par Amélie Dion

Projet de maîtrise en évaluation de programme en psychoéducation
de l'Université de Montréal à Montréal (UdeM)

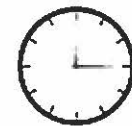
Adaptation des programmes :

- ▶ *Déstresser et Progresser (Lupien et al., 2011)*
- ▶ *Alliance (Huard et al., s.d.)*

Automne 2017

Structure des rencontres

- ▶ **Atelier 1 – Introduction au stress & Rehausser son estime de soi**
Groupe A : Mardi 26 septembre / Groupe B : Mercredi 27 septembre
- ▶ **Atelier 2 – Interprétation du stress & Communiquer et mettre ses limites**
Groupe A : Mardi 10 octobre / Groupe B : Mercredi 11 octobre
- ▶ **Atelier 3 – Réactions du corps au stress & Maîtriser ses émotions et faire face aux préjugés**
Groupe A : Mardi 24 octobre / Groupe B : Mercredi 25 octobre
- ▶ **Atelier 4 – Stratégies d'adaptation au stress & Développer des attentes réalistes**
Groupe A : Mardi 7 novembre / Groupe B : Mercredi 8 novembre
- ▶ **Atelier 5 – Support social & Prendre soin de soi**
Groupe A : Mardi 21 novembre / Groupe B : Mercredi 22 novembre



18h30 à 21h00



Pour le bon fonctionnement du groupe...

Le groupe forme une équipe.

ici tout le monde, l'animatrice, y compris sont au même niveau.

Nous sommes tous ici pour apprendre.



- ▶ **Respect** : De chacun des participants, de ses opinions, de ses expériences et de son rythme.
- ▶ **Confidentialité** : Ce qui se dit ici demeure ici.
- ▶ **Partage** : Il y aura des moments où les échanges seront privilégiés. Toutefois, il peut arriver de devoir vous arrêter pour se recentrer sur le contenu.
- ▶ **Présence** : Elle est attendue tous les ateliers. Si vous devez vous absenter ou être retardé, il serait souhaitable de le signaler à l'avance.

« La croissance est un processus. Vous gagnez, vous perdez, vous pleurez, vous grandissez, vous apprenez, vous essayez, vous échouez, mais vous continuez à essayer. Le temps est le vrai luxe »

Retour sur l'atelier 1 & 2

- ☛ Introduction au stress & Rehausser son estime de soi
- ☛ Interprétation du stress & Communiquer et mettre ses limites

Plan de la rencontre

Partie 1 *Réactions du corps au stress*



▶ **Activité d'introduction**
Retour sur l'atelier 2



▶ **Théorie**
Réactions du corps au stress
Stratégies d'adaptation centrées sur les émotions



▶ **Exercice d'apprentissage**
Où va l'énergie ?



▶ **Conclusion**
Journal de bord

Activité d'introduction : *Retour sur l'atelier 2*



- ▶ Combien d'événement(s) stressant(s) avez-vous vécu(s) depuis le deuxième atelier ?
- ▶ Quels sont les ingrédients / éléments de ce(s) stresser(s) ?
- ▶ Comment votre corps a réagi à ce(s) stresser(s) ?

Comment votre corps répond lorsqu'il fait face à une situation stressante ?

- ▶ Prendre son pouls au repos...
- ▶ C'est le moment de danser un peu... *Respirez-vous bien ? Transpirez-vous ? Vos muscles sont-ils tendus ?*
- ▶ Prendre son pouls après l'effort... *Est-il plus rapide ?*

**Votre corps réagit après un stress de la même manière, car lors de l'effort, on accumule et utilise l'énergie...
En situation de stress, le corps accumule aussi de l'énergie → MOBILISATION D'ÉNERGIE**

Théorie : Réactions du corps au stress



Mobilisation de l'énergie

Retournons dans le temps, il y a un million et demi d'années, à l'époque préhistorique, les chasseurs de la tribu Bogong cherchaient de la nourriture. Soudain, un énorme mammouth avec de longues défenses blanches et un pelage laineux surgit; nous faisons face à quelque chose de stressant ! Que faisons-nous ?

Nous avons deux choix, soit nous combattons le mammouth, soit nous tentons de le fuir. C'est exactement ce à quoi sert la réponse de stress de ton corps : elle rassemble l'énergie qui te prépare à fuir ou à combattre et tuer le mammouth. C'est ce qu'on appelle la réponse de combat ou la fuite.

Lorsque vous êtes stressé(e), votre corps est votre meilleur ami, car il rassemble la force nécessaire à la survie, ce rassemblement de force est appelé mobilisation d'énergie.

Théorie : Réactions du corps au stress (Suite)



Signes physique du stress :

- ▶ Augmentation de la sécrétion d'hormones de stress, le cortisol est l'hormone la plus importante;
- ▶ Pupilles se dilatent, grossissent, afin que nous puissions voir plus clairement;
- ▶ Poils se dressent, nous rendant plus sensible à notre environnement et nous faisant paraître plus gros afin d'intimider notre adversaire;
- ▶ Rythme cardiaque augmente afin que l'on puisse pomper plus de sang vers nos muscles qui travaillent;
- ▶ Respiration s'accélère;
- ▶ Glandes sudoripares s'ouvrent afin de permettre au corps de se refroidir lorsqu'il est surmené.

ÉCOUTE TON CORPS !!!

Être conscient de la façon dont ton corps réagit peut t'aider à réaliser que vous êtes stressé(e)...

Exercice d'apprentissage : Où va l'énergie ?



Discussion de groupe

Aujourd'hui, les mammoths ne nous stressent plus, mais le corps réagit de la même façon pour survivre alors que le stress vécu actuellement ne représente pas nécessairement un danger pour notre survie...

- ▶ Pouvez-vous combattre ou fuir les stressseurs nommés jusqu'à maintenant ?
- ▶ Que faire avec l'énergie ?
- ▶ Comment faites-vous pour vous débarrasser de l'énergie après un stress ?

Chacun a une manière différente de se débarrasser de son énergie...
Tout comme notre PERCEPTION du stress est différente pour chacun...
Notre manière de RÉAGIR au stress est différente...

Théorie : Stratégies d'adaptation



Stratégies d'adaptation centrées sur les émotions changeant la façon dont nous nous sentons

- ▶ Faire du bien autour de soi : Lorsque nous faisons un geste de bonne volonté, le cerveau envoie des messages positifs au corps, et ces messages diminuent le stress. *Exemples: Être bénévole, bonne action, etc.*
- ▶ Rire : Pendant que nous rions, nous sécrétons des hormones qui diminuent les effets des hormones de stress. *Exemples: BD, blagues, voir un spectacle d'humour, écouter une comédie, etc.*
- ▶ Bouger : Garder son énergie accumulée pour bouger. *Exemples: Sport, courir, escaliers, etc.*
- ▶ Respiration abdominale : Permet de « faire croire » à son corps que nous ne sommes pas réellement stressé, envoi un message servant à arrêter la réponse au stress. *Exemples :*
 - Chanter : Garder une note (Éirement du diaphragme);
 - Prier : Voix monotone (Éirement du diaphragme);
 - Écouter de la musique douce : Cerveau synchronise la respiration avec la musique;

Conclusion : *Journal de bord*



À chaque fois que vous vivez une situation stressante, d'ici le quatrième atelier, particulièrement en lien avec votre proche ayant une problématique de santé mentale...

- ▶ Inscrire le(s) **stress**eur(s) vécu(s) et le(s) ingrédient(s) lié(s);
- ▶ Inscrire le(s) **indice(s)** physique(s) du corps perçu(s);
- ▶ Inscrire comment vous avez **dépensé votre énergie**;

Objectif :

Faire une activité d'au moins une heure pour dépenser son énergie

Pause
15 minutes

À votre
disposition...
Eau, café, thé,
collation



Plan de la rencontre

Partie 2 Maîtriser ses émotions et faire face aux préjugés



▶ Activité d'introduction

Qu'est-ce que les émotions ?

▶ Théorie

Émotions susceptibles d'interférer dans le rôle d'accompagnateur...

▶ Exercice d'apprentissage

Les préjugés...

▶ Conclusion

Journal de bord

Activité d'introduction : *Qu'est-ce que les émotions ?*



Définition du concept

- ▶ Nous avons tous des émotions et celles-ci ont leur raison d'être (nécessaires, voire essentielles);
- ▶ Notre boussole pour déterminer notre direction à prendre;
- ▶ Il existe un éventail d'émotions et de mots pour les décrire;
- ▶ L'émotion est le message envoyé au corps pour signaler un événement, une pensée qui vient diriger notre quotidien en l'embellissant ou en l'assombrissant;
- ▶ Si elles ne sont pas prises en compte, ou si elles ne sont pas vécues de façon responsable, elles peuvent facilement détériorer nos relations et notre plaisir de vivre;
- ▶ Il n'existe pas de bonnes ou mauvaises émotions, elles peuvent être plus ou moins difficiles à ressentir, plus ou moins désagréables, mais tous indispensables;

Une émotion, c'est une réaction à quelque chose qui se produit dans votre entourage, mais cette réaction peut aussi surgir à la suite de quelque chose qui se passe dans votre tête, dans votre imaginaire uniquement! En fait, les émotions sont une foule de manifestations qui se passent dans le corps et dans la tête et que la conscience rassemble pour faire un tout.

Activité d'introduction : Qu'est-ce que les émotions ?



Rôle des émotions

- ▶ Les émotions donnent des indications sur nos relations et à nos vis-à-vis.
- ▶ L'éclairage de nos décisions (Réponse satisfaisante ou insatisfaisante sur nos besoins);
- ▶ Elles donnent parfois l'énergie ou carburant nécessaire pour agir;

Maîtrise des émotions

- ▶ Contrôle de l'intensité de nos émotions;
- ▶ La façon de les exprimer;
- ▶ Importance de les extérioriser;

Effet des préjugés sur l'état de bien-être

- ▶ Préjugés nous gardent à l'étroit, emprisonnent l'esprit et étouffent notre élan de vie;
- ▶ Ils rappellent l'intolérance, l'ignorance, la tendance à la catégorisation (bon ou mauvais), les peurs, l'incompréhension, ce qui n'appartient pas à la majorité;
- ▶ Les préjugés sont les barrières verrouillées et la clé en est la connaissance, le respect des différences, l'ouverture et l'accueil.

