



GUIDE D'INTERVENTION PSYCHOLOGIQUE

INTERVENIR EN CAS D'ÉPIDÉMIE DE MALADIES INFECTIEUSES



uOttawa



UBFC
UNIVERSITÉ
BOURGOGNE FRANCHE-COMTE



McGill

Ce guide a été réalisé dans le cadre du projet Maladie à virus Ébola et santé mentale des communautés financé par



International Development Research Centre
Centre de recherches pour le développement international



Instituts de recherche
en santé du Canada
Canadian Institutes of
Health Research

« S'il arrive que tu tombes,

apprends vite à chevaucher ta chute.

Que ta chute devienne ton cheval pour continuer le voyage ! »

Franckétienne



Ce guide a été réalisé dans le cadre du projet Maladie à virus Ébola et santé mentale des communautés financé par



SSHRC | CRSH



Ce guide a été réalisé dans le cadre du projet «Maladie à virus Ébola en RD Congo et santé mentale des communautés : évaluation, prévention et intervention». Ce projet est le fruit d'une collaboration entre l'Université d'Ottawa, l'Université McGill, l'Université de Kinshasa, l'Université de Lubumbashi et l'Université Bourgogne Franche-Comté financé par le Centre de recherche pour le développement international (CRDI).

AUTEURS

- Jude Mary Cénat, Ph.D., Université d'Ottawa
- Sara-Emilie McIntee, B.A., Université d'Ottawa
- Pari-Gole Noorishad, B.A., Université d'Ottawa
- Cécile Rousseau, MD, M.Sc., McGill University
- Daniel Derivois, Ph.D., Université de Bourgogne Franche-Comté
- Jean-Pierre Birangui, Ph.D., Université de Lubumbashi
- Oléa Balayulu, M.Sc., Université de Bourgogne Franche-Comté et Université Kinshasa
- Jacqueline Bukaka, Ph.D., Université de Kinshasa

POUR TOUS COMMENTAIRES OU QUESTIONS QUANT AUX ASPECTS TECHNIQUES DE CETTE PUBLICATION, VEUILLEZ CONTACTER :

Laboratoire Vulnérabilité, Trauma, Résilience et Culture, 136 Jean-Jacques Lussier, Ottawa, Ontario, Canada (courriel: vtrac@uottawa.ca, téléphone: +1 613-562-5800 (poste 4459))

Le laboratoire Vulnérabilité, Trauma, Résilience et Culture (V-TRaC), dirigé par Dr. Jude Mary Cénat, est un laboratoire de recherche à l'École de psychologie à l'Université d'Ottawa. Le V-TRaC étudie les situations de vulnérabilité et les impacts des traumatismes en lien avec les stratégies de coping et de résilience. Ses recherches visent à intégrer les facteurs cliniques, développementaux, individuels, communautaires, familiaux, sociaux et culturels afin de développer des outils d'évaluation, de prévention et d'intervention culturellement adaptés et répondant aux besoins réels des individus et des communautés.

POUR CITER LE PRÉSENT GUIDE:

Cénat, J. M., McIntee, S. E., Noorishad, P.-G., Rousseau, C., Derivois, D., Birangui, J.-P., Bukaka, J. & Balayulu-Makila, O. (2020). Guide d'intervention psychologique : Intervenir en cas d'épidémie de maladies infectieuses. Ottawa: Université d'Ottawa, Université de Kinshasa, McGill University, Université de Bourgogne Franche-Comté, Université de Lubumbashi