Théorie : Émotions susceptibles d'interférer dans le rôle d'accompagnateur... COLÈRE



Définition

- ▶ Émotion puissante, traduite souvent de l'insatisfaction;
- ▶ Elle se manifeste à l'égard de ce que nous identifions, à tort ou à raison comme responsable de notre frustration;
- ▶ L'injustice, l'impuissance, le mépris, la rancune et la déception sont des versions de la colère;

À quoi ça sert ?

- ▶ **Importance de l'intention:** Exprimer des limites, insatisfactions plutôt qu'avoir du pouvoir sur l'autre, avoir raison, faire mal à l'autre (Ennemi : Pas la colère → Garder pour soi);
- ▶ Fournis l'énergie nécessaire pour vaincre l'obstacle → Précurseur d'une mobilisation de ses ressources pour répondre à ses visions, besoins et objectifs de façon satisfaisante;

Que faire avec cette émotion ?

- ▶ **Accueillir, ressentir et comprendre :** Indique l'ampleur du « comment » nous sommes affectés;
- ▶ **Évacuation** → Préoccupation de diminuer les facteurs d'irritation qui l'ont engendré;
- ▶ **Avec soi :** Peut s'écrire, se dessiner, se crier seul, coups dans un oreiller, etc.



Théorie : Émotions susceptibles d'interférer dans le rôle d'accompagnateur... CULPABILITÉ

Définition

- ▶ Colère mal gérée ou mal exprimée peut se transformer en culpabilité;
- ▶ Concerne les manquements moraux;
- ▶ Messagère de notre conscience;

À quoi ça sert ?

- ▶ Comprendre l'origine de sa culpabilité, de ses interdits, apprendre à déjouer les comportements des personnes culpabilisantes, apprendre à mieux se connaître et à mieux s'assumer;
- Responsable oui → Coupable non*

Que faire avec cette émotion ?

- ▶ S'excuser, réparer le tort causé ou l'erreur;
- ▶ Apprendre à exprimer les vraies émotions et ceci permettra de diminuer la culpabilité, prendre la responsabilité de ce que je vis et des conséquences liées;

Théorie : Émotions susceptibles d'interférer dans le rôle d'accompagnateur... TRISTESSE

Définition

- ▶ Manque affectif ou perte;
- ▶ Privation d'une chose importante à nos yeux;
- ▶ Varie selon la valeur attribuée à la perte;
- ▶ Synonyme de sympathie à l'égard d'une personne souffrante;

À quoi ça sert ?

- ▶ Apprends à éviter les situations qui la provoquent;
- ▶ Nous retirer de l'action et réfléchir à nos erreurs et difficultés;
- ▶ Attirer l'attention d'autrui sur nous ou expérimenter l'empathie et sympathie pour l'autre;

Que faire avec cette émotion ?

- ▶ Accueillir → Identifier l'origine → En parler → Accepter → S'en servir pour évoluer, se conforter et apprécier la vie;
- ▶ Important : Rechercher des activités qui nous sont agréables et la compagnie de gens soutenant et stimulants;



Théorie : Émotions susceptibles d'interférer dans le rôle d'accompagnateur... PEUR

Définition

- ▶ Émotion du danger (ou perception du danger);
- ▶ Émotion de l'anticipation;
- ▶ Elle apparaît très tôt durant l'enfance;

À quoi ça sert ?

- ▶ Informe sur la présence d'un danger potentiel (signal d'alarme);
- ▶ Peut nous faire exagérer le danger (imagination);
- ▶ Utile pour éviter les dangers, nous y préparer (alerte physique et psychologique);



Que faire avec cette émotion ?

- ▶ En prendre conscience;
- ▶ Être réceptif à l'information qu'elle nous transmet;
- ▶ Démêler les éléments exagérés par notre esprit du danger réel;
- ▶ Choisir d'apprivoiser la peur, de s'exposer avec prudence, de contourner ou d'éviter;

Théorie : Émotions susceptibles d'interférer dans le rôle d'accompagnateur... HONTE

Définition

- ▶ Version sociale de la culpabilité;
- ▶ Réaction d'humiliation, s'accompagne de culpabilité lorsque nos comportements sont liés;
- ▶ Sentiment pénible de notre infériorité, indignité, abaissement dans l'opinion des autres, échec dans l'atteinte de nos idéaux et ceux des autres;

À quoi ça sert ?

- ▶ Rends les autres plus indulgents, sympathiques et contribue à la régulation de nos comportements sociaux (Aide à bien se tenir en groupe);
- ▶ Signal à réfléchir à ses valeurs et ses croyances;

Que faire avec cette émotion ?

- ▶ Confier sa honte à une personne bienveillante;
- ▶ Transformer la honte en embarras;
- ▶ Réfléchir à ses croyances;
- ▶ Revenir sur les lieux ou avec les personnes où l'émotion fut ressentie;



Exercice d'apprentissage : *Les préjugés...*



Identifier les préjugés existant en regard de la maladie de votre proche :

PRÉJUGÉS	DEPUIS QUAND ?	QUI VÉHICULE CES PRÉJUGÉS ? (AMIS, FAMILLE, PARENTE, ETC.)
Il est lâche.	Depuis le début de la maladie.	Son frère, sa tante, le voisin et moi-même.

- Quelles sont les émotions que ces préjugés vous font vivre ?
- Avez-vous déjà tenté d'intervenir pour enrayer ces préjugés ?
 - Sinon, pourquoi ?
 - Si oui qu'avez-vous fait ?
 - Quels ont été les résultats ?
- Comment réagit votre proche face aux préjugés ?
- Qu'est-ce que vous pouvez faire à l'avenir face à ses préjugés ?

Conclusion : *Journal de bord*



Compléter à nouveau le tableau des préjugés et répondre aux questions individuellement de façon à mieux prendre conscience des préjugés dont vous avez et ceux qui vous entourent :

- ▶ Identifier au moins (1) préjugé qui vous entourent en lien avec votre proche si possible;
- ▶ Indiquer comment vous vous sentez face à ce préjugé;
- ▶ Décrire ce que vous avez tenté dans le passé pour enrayer ce préjugé;
- ▶ Indiquer au moins (1) moyen que vous allez tenter pour enrayer ce préjugé;

Objectif :

Identifier au moins (1) stratégie à mettre en place pour enrayer un préjugé.

ATELIER 4

Stratégies
d'adaptation au
stress

&

Développer des
attentes réalistes

A suivre ...!

DEVOIRS

- ▶ Remplir l'évaluation de l'atelier 3
- ▶ Compléter les exercices du journal de bord
- ▶ Prendre connaissance des lectures (facultatif)
- ▶ Faire les exercices complémentaires (facultatif)

Prochain rendez-vous :

Groupe A : Mardi 7 novembre 2017
Groupe B : Mercredi 8 novembre 2017



18h30
à 21h00

Références

- ▶ Huard, J-P. et al. (s.d.). *Programme : Alliance*. Rimouski : La lueur de l'espoir du Bas-Saint-Laurent.
- ▶ Lupien, S. (2010). *Par amour du stress*. Les Éditions au Carré inc.
- ▶ Lupien, S. et al. (2011). *Programme: Déstresse et Progresse*. Centre d'études sur le stress humain.



Programme

« DÉSTRESSE...PROGRESSE... & CIE »

Atelier 4

Par Amélie Dion
 Projet de maîtrise en évaluation de programme en psychoéducation
 de l'Université de Montréal à Montréal (UdeM)

Adaptation des programmes :

- *Déstresser et Progresser (Lupien et al., 2011)*
- ▶ *Alliance (Huard et al., s.d.)*

Automne 2017

Structure des rencontres

- **Atelier 1 – Introduction au stress & Rehausser son estime de soi**
 Groupe A : Mardi 26 septembre / Groupe B : Mercredi 27 septembre
- **Atelier 2 – Interprétation du stress & Communiquer et mettre ses limites**
 Groupe A : Mardi 10 octobre / Groupe B : Mercredi 11 octobre
- **Atelier 3 – Réactions du corps au stress & Maîtriser ses émotions et faire face aux préjugés**
 Groupe A : Mardi 24 octobre / Groupe B : Mercredi 25 octobre
- **Atelier 4 – Stratégies d'adaptation au stress & Développer des attentes réalistes**
 Groupe A : Mardi 7 novembre / Groupe B : Mercredi 8 novembre
- **Atelier 5 – Support social & Prendre soin de soi**
 Groupe A : Mardi 21 novembre / Groupe B : Mercredi 22 novembre



18h30 à 21h00



Pour le bon fonctionnement du groupe...

Le groupe forme une équipe.

Ici tout le monde, l'animatrice, y compris sont au même niveau.

Nous sommes tous ici pour apprendre.



- **Respect** : De chacun des participants, de ses opinions, de ses expériences et de son rythme.
- **Confidentialité** : Ce qui se dit ici demeure ici.
- **Partage** : Il y aura des moments où les échanges seront privilégiés. Toutefois, il peut arriver de devoir vous arrêter pour se recentrer sur le contenu.
- **Présence** : Elle est attendue tous les ateliers. Si vous devez vous absenter ou être retardé, il serait souhaitable de le signaler à l'avance.

**« Pour réussir, tu dois
maintenir l'équilibre entre tes
pensées, tes paroles et tes
actions. Sois cohérent dans ce que tu
veux, ce que tu dis et ce que tu fais ! »**

Retour sur les ateliers 1 à 3

- ☞ *Introduction au stress & Rehausser son estime de soi*
- ☞ *Interprétation du stress & Communiquer et mettre ses limites*
- ☞ *Réactions du corps au stress & Maîtriser ses émotions et faire face aux préjugés*

Plan de la rencontre

Partie 1 *Stratégie d'adaptation centrées sur le problème*



- **Activité d'introduction**
Retour sur l'atelier 3



- **Théorie**
Stratégie d'adaptation centrées sur le problème



- **Exercice d'apprentissage**
À votre tour de jouer !



- **Conclusion**
Journal de bord

Activité d'introduction : *Retour sur l'atelier 3*



- Combien de stresser(s) avez-vous vécu(s) depuis le dernier atelier ?
- Quels sont les éléments/ingrédients de ce(s) stresser(s) ?
- Comment votre corps a réagi à ce(s) stresser(s) ?
- Comment vous êtes-vous débarrassé de votre énergie lors d'une situation stressante ?

**Chacun doit trouver
SA solution pour
s'adapter au stress !**

Il est impossible d'éliminer le stress, donc nous devons apprendre à vivre avec...
Chacun interprète les situations stressantes différemment et c'est d'ailleurs pourquoi chacun doit apprendre à s'y adapter à sa façon. Une stratégie d'adaptation qui fonctionne pour une personne ne fonctionnera pas nécessairement pour une autre personne.

Théorie : Stratégies d'adaptation



Stratégie axée sur la cognition ou sur le problème

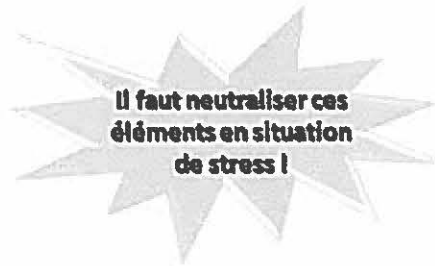
Une façon de s'adapter à une situation stressante est de **disséquer le problème** afin de voir ce qui nous rend stressé(e). Nous avons maintenant des **outils** pour savoir ce qui rend une situation stressante :

➤ Sens de contrôle faible

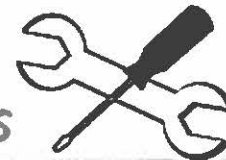
➤ Personnalité menacée

➤ Imprévisibilité

➤ Nouveauté



Théorie : Partie 1 : Disséquer son stress



Exemple de stressor pouvant être régulier :

Mon proche ayant une problématique de santé mentale adopte des comportements bizarres et imprévisibles.

➤ As-tu un bon Sens de contrôle ?

« Non ! Je ne peux pas prendre des décisions et faire les choses à sa place ! »

➤ Est-ce que la situation menace ma Personnalité ?

« Oui ! J'ai peur d'être jugé par mon entourage ! »

➤ Est-ce que c'est Imprévisible ?

« Oui ! Je ne sais jamais quand et quel comportement mon proche va adopter ! »

➤ Est-ce que c'est Nouveau ?

« Pas nécessairement, il agit ainsi depuis x années ! »

En disséquant son problème, on déconstruit les raisons pour lesquelles une situation nous stress...

Théorie : Partie 2 : *Reconstruire son stress*



Neutrallisation des ingrédients / éléments :

Trouver des façons de s'adapter aux raisons spécifiques rendant cette situation stressante.

- Que puis-je faire pour augmenter mon Sens de contrôle sur cette situation ?
Planifier davantage les contacts avec mon proche (ex: fréquence, durée, lieu, etc.).
- Que puis-je faire pour diminuer la menace à ma Personnalité ?
Tenter d'expliquer à mon entourage la situation de mon proche et sa problématique de santé mentale.
- Que puis-je faire pour diminuer l'Imprévisibilité de la situation ?
Déterminer des moments où on ne peut entrer en contact avec vous (ex: le soir, la nuit, au travail, etc.).

Ces questions donnent plus de contrôle sur la situation, la rend plus prévisible et on se sent mieux face à la situation. Ainsi, le corps arrête de produire une réponse de stress, car le cerveau ne détecte plus de menace !

Théorie : Partie 3 : *Planifier un plan B (C, D...)*



Parfois, après avoir disséqué le problème et planifié un plan, il arrive que celui-ci ne fonctionne pas aussi bien que nous le croyons. Il est donc utile d'avoir un « Plan B »

- Plan A :
Mieux encadrer la relation que j'entretiens avec mon proche (mettre ses limites).
- Plan B :
Utiliser des stratégies d'adaptation centrées sur les émotions (ex: faire du bien, rire, respiration, etc.).
- Plan C :
Prendre un temps d'arrêt, me retirer temporairement de la situation (prendre soin de soi).
- Plan D :
Contacter une intervenante au Contrevent lorsque je me sens dépassé (utilisation des ressources).

La seule chose dont le cerveau a besoin pour arrêter la réponse de stress, c'est une porte de sortie !
Nous aurions besoin d'un plan B lorsqu'on chasse le mammoth afin de négoier avec le stresser !
Lorsque le cerveau a un plan B, il diminue le signal qui mène à une réponse de stress et on se sent mieux !

Exercice d'apprentissage : À votre tour de jouer !



**En équipe de 2 ou 3 participants...
Expérimenter les stratégies d'adaptation centrées sur le problème :**

- **Choisir** un stressor vécu récemment en lien avec l'accompagnement de votre proche ayant une problématique de santé mentale;
- **Disséquer** le stressor à l'aide de l'outil S.P.I.N;
- **Reconstruire** le stressor à l'aide de l'outil S.P.I.N;
- **Planifier** un plan B (C, D...);

Conclusion : *Journal de bord*



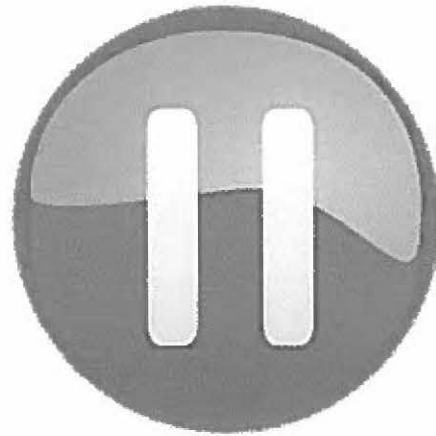
À chaque fois que vous vivez une situation stressante, d'ici le cinquième atelier, particulièrement en lien avec votre proche ayant une problématique de santé mentale...

- **Identifier** le(s) stressor(s) vécu(s);
- **Disséquer** chaque stressor à l'aide du S.P.I.N;
- **Reconstruire** votre stressor à l'aide du S.P.I.N;
- **Planifier** un plan B, (C, D...);

Objectif :
**Compléter l'ensemble de l'exercice
pour au moins un stressor vécu.**

Pause
15 minutes

À votre
disposition...
Eau, café, thé,
collation



Plan de la rencontre

Partie 2
*Développer des
attentes
réalistes*



► **Activité d'introduction**

Critères pour des attentes réalistes



► **Théorie**

Développer des attentes réalistes



► **Exercice d'apprentissage**

Discussion de groupe



► **Conclusion**

Journal de bord

Activité d'introduction :

Critères pour des attentes réalistes



Voyons les conditions à respecter pour que vos attentes soient réalistes et spécifiez dans quelle mesure vous répondez à ces critères.

CRITÈRES POUR DES ATTENTES RÉALISTES Est-ce que vous avez :	OUI	PLUS OU MOINS	NON
▶ Des bonnes connaissances et une bonne compréhension de la maladie			
▶ Une connaissance du pronostic médical quant à l'amélioration possible de l'état de santé de votre proche.			
▶ Des attentes limitées dans le temps			
▶ Des attentes partagées avec votre proche et comprises par lui.			
▶ Des attentes dites clairement et qui tiennent compte des capacités actuelles de votre proche.			
▶ Des attentes exprimées lorsque l'état de votre proche lui permet de les recevoir (état stable ou en rétablissement)			
▶ Des attentes communiquées et discutées avec les autres membres de la famille.			
▶ Des attentes qui sont mesurables (ex. faire son lit tous les matins).			
▶ Des attentes qui sont souples, pouvant être modifiées selon l'état de votre proche, de votre famille et vous-même.			
▶ Des attentes qui réfèrent à la vie quotidienne ou d'autres, pourvu qu'elles soient atteignables par votre proche.			

Théorie :

Développer des attentes réalistes



Définition

- ▶ Attente → Espoir & Désir;
 - ▶ Objectifs et rêves → Essence de la vie : Permet de se propulser dans l'action et réalisation de projets;
 - ▶ Attente → Croyance dont nous serons satisfaits, heureux et comblé;
-
- ▶ Attente → Déceptions, deuils, pertes, désillusions;
 - ▶ Si n'est pas basé sur croyance ou valeur → Désillusion courte durée et ne chamboule pas l'équilibre;
 - ▶ Si attente irréaliste basée sur croyance ou valeur profonde → Peut être énergivore → Apitoiement de soi, révolte envers la vie, perception d'injustice, victimisation, démission de nos responsabilités...

APPRENDRE À AJUSTER SES ATTENTES SELON LES CAPACITÉS ET POSSIBILITÉS

Théorie : *Développer des attentes réalistes*



Développer des attentes réalistes dans un contexte de maladie

- Connaître les symptômes, manifestations, traitements suggérés et résultats attendus;
- Modifications des capacités et des forces liées à la maladie;
- Demeurer vigilant aux changements possibles;
- Se réajuster au besoin selon les améliorations et/ou détériorations;

**VOUS AUREZ DES ATTENTES RÉALISTES DANS LA MESURE
OÙ VOUS SAUREZ BIEN SAISIR LA RÉALITÉ DE L'AUTRE**

Théorie : *Développer des attentes réalistes*



Adaptation aux pertes entraînées par la maladie... un processus lié à l'ajustement des attentes...

- ATTENTES deviennent utopiques en raison de changements dans les capacités du proche et événements imprévisibles pouvant survenir...
- DEUIL de voir ses aspirations disparaître et céder la place à un présent jamais rêvé...
- BESOINS sont un préalable aux attentes...