AVANT-PROPOS

Élaboré initialement dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge psychosociale des communautés touchées par la Maladie à virus Ébola (MVE), ce guide est mis à disposition des professionnels dans le contexte pandémique mondial actuel du SARS-Cov2 – aussi connu sous le nom du Covid-19. Il est le fruit d'un important travail d'évaluations des besoins, à la fois des populations touchées par des épidémies de maladies infectieuses et des professionnels de la santé mentale (psychologues, travailleurs sociaux, infirmières, agents psychosociaux, etc.). Ces évaluations nous ont amené à comprendre que la santé mentale des malades et de leurs proches, des familles endeuillées, des communautés touchées, des professionnels de la santé et d'hygiène et de tous ceux qui sont au front des ripostes (dont ceux qui organisent les funérailles dignes et sécuritaires) ne peut plus être reléguée au second plan. En effet, nos travaux de recherche nous ont permis de comprendre que prendre en charge la santé mentale des malades et de leurs familles permet de sauver des vies. Quand dans une CUBE à Béni ou à Mbandaka, un psychologue offre un service de psychothérapie intensive pour répondre à l'anxiété d'un malade du virus Ébola, il lui offre la possibilité non seulement de renforcer sa résilience individuelle et d'améliorer ses capacités de lutter et de s'en sortir (Cénat et al., 2019), mais aussi de créer les conditions d'une résilience collective. Ainsi, quand des intervenants psychosociaux accompagnent les familles à travers l'épreuve de la Maladie à virus Ébola ou du Covid-19, ils leur offrent la possibilité d'avoir les meilleures attitudes préventives et une écoute adaptée au contexte d'incertitude et d'anxiété. Toutefois, les évaluations nous ont permis d'observer que les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) disposent de peu de psychologues ou d'autres professionnels de la santé mentale. De plus, les cas que rencontrent les rares professionnels de la santé mentale et des agents psychosociaux dépassent souvent ce que peuvent adresser les formations en premiers soins psychologiques reçues (Cénat et al., 2020). Enfin, les situations d'épidémies mettent directement en jeu la sécurité des intervenants et, indirectement, celle de leurs proches, ce qui peut susciter des peurs justifiées, mais aussi des conflits de loyauté entre leur mandat professionnel et leur rôle familial. Ces enjeux doivent être pensés en équipe de façon à ne pas devenir une source de paralysie pour le clinicien. Ce guide pour lequel des modules de formation en ligne seront par la suite créés offre un accompagnement clef en mains aux professionnels de la santé mentale.



AVANT-PROPOS

Ce guide contient 9 modules dont certains doivent être réalisés sur plusieurs séances. Le premier module présente les premiers secours psychologiques, très utiles en situation épidémique et qui permettent de répondre à des besoins psychologiques et sociaux immédiats des personnes durant une épidémie. Le deuxième module offre la possibilité d'une évaluation exhaustive des besoins des personnes prises en charge et plusieurs possibilités aux professionnels de la santé mentale. En annexe, un ensemble d'outils d'évaluation permet aux utilisateurs d'évaluer les problèmes de santé mentale les plus observés dans les situations épidémiques des maladies infectieuses. Les 6 prochains modules traitent de psychothérapies et de résilience assistée. Le dernier module traite des soins auto-administrés car travailler en situation épidémique vient avec son lot d'anxiété pour les professionnels de la santé mentale eux-mêmes et il était essentiel d'en prendre compte et de traiter de leur propre bien-être. Au besoin, ces modules peuvent être répétés et adaptés. A chaque fois, nous offrons plusieurs possibilités aux utilisateurs, selon l'âge des patients et clients, les difficultés présentées, les soutiens sociaux disponibles et leurs besoins particuliers. C'est un guide ancré dans le travail des professionnels de la santé mentale en situation épidémique des maladies infectieuses.

Basé sur des données probantes, ce guide se veut transculturel. Nous nous sommes en effet engagés à l'évaluer également dans divers endroits dans le monde où il sera utilisé afin de continuer à l'améliorer et à l'adapter aux besoins réels des communautés et à leurs spécificités culturelles. Nous encourageons tous ceux et celles qui l'utilisent à prendre contact avec nous pour continuer à l'enrichir, le critiquer et l'améliorer. Nous avons prévu des mesures pouvant leur permettre de faire cet important travail d'évaluation et de validation transculturelle.