Vous êtes confrontés à de multiples pertes, de nombreux deuils sont déjà nécessaires. Vous devenez dans l'obligation de lâcher-prise et renoncez à ce qui n'est plus, tout en préservant ce qui est toujours présent. Vous tentez de rendre compatible le besoin de vous battre, en maintenant une attitude d'esprit positive et la nécessité d'un travail de deuil, de renoncement et d'acceptation après chaque perte.

Théorie : *Développer des attentes réalistes*



Étapes du deuil et des pertes...

- **NÉGATION** : Refus d'y croire, c'est impossible, ce doit être une erreur;
- **COLÈRE** : Reflète l'injustice et le sentiment d'impuissance;
- **MARCHANDAGE** : Reconnais la perte et recherche une solution miracle comme un médicament ou un marchandage avec Dieu promesse d'être bon ou de faire telle ou telle chose;
- **DÉPRESSION** : Tristesse, accablement, abattement, détresse, réalise que ce ne sera plus jamais comme avant la maladie;
- **ACCEPTATION** : La plaie se referme, ce n'est ni le bonheur ni le malheur. On réajuste son quotidien, on réinvestit sa vie.

Et vous, à quelle étape vous croyez être actuellement... ?

Exercice d'apprentissage : *Discussion de groupe*



Qu'en pensez-vous ?

- Dans le passé avez-vous vécu des déceptions/désillusions en raison d'attentes irréalistes envers votre proche ? Si oui, comment vous vous êtes senti(e)s ?
- Qu'est-ce que la théorie abordée et vos expériences de vie vous ont appris concernant les attentes ?
- Qu'elles sont les attitudes et stratégies étant à privilégier pour s'assurer d'avoir des attentes réalistes et éviter le plus possible les déceptions/désillusions ?

N'oubliez pas qu'il s'agit d'un cheminement difficile parsemé d'obstacles...

Conclusion : *Journal de bord*



Dans l'objectif de développer de meilleures attentes réalistes, indiquer votre journal de bord :

- Les **FORCES/CAPACITÉS** de votre proche avant et après le développement de la maladie mentale;
- Les **FAIBLESSES/PERTES** de votre proche avant et après le développement de la maladie mentale;
- Départager vos **ATTENTES** réalistes et irréalistes;

Objectif :

***Fixer au moins (1) attente réaliste envers votre proche,
si possible, en respectant ses forces et ses difficultés.***

ATELIER 4

Support social
&
Prendre soin de soi

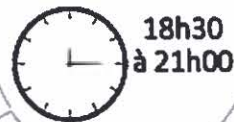
A suivre ...!

DEVOIRS

- Remplir l'évaluation de l'atelier 4
- Compléter les exercices du journal de bord
- Prendre connaissance des lectures (facultatif)
- Faire les exercices complémentaires (facultatif)

Prochain rendez-vous :


Groupe A : Mardi 21 novembre 2017
Groupe B : Mercredi 22 novembre 2017



Références

- Huard, J-P. et al. (s.d.). *Programme : Alliance*. Rimouski : La lueur de l'espoir du Bas-Saint-Laurent.

 - Lupien, S. (2010). *Par amour du stress*. Les Éditions au Carré inc.

 - Lupien, S. et al. (2011). *Programme: Détresse et Progresse*. Centre d'études sur le stress humain.
- 



Programme

« DÉSTRESSE...PROGRESSE... & CIE »

Atelier 5

Par Amélie Dion

Projet de maîtrise en évaluation de programme en psychoéducation
de l'Université de Montréal à Montréal (UdeM)

Adaptation des programmes :

- ▶ *Détresse et Progrès (Lupien et al., 2011)*
- ▶ *Alliance (Huard et al., s.d.)*

Automne 2017

Structure des rencontres

- ▶ **Atelier 1 – Introduction au stress & Rehausser son estime de soi**
Groupe A : Mardi 26 septembre / Groupe B : Mercredi 27 septembre
- ▶ **Atelier 2 – Interprétation du stress & Communiquer et mettre ses limites**
Groupe A : Mardi 10 octobre / Groupe B : Mercredi 11 octobre
- ▶ **Atelier 3 – Réactions du corps au stress & Maîtriser ses émotions et faire face aux préjugés**
Groupe A : Mardi 24 octobre / Groupe B : Mercredi 25 octobre
- ▶ **Atelier 4 – Stratégies d'adaptation au stress & Développer des attentes réalistes**
Groupe A : Mardi 7 novembre / Groupe B : Mercredi 8 novembre
- ▶ **Atelier 5 – Support social & Prendre soin de soi**
Groupe A : Mardi 21 novembre / Groupe B : Mercredi 22 novembre



18h30 à 21h00



Pour le bon fonctionnement du groupe...

Le groupe forme une équipe.

Ici tout le monde, l'animatrice, y compris sont au même niveau.

Nous sommes tous ici pour apprendre.



- ▶ **Respect** : De chacun des participants, de ses opinions, de ses expériences et de son rythme.
- ▶ **Confidentialité** : Ce qui se dit ici demeure ici.
- ▶ **Partage** : Il y aura des moments où les échanges seront privilégiés. Toutefois, il peut arriver de devoir vous arrêter pour se recentrer sur le contenu.
- ▶ **Présence** : Elle est attendue tous les ateliers. Si vous devez vous absenter ou être retardé, il serait souhaitable de le signaler à l'avance.

« Le passé est une expérience, le présent est une expérimentation et le futur est l'attente. Utilise ton expérience dans tes expérimentations afin de réaliser tes attentes. »

Retour sur les ateliers 1 à 4

- ☛ *Introduction au stress & Rehausser son estime de soi*
- ☛ *Interprétation du stress & Communiquer et mettre ses limites*
- ☛ *Réactions du corps au stress & Maîtriser ses émotions et faire face aux préjugés*
- ☛ *Stratégies d'adaptation au stress & Développer des attentes réalistes*

Plan de la rencontre

Partie 1 Support social



CHALLENGE

► Activité d'introduction

Retour sur l'atelier 4

Test du stress social de Trier (TSST)

► Théorie

Support social vs. Pression sociale

Expérience de la ligne

► Exercice d'apprentissage

Arbre de support social

► Conclusion

Résumé des concepts & DÉFI

Activité d'introduction : *Retour sur l'atelier 4*



- Combien de stresser(s) avez-vous vécu(s) depuis le dernier atelier ?
- Quels sont les éléments/ingrédients de ce(s) stresser(s) ?
- Comment votre corps a réagi à ce(s) stresser(s) ?
- Comment vous vous êtes débarrassé de votre énergie lors d'une situation stressante ?
- Quels éléments/ingrédients avez-vous ciblés et comment les avez-vous neutralisés ?

**ARME SECRÈTE :
SUPPORT SOCIAL !!!**

Deux derniers ateliers :

- Stratégies centrées sur les émotions;
- Stratégies centrées sur notre intelligence;

Activité d'introduction : TSST



Effet positif du support social

- ▶ 1 - Un volontaire doit sortir du local : Faire un exposé de (4) minutes sur « Pourquoi une personne développe une problématique de santé mentale ? »
À quel point cet exercice est stressant ? (1 - Aucunement; 10 - Très)

- ▶ 2 - Trois volontaires doivent sortir du local : Faire un exposé de (4) minutes sur « Comment la médication agit sur le cerveau ? »
À quel point cet exercice est stressant ? (1 - Aucunement; 10 - Très)

Être en groupe → Augmente le support social → Diminue le stress !

Théorie : *Support social*

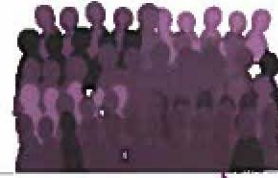


Pour s'adapter à une situation stressante → Rechercher du support social

- ▶ Se confier à un ami, membre de son entourage, à sa famille, etc. !
- ▶ Demander l'avis de quelqu'un en qui nous avons confiance !
- ▶ Consulter différentes ressources, par exemple Le Contrevent !

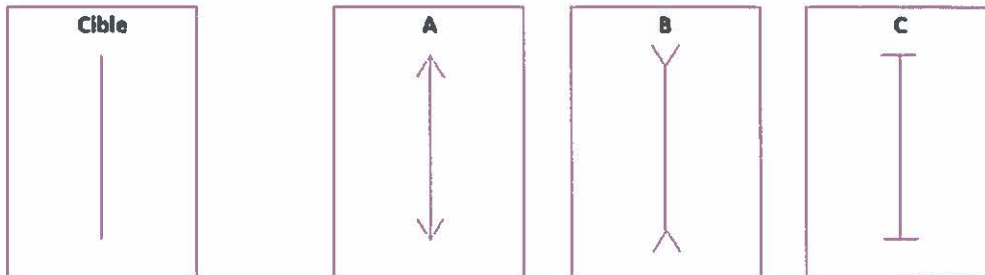
Ne pas s'isoler car rechercher du support de (...) est souvent une expérience positive !

Théorie : *Expérience de la ligne*



Support social → Pression sociale = Création d'un stress

- Choisir une seule ligne correspondant à la cible, il n'y a qu'une seule bonne réponse.



Exercice d'apprentissage : *Arbre du support social*

- Écrire le nom de(s) personne(s), groupe(s), ressource(s) représentant ton **support social**;

- Examiner s'il y a de(s) personne(s), groupe(s), ressource(s) autour de vous créant une **pression sociale**;

IMPORTANT

Être conscient des gens qui contribuent à notre réseau de support social et ceux qui au contraire, crée une pression sociale !!!



Conclusion :

Résumé des concepts **CHALLENGE**

Résumé des concepts de la formation de la partie « **STRESS** » :

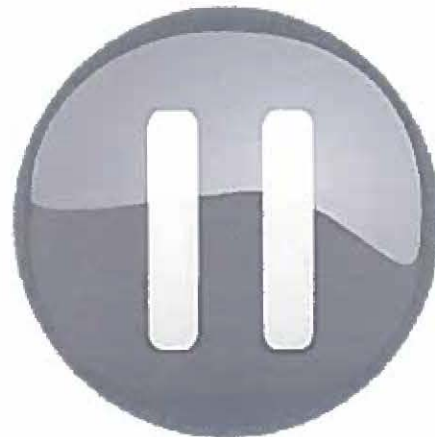
- ▶ Recette du stress (Sens de contrôle faible; **Personnalité menacée**; Imprévisibilité; **Nouveauté**);
- ▶ Interprétation du stress (Différentes interprétations pour chaque personne);
- ▶ Réactions du corps au stress (Mobilisation de l'énergie);
- ▶ Stratégies d'adaptation centrées sur les émotions (Ex.: aider les autres, rire, respiration abdominale, etc.);
- ▶ Stratégies d'adaptation centrées sur le problème (Ex.: déconstruire, reconstruire le stress, identifier des plans);
- ▶ Importance du support social vs pression sociale;

DÉFI III

Renseigner au moins une autre personne de votre entourage sur les concepts du stress appris durant le programme !

Pause
15 minutes

À votre
disposition...
Eau, café, thé,
collation



Plan de la rencontre

Partie 2

Prendre soin de soi



- ▶ **Activité d'introduction**
Discussion de groupe



- ▶ **Théorie**
Prendre soin de soi



- ▶ **Exercice d'apprentissage**
Mes auto-soins



- ▶ **Conclusion**
Résumé des concepts & DÉFI

Activité d'introduction : *Discussion de groupe*



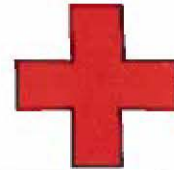
- ▶ Selon vous, à quoi fait référence le terme « prendre soin de soi » ?
- ▶ Quels sont les moments et les activités qui permettent de croire que vous prenez soin de vous ?
- ▶ Quelles activités vous faisiez avant la maladie de votre proche et que vous ne faites plus aujourd'hui ?
 - Activités individuelles
 - Activités de couple
 - Activités familiales
- ▶ Parmi ces activités lesquelles vous souhaiteriez reprendre ?
- ▶ Quelles émotions et/ou le bien-être vous procuraient la pratique de ces activités ?

Théorie : *Prendre soin de soi*



- ▶ Impensable de bien accompagner l'autre si nous ne prenons pas soin de nous...
- ▶ Prendre soin de soi dans toutes les dimensions de notre vie...
- ▶ Ajuster temps et énergie en fonction de ses propres besoins...
- ▶ Notre exposition à la souffrance de l'autre n'est pas toujours bonne conseillère...
- ▶ Important de maintenir des liens en dehors de l'accompagnement de notre proche...
- ▶ Prendre soin de soi doit être une préoccupation de tous les jours...

Exercice d'apprentissage : *Mes auto-soins*



Pour chacune des dimensions suivantes :

Soins physiques
Soins émotionnels
Soins cognitifs
Soins spirituels
Soins professionnels

- ▶ Prendre quelques minutes pour cocher les auto-soins que vous mettez en pratique, actuellement, dans votre quotidien en étant le plus honnête possible.
- ▶ Une fois complété, prendre un fluorescent et surligner (5) auto-soins que vous désirez intégrer davantage dans votre vie.

Quelle dimension souhaitez-vous travailler davantage ?

Conclusion :

Résumé des concepts



Résumé des concepts de la formation de la partie « EN LIEN AVEC L'ACCOMPAGNEMENT DE VOTRE PROCHE » :

- ▶ Notre estime de soi est liée à notre perception de nous-mêmes (amour de soi, vision de soi et confiance en soi)
- ▶ Être bienveillant envers soi-même et attention aux éléments nuisant à l'estime de soi
- ▶ La communication efficace implique d'observer ce qui se passe, nommer son sentiment, nommer son besoin et formuler une demande claire
- ▶ Pour instaurer ses limites, il faut entreprendre un processus de changement impliquant une volonté de changer
- ▶ Les émotions sont saines, c'est la façon de les exprimer qui compte
- ▶ Les préjugés amènent beaucoup de conséquences négatives et sont souvent liés à un manque de connaissance
- ▶ Développer des attentes réalistes implique de bien connaître les forces et difficultés de son proche et d'être capable de se réajuster au besoin (apprendre à vivre moment présent)
- ▶ Appliquer des auto-soins au quotidien afin de prendre soin de vous-même, car vous êtes la personne la plus importante pour vous

DÉFI : Mettre en pratique des auto-soins au quotidien !



MOT DE LA FIN

Mille mercis !!!

C'est avec beaucoup de reconnaissance que je vous remercie pour votre implication tout au long de ce projet...

Je vous félicite pour votre parcours accompli et je vous souhaite le meilleur pour l'avenir...

Vous êtes tous de précieux aidants naturels et vous avez une valeur inestimable...

J'espère avoir réussi à vous transmettre quelques outils pour poursuivre votre accompagnement et peut-être pour votre quotidien...

N'oubliez pas, vous restez la personne la plus importante pour vous !!!

Amélie 😊

UN DERNIER
COUP DE MAIN



À faire

- ▶ Remplir l'évaluation de l'atelier 5
- ▶ Remplir l'évaluation du programme

Remplir à nouveau le questionnaire rempli
en septembre :

Remplir avant vendredi 15 décembre 2017
Par écrit ou en ligne

Références

- ▶ Brillon, P. (2016). *Formation sur la fatigue de compassion et trauma vicariant.*
- ▶ Huard, J-P. et al. (s.d.). *Programme : Alliance.* Rimouski : La lueur de l'espoir du Bas-Saint-Laurent.
- ▶ Lupien, S. (2010). *Par amour du stress.* Les Éditions au Carré inc.
- ▶ Lupien, S. et al. (2011). *Programme: Détresse et Progresse.* Centre d'études sur le stress humain.

Appendice B

Journaux de bord du participant

Nom (facultatif) : _____

Numéro de membre : _____

Date : _____

Journal de bord du participant :

Atelier 1

Partie 1 – Introduction au stress

Qu'est-ce que le stress exactement ?

Un stressor peut être n'importe quoi qui vous rend stressé. Un stressor peut être un événement, situation, individu, commentaire ou n'importe quoi qui peut être interprété comme étant négatif ou menaçant.

Quatre éléments/ingrédients

- **Sens de contrôle faible** : Vous sentez que vous avez peu ou pas de contrôle sur la situation.
Exemple : Mon proche consomme des drogues malgré les restrictions de son médecin.

- **Personnalité menacée** : Vos compétences, habiletés et/ou valeurs personnelles sont remises en question.
Exemple : Mon proche refuse mon aide pour se trouver un logement.

- **Imprévisibilité** : Quelque chose d'inattendu se produit, vous ne saviez pas que cela allait arriver.
Exemple : Mon proche vient d'être hospitalisé en raison de son problème de santé mentale.

- **Nouveauté** : La situation est quelque chose de nouveau que tu n'as pas vécu auparavant.
Exemple : Mon proche tente d'essayer une nouvelle médication.

Exercice complémentaire

À chaque fois que vous vivez une situation stressante, d'ici le deuxième atelier, particulièrement en lien avec votre proche ayant une problématique de santé mentale, remplir le tableau « Recette du stress », en identifiant chacun des stresseurs vécus et le(s) élément(s)/ingrédients (s) du S. P.I.N attaché(s) à celui-ci.

Objectif : Identifier au moins un stressor et ses éléments/ingrédients (S.P.I.N)

STRESSEURS	Sens de contrôle faible	Personnalité menacée	Imprévisibilité	Nouveauté
1.				
2.				
3.				

Nom (facultatif) : _____

Numéro de membre : _____

Date : _____

Journal de bord du participant :

Atelier 1

Partie 2 – Rehausser son estime de soi

Définition et ses composantes :

- L'estime de soi, c'est comment on se voit et si nous aimons ou pas la perception de soi.
- Appréciation personnelle, confiance en soi, acceptation de soi, affirmation, expériences vécues et apprentissages retirés, pris de responsabilités, réponse à ses besoins, éducation et culture ;

Trois éléments :

- L'amour de soi : Élément le plus important des trois ingrédients. S'estimer implique de s'évaluer, mais s'aimer ne souffre aucune condition : on s'aime malgré ses défauts et ses limites, malgré les échecs et les revers, simplement parce qu'une petite voix intérieure nous dit que l'on est digne d'amour et de respect. Cet amour de soi est inconditionnel, ne dépend pas de nos performances. Il explique que nous puissions résister à l'adversité et nous reconstruire après un échec.
- Vision de soi : Deuxième composante, regard que l'on porte sur soi, évaluation, fondée ou non, que l'on fait de ses qualités et de ses défauts, c'est le deuxième pilier de l'estime de soi. Il ne s'agit pas seulement de la connaissance de soi ; l'important n'est pas la réalité des choses, mais la conviction que l'on a d'être porteur de qualités ou de défauts, de potentialités ou de limitations. En ce sens, c'est un phénomène où la subjectivité tient le beau rôle : son observation est difficile, et sa compréhension délicate.
- Confiance en soi : Troisième composante de l'estime de soi avec laquelle, du reste, on la confond souvent, la confiance en soi s'applique surtout à nos actes. Être confiant, c'est penser que l'on est capable d'agir de manière adéquate dans les situations importantes.

Exercice complémentaire

À chaque fois que vous faites un bon coup ou une action bienveillante envers vous-même, d'ici le deuxième atelier, particulièrement en lien avec votre proche ayant une problématique de santé mentale, indiquez ici-bas :

Objectif : Identifier au moins trois bons coups et/ou actions bienveillantes faits envers vous

FAITS	Bon coup ☺	Action bienveillante envers moi-même ☺
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Nom (facultatif) : _____

Numéro de membre : _____

Date : _____

Journal de bord du participant :

Atelier 2

Partie 1 – Interprétation du stress

Quel événement, situation, individu revient continuellement vous faire vivre du stress (**STRESSEUR COMMUN**) ?