Pour finir, nous aimerions adresser nos remerciements à tous les professionnels de la santé (et de la santé mentale) qui ont accepté de répondre à nos entretiens et aux groupes de discussion, ainsi qu'aux administrateurs, aux leaders communautaires, aux orphelins, aux veufs et veuves, aux familles des malades et aux guéris qui ont accepté de partager avec nous leurs expériences nombreuses et riches. Nous aimerions aussi remercier toute l'équipe qui a travaillé sur ce guide au Canada, en République Démocratique du Congo, en France et ailleurs, spécialement ceux de l'Université d'Ottawa, de l'Université de Kinshasa, de l'Université de Lubumbashi, de McGill University et de l'Université de Bourgogne Franche-Comté.

TABLE DES MATIÈRES

Module 1 – Donner les premiers soins psychologiques: intervenir pendant la crise.....	1
Module 2 – Évaluer et définir un plan d'intervention.....	18
Module 3 – Pratiquer la psychoéducation.....	34
Module 4 – Vivre et élaborer le deuil.....	47
Module 5 – Pratiquer la relaxation.....	64
Module 6 – Travailler sur la régulation émotionnelle	86
Module 7 – Raconter son histoire.....	95
Module 8 – Assister vers la résilience.....	105
Module 9 – Prendre soin de soi et de son équipe.....	111
Références	123
Annexes	125

MODULE

1

DONNER LES
PREMIERS SOINS
PSYCHOLOGIQUES :
INTERVENIR
PENDANT LA CRISE

MODULE 1: DONNER LES PREMIERS SOINS PSYCHOLOGIQUES: INTERVENIR PENDANT LA CRISE

RÉSUMÉ DES OBJECTIFS ET ACTIVITÉS

OBJECTIFS

- Faire le premier contact
- Faire une évaluation sommaire de la manière dont la crise affecte le patient et sa famille
- Apporter les premiers secours psychologiques

MODULE 1: DONNER LES PREMIERS SOINS PSYCHOLOGIQUES: INTERVENIR PENDANT LA CRISE

DÉFINITIONS

Les premiers secours psychologiques (PSP) : Les premiers secours psychologiques (PSP) décrivent une aide à la fois humaine et soutenante apportée à une personne qui souffre et qui peut avoir besoin de soutien (OMS et al., 2012).

Écoute active : Habilité et technique relationnelle non-directive qui vise à faciliter la communication entre l'aidant et l'aidé.

Écoute agissante : Elle se définit par le fait d'offrir, en plus de l'écoute active, des aides concrètes à la personne pour l'aider à faire face à la crise qu'elle vit. Il peut s'agir d'aider la personne à obtenir des informations, des services, des ressources et du soutien social.

MODULE 1: DONNER LES PREMIERS SOINS PSYCHOLOGIQUES: INTERVENIR PENDANT LA CRISE

1

LE PREMIER CONTACT

2

ÉVALUATION SOMMAIRE

3

APPORTER LES PREMIERS SECOURS PSYCHOLOGIQUES

MODULE 1: DONNER LES PREMIERS SOINS PSYCHOLOGIQUES: INTERVENIR PENDANT LA CRISE

1

LE PREMIER CONTACT

Le premier contact diffère selon qu'il s'agit d'une personne malade et qu'il faudrait prendre des précautions en se protégeant ou d'un membre de la famille non-infecté, d'un professionnel de la santé, ect. Le premier contact reste le même pour toutes les catégories que pour les premiers secours psychologiques en situation de crise, sauf pour les malades. En effet, pour les malades, cela dépend du niveau de contagiosité de la maladie en question. Nous savons que la maladie à virus Ébola et le COVID-19 sont des infections hautement contagieuses et les professionnels de la santé mentale doivent prendre des précautions pour ne pas être infectés.

A

Comment se présenter à une personne durant une épidémie d'une maladie hautement contagieuse? Plusieurs astuces peuvent être utilisées, toutefois, l'une des techniques qui a le plus aidé durant des épidémies de la MVE est d'avoir une photo de soi dans un contenant protégé et seulement utilisé à cet effet. C'est une bonne manière de casser la glace.

B

Dans les cas de personnes ayant été inconscientes, dont la santé physique n'avait pas permis une intervention psychologique, et fortement inquiètes pour leur famille, une photo du thérapeute avec les membres de leurs familles peut faire une grande différence.