Quels éléments/ingrédients sont impliqués dans vos stressés communs ?

SENS DE CONTRÔLE FAIBLE ; PERSONNALITÉ MENACÉE ; IMPRÉVISIBILITÉ ; NOUVEAUTÉ

Exercice complémentaire

À chaque fois que vous vivez une situation stressante, d'ici le troisième atelier, particulièrement en lien avec votre proche ayant une problématique de santé mentale remplir le tableau « Recette du stress » :

- ▶ Identifier chacun des **stresseurs vécus** ;
- ▶ Identifier le(s) **élément(s)/ingrédients (s) du S.P.I.N** de chaque stresseur ;
- ▶ Répondre à la question : « Qu'est-ce qui est stressant ? » dans cette situation ;
- ▶ Répondre à la question « Comment mon corps réagit au stress ? »

Objectif : Effectuer les quatre consignes pour au moins un stresseur vécu

STRESSEURS	Sens de contrôle faible	Personnalité menacée	Imprévisibilité	Nouveauté
1.				

Comment je sais que je suis stressé (e) ? :

Comment mon corps réagit au stress ? :

2.				
----	--	--	--	--

Comment je sais que je suis stressé (e) ? :

Comment mon corps réagit au stress ? :

3.				
----	--	--	--	--

Comment je sais que je suis stressé (e) ? :

Comment mon corps réagit au stress ? :

Nom (facultatif) : _____

Numéro de membre : _____

Date : _____

Journal de bord du participant :

Atelier 2

Partie 2 – Communiquer et mettre ses limites

Processus de changement

Exercice complémentaire

Suite à l'atelier vécu, indiquez un changement (instaurer une limite) que vous souhaiteriez mettre en place en lien avec votre proche ayant une problématique de santé mentale si possible, en respectant les étapes du processus de changement :

Objectif : Identifiez au moins un changement (limite) que vous souhaitez mettre en place en respectant les étapes du processus de changement :

1. **Volonté de changer** : Quel changement je crois et je suis motivé (e) à mettre en place ?

2. **Avantages/désavantages du changement** : Quels sont les avantages et désavantages de ce changement ?

3. **Objectif** : Quel est l'objectif que je veux atteindre ?

4. **Moyens** : Quels moyens vais-je utiliser pour y arriver ?

5. **Action** : Quoi ? Quand ? Avec qui ? Comment ?

6. **PÉSERVÉRANCE** : Inscire une phrase ou moyen pour vous encourager persévérer s'il y a difficulté.

7. **Réévaluation** : Quand prévois-je évaluer l'atteinte de mon objectif ?

Nom (facultatif) : _____

Numéro de membre : _____

Date : _____

Journal de bord du participant :

Atelier 3

Partie 1 – Réactions du corps au stress

À chaque fois que vous vivez une situation stressante, d'ici le quatrième atelier, particulièrement en lien avec votre proche ayant une problématique de santé mentale remplir le tableau « Recette du stress » :

- ▶ Identifier chacun des stresseurs vécus ;
- ▶ Identifier le(s) élément(s)/ingrédients (s) du S.P.I.N de chaque stresseur ;
- ▶ Inscrire les indice(s) physique(s) du corps perçu (s) ;
- ▶ Inscrire comment vous avez dépensé votre énergie »

Objectif : Faire une activité d'au moins une heure pour dépenser son énergie :
J'AI FAIT COMME EXERCICE :

STRESSEURS	Sens de contrôle faible	Personnalité menacée	Imprévisibilité	Nouveauté
1.				

Indice(s) physique(s) du corps perçu (s) ? :

Comment vous avez dépensé votre énergie ? :

2.				
----	--	--	--	--

Indice(s) physique(s) du corps perçu (s) ? :

Comment vous avez dépensé votre énergie ? :

3.				
----	--	--	--	--

Indice(s) physique(s) du corps perçu (s) ? :

Comment vous avez dépensé votre énergie ?

Nom (facultatif) : _____

Numéro de membre : _____

Date : _____

Journal de bord du participant :

Atelier 3

Partie 2 – Maîtriser ses émotions et faire face aux préjugés

Identifier les préjugés existant en regard de la maladie de votre proche :

Suite à l'atelier vécu, indiquer dans le tableau des préjugés et répondre aux questions individuellement de façon à mieux prendre conscience des préjugés dont vous avez et ceux qui vous entourent :

PRÉJUGÉS	DEPUIS QUAND?	QUI VÉHICULE CES PRÉJUGÉS ? (AMI, FAMILLE, PARENTÉ, ETC.)

Objectif : Identifiez au moins une stratégie à mettre en place pour enrayer un préjugé:

8. Quelles émotions ressentez-vous face au(x) préjugé(s) vécu(s) ?

9. Qu'avez-vous tenté dans le passé pour enrayer ce(s) préjugé(s) ?

10. Que pourriez-vous mettre en place à l'avenir pour enrayer ce(s) préjugé(s)

Nom (facultatif) : _____

Numéro de membre : _____

Date : _____

Journal de bord du participant :

Atelier 4

Partie 1 – Stratégie d'adaptation au stress (centrée sur le problème)

À chaque fois que vous vivez une situation stressante, d'ici le quatrième atelier, particulièrement en lien avec votre proche ayant une problématique de santé mentale :

Objectif : Remplir l'ensemble des consignes pour au moins un stressor vécu :

1. Quel est le **stresseur** que j'ai vécu ? : _____

2. **Disséquer** le stressor à l'aide du S.P.I.N :

☛ Est-ce que j'ai un bon Sens de contrôle ? Expliquez :

☛ Est-ce que la situation menace ma Personnalité ? Expliquez :

☛ Est-ce que c'est Imprévisible ? Expliquez :

☛ Est-ce que c'est Nouveau ? Expliquez :

3. **Reconstruire** le stressor à l'aide du S.P.I.N :

☛ Que puis-je faire pour augmenter mon Sens de contrôle sur cette situation ? Expliquez :

☛ Que puis-je faire pour diminuer la menace à ma Personnalité ? Expliquez :

☛ Que puis-je faire pour diminuer l'Imprévisibilité ? Expliquez :

☛ Que puis-je faire pour prévenir la Nouveauté ? Expliquez :

4. **Planifier** un plan B, (C, D...) :

☛ Plan A : _____

☛ Plan B : _____

☛ Plan C : _____

☛ Plan D : _____

Appendice C

Évaluation de la mise en œuvre du programme : Journal de bord de l'animatrice

Groupe : _____

Date (J/M/A) : _____

Atelier : _____

Évaluation de la mise en œuvre : Journal de bord de l'animatrice

Exposition

Nombre de participants présents : /

Raison des absences :

Numéro de membre	Raison(s) de l'absence	Prévenu		Reprise du contenu		Date de la reprise du contenu (J/M/A)
		Oui	Non	Oui	Non	

Réalisation des exercices d'intégration de l'atelier précédent :

- Nombre de participants ne les ayant aucunement complétés : /
- Nombre de participants les ayant complétés partiellement : /
- Nombre de participants les ayant complétés complètement : /

Conformité

Partie 1 – Stress			
Thème : _____			
Activités prévues	Réalisation		Durée (min)
	Oui	Non	
Activité d'introduction			
Théorie			
Exercice d'intégration			
Conclusion			

Partie 2 - Sujet en lien avec les difficultés pouvant être vécues par la clientèle			
Thème : _____			
Activités prévues	Réalisation		Durée (min)
	Oui	Non	
Activité d'introduction			
Théorie			
Exercice d'intégration			
Conclusion			

Qualité de la participation

- Participation active des participants pour chacune des deux parties de l'atelier :
(La participation active des participants s'observe par le nombre d'interactions des participants du groupe avec l'animatrice.)

Partie 1 - Stress				
Pas du tout 0 interaction	Peu 1-4 interactions	Moyen 5-9 interactions	Bien 10-15 interactions	Beaucoup 16 et plus d'interactions

Partie 2 – Sujet en lien avec les difficultés pouvant être vécues par la clientèle				
Pas du tout 0 interaction	Peu 1-4 interactions	Moyen 5-9 interactions	Bien 10-15 interactions	Beaucoup 16 et plus d'interactions

- Échanges entre les participants pour chacune des deux parties de l'atelier :
(S'observent par le nombre d'interactions des participants du groupe entre eux.)

Partie 1 - Stress				
Pas du tout 0 interaction	Peu 1-3 interactions	Moyen 4-6 interactions	Bien 7-9 interactions	Beaucoup 10 et plus d'interactions

Partie 2 – Sujet en lien avec les difficultés pouvant être vécues par la clientèle				
Pas du tout 0 interaction	Peu 1-3 interactions	Moyen 4-6 interactions	Bien 7-9 interactions	Beaucoup 10 et plus d'interactions

Appendice D

Questionnaire : Perception d'utilité et satisfaction de l'atelier

Numéro de membre : _____

Atelier : _____

Date de passation (J/M/A) : _____

Questionnaire :

Perception d'utilité et satisfaction de l'atelier

Pour chacune des cinq questions suivantes, encerclez la réponse correspondant à votre niveau de satisfaction concernant l'atelier vécu. Vous pouvez inscrire vos commentaires et suggestions si vous le souhaitez.

1. Le contenu de la première partie fut pertinent et utile pour moi :

1 Pas du tout	2 Un peu	3 Moyennement	4 Beaucoup	5 Parfaitement
------------------	-------------	------------------	---------------	-------------------

2. Le contenu de la deuxième partie fut pertinent et utile pour moi :

1 Pas du tout	2 Un peu	3 Moyennement	4 Beaucoup	5 Parfaitement
------------------	-------------	------------------	---------------	-------------------

3. L'animatrice suscite notre intérêt durant l'atelier :

1 Pas du tout	2 Un peu	3 Moyennement	4 Beaucoup	5 Parfaitement
------------------	-------------	------------------	---------------	-------------------

4. L'animatrice rend les concepts faciles à comprendre :

1 Pas du tout	2 Un peu	3 Moyennement	4 Beaucoup	5 Parfaitement
------------------	-------------	------------------	---------------	-------------------

5. J'ai apprécié l'ensemble de l'atelier :

1 Pas du tout	2 Un peu	3 Moyennement	4 Beaucoup	5 Parfaitement
------------------	-------------	------------------	---------------	-------------------

Commentaires/Suggestions :

Appendice E

Questionnaire : Niveau de satisfaction du programme

Numéro de membre : _____

Date de passation (J/M/A) : _____

Questionnaire :

Niveau de satisfaction du programme

Pour chacune des cinq questions suivantes, encerclez la réponse correspondant à votre niveau de satisfaction concernant le programme. Vous pouvez inscrire vos commentaires et suggestions si vous le souhaitez.