C

Dans tous les cas, soyez humble, présentez-vous comme quelqu'un qui est là pour écouter et aider, et non comme quelqu'un qui va résoudre tous les problèmes.

MODULE 1: DONNER LES PREMIERS SOINS PSYCHOLOGIQUES: INTERVENIR PENDANT LA CRISE

2

ÉVALUATION SOMMAIRE

Faire une **évaluation sommaire** de la manière dont la crise affecte le patient et sa famille

A

D'abord, il faut déterminer le profil du patient. Il peut s'agir d'informations que vous savez avant même l'intervention, sinon il faut rapidement chercher à les déterminer

- S'agit-il d'un membre de la famille d'un patient malade?
- S'agit-il d'une famille ou d'un membre de la famille endeuillée par la mort d'un proche d'une maladie infectieuse?
- S'agit-il d'un professionnel de santé ou d'hygiène?
- S'agit-il d'un intervenant des funérailles dignes et sécuritaires
- Établir également un profil sociodémographique

NOTE: La détresse psychologique diffère selon le profil du patient/client. Chez les malades et les parents de malades, l'anxiété et un niveau élevé de stress et de peur sont les sentiments dominants; alors que chez la famille qui vient de perdre un proche d'une maladie infectieuse, ce sont des sentiments profonds de tristesse, de désespoir, de dépassement, l'impression d'être accablé, d'être désorienté et coupé de la réalité, des symptômes de dépression et les premiers signes du processus de deuil qui sont présents. Chez les professionnels de santé ou d'hygiène, en plus d'un sentiment d'impuissance et de dépassement, le stress, l'anxiété et le désespoir sont également très présents.

MODULE 1: DONNER LES PREMIERS SOINS PSYCHOLOGIQUES: INTERVENIR PENDANT LA CRISE

2

ÉVALUATION SOMMAIRE

B

Faire une évaluation sommaire de la santé et des risques d'infection

- Quel est l'état de santé du patient?
- Quel est l'état de santé de sa famille?
- Cette évaluation est encore plus importante dans les cas d'intervention communautaire
- Dans une intervention dans un centre de soins, cette évaluation reste importante pour s'assurer que les contacts du patient et de la famille sont évalués afin de réduire les risques d'infection

C

Évaluer les soutiens sociaux et les ressources du patient/client

- Sa famille est-elle présente? Quel type de soutien la famille peut-elle apporter (psychologique, social, financier, etc.)
- Y a-t-il des amis pouvant apporter du soutien?
- Quelles ressources disponibles dans la communauté?

MODULE 1: DONNER LES PREMIERS SOINS PSYCHOLOGIQUES: INTERVENIR PENDANT LA CRISE

2

ÉVALUATION SOMMAIRE

D

Évaluer les préoccupations de la personne et être à l'écoute des symptômes de potentiels problèmes de santé mentale

- D'abord, évaluer les préoccupations de la personne
- Ensuite, évaluer le niveau de stress et d'anxiété, les sentiments de désespoir, de tristesse, etc.
- Enfin, évaluer les antécédents personnels et familiaux de problèmes de santé mentale

E

Évaluer les aspects liés à la culture et aux traditions

- D'abord, chercher à déceler ce qu'il y a dans nos pratiques qui pourraient éventuellement venir heurter la personne
- Ensuite, évaluer ce qu'il y a dans la culture et les traditions qui pourraient entraver une prise en charge psychologique
- Enfin, évaluer ce qu'il y a dans la culture et les traditions qu'on peut utiliser pour faciliter l'intervention psychologique
- N'hésitez pas à utiliser le Cultural Formulation Interview, en annexe. C'est un outil qui vous offre la possibilité de voir les préoccupations du propre point de vue de la personne sur ses préoccupations.

MODULE 1: DONNER LES PREMIERS SOINS PSYCHOLOGIQUES: INTERVENIR PENDANT LA CRISE

2

ÉVALUATION SOMMAIRE

F

Évaluer les forces du patient

- Évaluer la résilience, à la fois individuelle et communautaire
- L'auto-efficacité
- Les expériences antérieures de trauma surmontées

MODULE 1: DONNER LES PREMIERS SOINS PSYCHOLOGIQUES: INTERVENIR PENDANT LA CRISE

3

APPORTER LES PREMIERS SECOURS PSYCHOLOGIQUES

Apporter les premiers secours psychologiques à la personne. Dans le cadre de ce guide, nous avons divisé les premiers soins psychologiques en deux composantes principales :

3.1 Offrir une écoute active et reconforter la personne

3.2 Offrir une écoute agissante à la personne

3.3 S'adapter à la culture et aux traditions comme fil conducteur transversal

MODULE 1: DONNER LES PREMIERS SOINS PSYCHOLOGIQUES: INTERVENIR PENDANT LA CRISE

3

APPORTER LES PREMIERS SECOURS PSYCHOLOGIQUES

3.1 Offrir une écoute active et reconforter la personne

A

N'oubliez pas que vous intervenez auprès de personnes vivant ou venant de vivre une expérience difficile et qui peut être désorienté, anxieux, stressé, triste, se sentir coupable. Alors, écouter la personne dans le **respect**, sans le juger. Certaines personnes ne voudront pas parler tout de suite, il faut alors respecter leur silence et l'expression de leurs émotions de manière non-verbale. Soyez d'abord présent pour les gens. Parfois, un verre d'eau ou une marque d'attention sera plus importante. Pour cela, soyez conscient de vos gestes et de vos attitudes. N'oubliez pas de tenir compte des traditions et des aspects culturels liés à l'âge, à la culture, aux coutumes et la religion de la personne et de la communauté.

MODULE 1: DONNER LES PREMIERS SOINS PSYCHOLOGIQUES: INTERVENIR PENDANT LA CRISE

3

APPORTER LES PREMIERS SECOURS PSYCHOLOGIQUES

3.1 Offrir une écoute active et reconforter la personne

B

Témoigner de l'**empathie** pour l'expérience difficile que vit la personne, mais également en cherchant à comprendre son vécu intérieur. Cela vous permettra de rester dans les émotions dans votre intervention. A ce stade-ci, la personne a surtout besoin d'être écoutée et comprise.

C

Ne soyez pas directif, au contraire, écouter, refléter ses sentiments, reformuler. Ayez en tête ces paroles de Carl Rogers : « Quand j'ai été écouté et entendu, je suis devenu capable de percevoir d'un œil nouveau mon monde intérieur et d'aller de l'avant. Il est étonnant de constater que des sentiments qui étaient parfaitement effrayants deviennent supportables dès que quelqu'un nous écoute. Il est stupéfiant de voir que des problèmes qui paraissent impossibles à résoudre deviennent solubles lorsque quelqu'un nous entend. ».

NOTE: N'oubliez pas de vous informer de la situation avant de commencer. Cela vous aidera à mieux respecter la souffrance de la personne ou de la famille. Par exemple, si vous êtes appelé à intervenir auprès d'un professionnel de la santé venant de perdre un patient qui a été un collègue, soyez informé d'abord de la situation. C'est un témoignage de respect pour la souffrance de ce personnel de santé. Cela vous permettra de pouvoir faire preuve d'empathie, dès le début.

MODULE 1: DONNER LES PREMIERS SOINS PSYCHOLOGIQUES: INTERVENIR PENDANT LA CRISE

3

APPORTER LES PREMIERS SECOURS PSYCHOLOGIQUES

3.2 Offrir une écoute agissante à la personne

A

S'assurer que la personne est en sécurité

Dans les situations épidémiques, il est important de s'assurer que la personne soit en sécurité. D'abord, il faut s'assurer qu'il ne court aucun risque dans sa famille ou sa communauté. Ensuite, il faut s'assurer qu'il ne constitue pas un risque pour la santé de sa famille ou sa communauté. Dépendamment des préoccupations exprimées par la personne, il peut être utile de s'enquérir sur des idéations suicidaires et autres aspects associés. Dans tous les cas, s'assurer que la personne est en sécurité et ne constitue pas un risque pour lui-même ou autrui.