1. J'ai appris de nouvelles choses pertinentes :

1 Pas du tout	2 Un peu	3 Moyennement	4 Beaucoup	5 Parfaitement
------------------	-------------	------------------	---------------	-------------------

2. J'ai l'impression d'avoir cheminé depuis le début du programme :

1 Pas du tout	2 Un peu	3 Moyennement	4 Beaucoup	5 Parfaitement
------------------	-------------	------------------	---------------	-------------------

3. Je crois que ma participation au programme va m'être utile dans le futur :

1 Pas du tout	2 Un peu	3 Moyennement	4 Beaucoup	5 Parfaitement
------------------	-------------	------------------	---------------	-------------------

4. Je recommanderais à un proche de suivre le programme :

1 Pas du tout	2 Un peu	3 Moyennement	4 Beaucoup	5 Parfaitement
------------------	-------------	------------------	---------------	-------------------

5. J'ai apprécié suivre le programme en groupe plutôt qu'individuellement :

1 Pas du tout	2 Un peu	3 Moyennement	4 Beaucoup	5 Parfaitement
------------------	-------------	------------------	---------------	-------------------

6. J'ai apprécié effectuer un journal de bord en dehors des ateliers :

1 Pas du tout	2 Un peu	3 Moyennement	4 Beaucoup	5 Parfaitement
------------------	-------------	------------------	---------------	-------------------

7. J'ai apprécié les lectures et exercices complémentaires :

1 Pas du tout	2 Un peu	3 Moyennement	4 Beaucoup	5 Parfaitement
------------------	-------------	------------------	---------------	-------------------

Appendice F

Questionnaire : Caractéristiques individuelles et services reçus

Numéro de membre : _____

Date de passation (J/M/A) : _____

Questionnaire :

Caractéristiques individuelles et services reçus

Encerclez la réponse appropriée pour vous pour les caractéristiques individuelles et services reçus dans la dernière année à l'extérieur du Contrevent.

Caractéristiques individuelles :

Je suis :

- a) Un homme
- b) Une femme

J'habite avec mon proche :

- a) Oui
- b) Non

Mon proche est atteint de :

- a) Dépression
- b) Trouble bipolaire
- c) Schizophrénie
- d) Trouble de personnalité limite
- e) Trouble obsessionnel-compulsif
- f) Je ne le sais pas
- g) Autre : _____

J'accompagne mon proche depuis :

- a) 0 à 5 ans
- b) 6 à 10 ans
- c) 11 à 20 ans
- d) 21 à 30 ans
- e) 31 ans et plus

Tranche d'âge :

- a) 18 et 25 ans
- b) 26 à 35 ans
- c) 36 à 45 ans
- d) 46 à 55 ans
- e) 56 à 65 ans
- f) 66 ans et plus

Par rapport à mon proche, je suis :

- a) Je suis son parent
- b) Je suis son grand-parent
- c) Je suis son enfant
- d) Je suis son frère/sœur
- e) Je suis son conjoint(e)
- f) Je suis son ami(e)
- g) Autre : _____

Je consulte au Contrevent depuis :

- a) La dernière année
- b) 1-2 ans
- c) 3-4 ans
- d) 5-9 ans
- e) 10 ans et plus

Services reçus dans la dernière année à l'extérieur du Contrevent :

- a) Suivi avec un professionnel privé (ex. : psychologue, psychoéducateur, travailleur social, etc.)
- b) Suivi avec le réseau public de la santé (ex. : C.L.S.C.)
- c) Fréquentation un organisme communautaire régulièrement (au moins trois reprises)
- d) Aucun service reçu
- e) Autres

Appendice G

Questionnaire : Fatigue/Satisfaction compassionnelle chez les membres de l'entourage ayant un trouble majeur de santé mentale adapté selon *Compassion Satisfaction/ Fatigue Self-Test for Helpers* (Figley et Stamm, 1996)

Numéro de membre : _____

Date de passation (J/M/A) : _____

Questionnaire :

Fatigue/satisfaction compassionnelle

Aider votre proche vous met en contact directement avec sa vie. Comme vous l'avez probablement connu, votre compassion pour ceux que vous accompagnez a des aspects positifs et négatifs. Cette auto-évaluation aide à estimer votre état de compassion sur trois dimensions soit, la fatigue de compassion, la satisfaction à aider et l'épuisement. Considérez chacune des caractéristiques suivantes à propos de vous et de votre situation actuelle avec votre proche ayant un trouble majeur de santé mentale.

Inscrivez le nombre reflétant le plus fidèlement possible la fréquence à laquelle vous avez connu ces caractéristiques au cours du dernier mois.

0	1	2	3	4	5
Jamais	Rarement	Quelquefois	Un peu souvent	Souvent	Très souvent

Dimension « Fatigue de compassion »

01. Je me sens éloigné des autres.	
02. Je me force à éviter des pensées négatives en lien avec l'accompagnement de mon proche.	
03. J'évite certaines activités ou situations liées à l'accompagnement de mon proche.	
04. J'ai des lacunes dans mes souvenirs sur les expériences négatives vécues avec mon proche.	
05. J'ai de la difficulté à m'endormir.	
06. J'ai une explosion de colère ou d'irritabilité avec peu de provocation.	
07. Je me choque facilement.	
08. Je suis effrayé par mon proche ayant une problématique de santé mentale.	
09. Je suis préoccupé par mon proche que j'accompagne.	
10. Je suis moins préoccupé par le bien-être de mon proche que j'accompagne.	
11. Je me sens piégé dans mon rôle d'accompagnateur auprès de mon proche.	
12. J'ai un sentiment de désespoir associé à l'accompagnement de mon proche.	
13. J'ai été en danger en accompagnant mon proche.	

Dimension « Satisfaction de compassion »

14. Je suis content.	
15. Je trouve ma vie satisfaisante.	
16. J'ai des croyances et des valeurs sur laquelle je m'appuie.	
17. Je trouve que j'apprends de nouvelles choses en accompagnant mon proche.	

18. Je me sens connecté avec les autres qui m'entourent.	
19. Je me sens calme.	
20. J'ai un bon équilibre entre accompagner mon proche et les autres sphères de ma vie.	
21. Je suis la personne que je voulais toujours être.	
22. J'ai un bon soutien de mon entourage lorsque la situation de mon proche est stressante.	
23. Accompagner mon proche me procure une grande satisfaction.	
24. Je me sens vivifié en accompagnant mon proche.	
25. Je suis satisfait de l'aide apportée à mon proche que j'accompagne.	
26. Il m'arrive d'avoir des sentiments de joie en accompagnant mon proche.	
27. Je pense que je pourrais être positivement inspiré par mon proche que j'accompagne.	
28. Mon proche peut être particulièrement agréable à accompagner.	
29. J'aime mon rôle d'accompagnateur auprès de mon proche.	
30. J'ai les outils et ressources dont j'ai besoin pour accompagner mon proche.	
31. Je pense que je suis un bon accompagnateur auprès de mon proche.	
32. J'ai confiance aux autres personnes qui accompagnent mon proche.	
33. Je suis satisfait de la façon dont je suis en mesure de faire le suivi de mon proche.	
34. J'ai du temps pour m'investir à accompagner mon proche.	
35. Je prévois accompagner mon proche pendant une longue période.	

Dimension « Épuisement »

36. Je suis une personne sensible.	
37. Je pense que j'ai besoin de plus d'amis proches.	
38. Il n'y a personne avec qui parler des expériences stressantes en lien avec mon proche.	
39. J'ai conclu que je travaille trop fort à accompagner mon proche pour mon propre bien.	
40. Je suis épuisé par diverses choses et j'attribue cela à l'accompagnement de mon proche.	
41. J'évite d'accompagner mon proche dans certaines situations.	
42. Personnellement, accompagner mon proche ne me plaît pas.	
43. Je me sens sent faible et fatigué, à cause de l'accompagnement auprès de mon proche.	
44. Je me sens déprimé en lien avec l'accompagnement de mon proche.	
45. Je ne réussis pas à séparer l'accompagnement de mon proche et autres sphères de vie.	
46. Je ressens peu de compassion envers les autres membres du Contrevent.	
47. J'accompagne mon proche davantage par obligation que pour l'accomplissement personnel.	
48. Je trouve difficile de séparer mon rôle d'accompagnateur des autres sphères de ma vie.	
49. J'ai un sentiment d'inutilité/désillusion/ressentiment associé à mon rôle d'accompagnateur.	
50. Je pense que je suis un « échec » comme accompagnateur auprès de mon proche.	
51. Je ne réussis pas à atteindre mes objectifs de vie.	
52. Je dois faire face à des contraintes environnementales liées au suivi de mon proche.	

Appendice H

Questionnaire : Index du stress clinique en lien avec l'accompagnement du proche ayant un trouble majeur de santé mentale adapté selon l'*Index of Clinical Stress* (Abell, 1991)

Numéro de membre : _____

Date de passation (J/M/A) : _____

Questionnaire :

Index du stress clinique

En lien avec l'accompagnement du proche ayant un trouble majeur de santé mentale

Ce questionnaire est conçu pour mesurer la façon dont vous ressentez votre stress personnel que vous vivez en lien avec l'accompagnement de votre proche ayant un trouble majeur de santé mentale. Il ne s'agit pas d'un test, donc il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse.

Au cours des deux dernières semaines, en lien avec l'accompagnement de votre proche ayant un trouble majeur de santé mentale, répondez à chaque élément aussi soigneusement que possible en plaçant un numéro à côté de chacun des énoncés suivants :

1	2	3	4	5	6	7
Aucunement	Très peu	Un peu du temps	Une partie du temps	Une bonne partie du temps	La plupart du temps	Tout le temps

En lien avec l'accompagnement de mon proche ayant un trouble majeur de santé mentale :

01. Je me sens extrêmement tendu.	
02. Je me sens très nerveux.	
03. J'ai l'impression de vouloir crier.	
04. Je me sens débordé.	
05. Je me sens très détendu.	
06. Je me sens tellement anxieux que je veux pleurer.	
07. Je suis tellement stressé que je voudrais frapper quelque chose.	
08. Je me sens très calme et paisible.	
09. J'ai l'impression d'être tendu au point de rupture.	
10. Il est très difficile pour moi de me détendre.	
11. Il est très facile pour moi de m'endormir la nuit.	
12. Je ressens un grand sentiment de pression sur moi.	
13. J'ai l'impression que ma vie va très bien.	
14. Je me sens très paniqué.	
15. Je me sens comme si j'étais sur le point de l'effondrement total.	
16. J'ai l'impression de perdre le contrôle de ma vie.	

17. Je pense que je suis proche du point de rupture.	
18. Je me sens comme un volcan prêt à déborder.	
19. Je sens que je ne peux pas répondre aux exigences pour moi.	
20. Je me sens très loin de mon travail.	
21. Je me sens tendu et en colère contre ceux qui m'entourent.	
22. Je sens que je dois parcourir une tâche à l'autre.	
23. Je pense que je ne peux tout simplement pas tout suivre.	
24. Je me sens serré à l'intérieur de moi.	
25. Je me sens très fort.	

Appendice I

Questionnaire : Sentiment de contrôle en lien avec l'accompagnement du proche ayant un trouble majeur de santé mentale adapté selon le *Perceived Stress Scale* (Cohen et Williamson, 1988)

Numéro de membre : _____

Date de passation (J/M/A) : _____

Questionnaire : Sentiment de contrôle

En lien avec l'accompagnement du proche ayant un trouble majeur de santé mentale

Cet instrument de mesure vous pose des questions sur vos sentiments et vos pensées **au cours du dernier mois** en lien avec **l'accompagnement de votre proche ayant un trouble majeur de santé mentale**. Dans chaque cas, on vous demandera d'indiquer le chiffre correspondant à la fréquence que vous avez senti ou pensé à cet item.

0	1	2	3	4
Jamais	Presque jamais	Parfois	Assez souvent	Très souvent

En lien avec l'accompagnement de votre proche ayant un trouble majeur de santé mentale :

01. À quelle fréquence avez-vous été contrarié à cause de quelque chose qui s'est passé de façon inattendue en lien avec l'accompagnement de votre proche ?	
02. À quelle fréquence avez-vous senti que vous ne pouviez pas contrôler les choses importantes en lien avec l'accompagnement de votre proche ?	
03. À quelle fréquence vous êtes-vous senti nerveux et stressé en lien avec l'accompagnement de votre proche ?	
04. À quelle fréquence avez-vous eu confiance en votre capacité à gérer vos problèmes personnels en lien avec l'accompagnement de votre proche ?	
05. À quelle fréquence avez-vous senti que les choses allaient à votre façon en lien avec l'accompagnement de votre proche ?	
06. À quelle fréquence avez-vous constaté que vous ne pouviez pas faire toutes les choses que vous voudriez faire en lien avec l'accompagnement de votre proche ?	
07. À quelle fréquence avez-vous pu contrôler les irritations dans votre vie en lien avec l'accompagnement de votre proche.	
08. À quelle fréquence avez-vous senti que vous étiez au-dessus des choses en lien avec l'accompagnement de votre proche ?	
09. À quelle fréquence avez-vous été en colère à cause des choses qui étaient hors de votre contrôle, en lien avec l'accompagnement de votre proche ?	
10. À quelle fréquence avez-vous eu l'impression que vous ne pourrez pas surmonter l'ensemble des choses en lien avec l'accompagnement de votre proche ?	

Appendice J

Questionnaire : Échelle d'estime de soi en lien avec l'accompagnement du proche ayant un trouble majeur de santé mentale adapté selon l'*Échelle d'estime de soi de Rosenberg* (Rosenberg, 1965)

Numéro de membre : _____

Date de passation (J/M/A) : _____

Échelle d'estime de soi de Rosenberg

En lien avec l'accompagnement du proche ayant un trouble majeur de santé mentale

L'estime de soi est définie comme le jugement ou l'évaluation que l'on fait de soi-même, de sa valeur personnelle. De façon plus simple, l'estime de soi peut-être également assimilée à l'affirmation de soi. En répondant à ce questionnaire, vous pourrez obtenir une évaluation de votre estime de soi en lien avec l'accompagnement de votre proche ayant un trouble majeur de santé mentale.

Pour chacun des items, indiquez le chiffre correspondant à quel point l'item est vrai pour vous :

1	2	3	4
Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait en accord

En lien avec l'accompagnement du proche ayant un trouble majeur de santé mentale :

01. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre comme accompagnateur auprès de mon proche.	
02. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités comme accompagnateur auprès de mon proche.	
03. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté comme accompagnateur auprès de mon proche.	
04. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des autres membres de l'entourage ayant une problématique de santé mentale.	
05. Je sens peu de raisons d'être fier de moi comme accompagnateur auprès de mon proche.	
06. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même comme accompagnateur auprès de mon proche.	
07. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi comme accompagnateur auprès de mon proche.	
08. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même comme accompagnateur auprès de mon proche.	
09. Parfois je me sens vraiment inutile comme accompagnateur auprès de mon proche.	
10. Il m'arrive de penser que je ne suis bon à rien comme accompagnateur auprès de mon proche.	

Appendice K

Questionnaire : Échelle d'affirmation de soi en lien avec l'accompagnement du proche ayant un trouble majeur de santé mentale adapté selon *Rathus Assertiveness Schedule* (Rathus, 1973)

Numéro de membre : _____

Date de passation (J/M/A) : _____

Échelle d'affirmation de soi

En lien avec l'accompagnement du proche ayant un trouble majeur de santé mentale

Ce questionnaire vise à situer votre niveau d'affirmation de soi en lien avec l'accompagnement de votre proche ayant un trouble majeur de santé mentale.

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, veuillez s'il vous plaît indiquer jusqu'à quel point elles s'appliquent à vous. Utilisez le code suivant :

0	1	2	3	4	5
Très peu caractéristique de moi, très peu descriptif	Assez peu caractéristique de moi, assez peu descriptif	Quelque peu non caractéristique de moi, légèrement non-descriptif	Quelque peu caractéristique de moi, faiblement descriptif	Assez caractéristique de moi, pas mal descriptif	Très caractéristique de moi, parfaitement descriptif

En lien avec l'accompagnement du proche ayant un trouble majeur de santé mentale :

01. Il semble que la plupart des gens s'affirment plus que moi dans leur rôle d'accompagnateur.	
02. Je fais attention pour ne pas heurter les sentiments de mon proche ayant un trouble majeur de santé mentale même quand j'ai été moi-même blessé.	
03. J'ai de la difficulté à dire « non » à mon proche qui s'est donné beaucoup de mal pour me convaincre de l'aider dans quelque chose.	
04. Quand mon proche me demande de faire quelque chose, j'insiste pour savoir pourquoi.	
05. Il y a des fois où j'ai le goût d'avoir une bonne et vigoureuse discussion avec mon proche.	
06. Dans mon milieu, je fais autant d'efforts que les autres pour progresser dans mon rôle d'accompagnateur.	
07. Pour être franc, mon proche ayant un trouble majeur de santé mentale abuse souvent de moi.	
08. J'aime bien entreprendre des conversations avec les autres membres de l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale.	
09. Plutôt que d'exprimer ma contrariété à mon proche ayant un trouble majeur de santé mentale, j'aurai tendance à taire mes sentiments.	
10. J'ai déjà évité de poser des questions à mon proche de peur d'avoir l'air stupide.	
11. Au cours d'une discussion serrée avec mon proche ayant un trouble majeur de santé mentale, j'ai parfois peur que ma réaction devienne tellement intense qu'elle se manifeste par des tremblements.	
12. Si mon proche affirme quelque chose que je crois incorrect, je lui ferai valoir mon point de vue.	
13. Lorsque j'ai fait quelque chose d'important ou de valable comme accompagnateur après de mon proche, je fais en sorte que les autres le sachent.	
14. Je suis ouvert et franc quant à mes sentiments envers mon proche.	

15. Si quelqu'un commence à répandre de fausses rumeurs et des histoires désobligeantes à l'égard de mon proche, je vais le voir le plus tôt possible afin de « tirer cela au clair ».	
16. J'ai souvent de la difficulté à dire non à mon proche ayant un trouble majeur de santé mentale.	
17. J'ai tendance à taire mes émotions plutôt que de faire une scène à mon proche.	
18. En lien avec l'accompagnement de mon proche, si je considère que les services reçus ne sont pas adéquats, je n'hésiterai pas à faire une plainte.	
19. Lorsqu'on me fait un compliment en lien avec l'accompagnement de mon proche, il m'arrive parfois de ne pas savoir que dire.	
20. J'exprime rapidement mes opinions à mon proche ayant un trouble majeur de santé mentale.	
21. Il y a des fois où je ne peux vraiment pas m'exprimer à mon proche.	
22. J'ai de la difficulté à nommer mes limites auprès de mon proche.	
23. J'ai de la difficulté à instaurer mes limites auprès de mon proche.	
24. J'ai de la difficulté à faire respecter mes limites auprès de mon proche.	
25. J'ai de la difficulté à maintenir mes limites dans le temps auprès de mon proche.	