MODULE 1: DONNER LES PREMIERS SOINS PSYCHOLOGIQUES: INTERVENIR PENDANT LA CRISE

3

APPORTER LES PREMIERS SECOURS PSYCHOLOGIQUES

3.2 Offrir une écoute agissante à la personne

B

Aider la personne à obtenir les informations utiles

Dans les situations épidémiques, les informations utiles sont importantes, elles peuvent sauver des vies. De plus, avoir les informations rendent les personnes moins anxieuses. Alors, prenez le temps d'informer la personne ou la famille ou les aider à avoir accès aux acteurs détenant les informations.

C

Aider la personne à obtenir des services et des ressources

- Il est important de s'enquérir des besoins de la personne et de faire la connexion avec les ressources et les services. Dans les situations épidémiques, il a été souvent observé qu'il faut y aller par ordre de priorité. Cela peut être aussi basique que de savoir si la personne a mangé ou a les ressources pour se procurer à manger, de s'assurer que ses enfants ont de quoi manger. Aussi, en situation épidémique, les services de santé peuvent être débordés, il faudra de manière éthique informer la personne sur les services disponibles et tenir compte des personnes prioritaires : les femmes enceintes, les enfants, les personnes en situation de handicap, les personnes à risque, ect.
- Se rappeler dans les services des proches de la personne. Un parent sera toujours inquiet, même s'il reçoit les meilleurs services, en ne sachant pas si ses enfants sont nourris et en sécurité.

MODULE 1: DONNER LES PREMIERS SOINS PSYCHOLOGIQUES: INTERVENIR PENDANT LA CRISE

3

APPORTER LES PREMIERS SECOURS PSYCHOLOGIQUES

3.2 Offrir une écoute agissante à la personne

Éviter la rupture des soutiens sociaux et les renforcer

- Il est important de fournir des informations claires à la personne sur la situation de sa famille. Par exemple, une personne ayant été infectée par Ebola a besoin de savoir la situation de sa famille. Lui informer sur la situation de son ou sa conjoint.e, de ses enfants, de ses parents, etc. Lui permettre de leur parler et si ce n'est pas possible, lui promettre que vous allez donner ses nouvelles en lui demandant les messages qu'il voudrait que fassiez passer à ses proches.
- Il faut lui permettre de pouvoir communiquer avec ses proches le plus rapidement possible. Dans le cas de personnes dont l'hospitalisation se prolongent, de personnes ayant été inconscients pendant un certain temps, une technique qui a aidé dans des épidémies de maladie à virus Ebola, est que le thérapeute se prend en photo avec des membres de la famille. Cela peut être d'ailleurs une bonne façon de se présenter à la personne quand on est obligé de s'habiller afin de se protéger soi-même et que le patient n'a pas accès à votre visage.
- Aider la personne à garder contact avec sa famille et ses proches, surtout en cas d'hospitalisation
- Créer des liens entre les personnes infectées et affectées. Cela créera du soutien mutuel qui peut être durable dans le temps.

D

MODULE 1: DONNER LES PREMIERS SOINS PSYCHOLOGIQUES: INTERVENIR PENDANT LA CRISE

3

APPORTER LES PREMIERS SECOURS PSYCHOLOGIQUES

3.2 Offrir une écoute agissante à la personne

E

La culture doit être transversale dans vos interventions

- Du premier contact à la fin de l'intervention, tenir compte des aspects culturels et des traditions constitue un allié pour la réussite des premiers secours psychologiques.
- Utiliser le Cultural Formulation Interview pour s'assurer de bien faire et que notre information ne dérange pas plus que d'arranger les choses. C'est aussi un bon moyen de faire des facteurs culturels et des traditions un levier de réussite de votre intervention.
- Par exemple, si la personne trouve que le soutien des leaders religieux est important pour lui, essayez de lui faciliter cette tâche dans la mesure du possible. A la place d'une rencontre en face à face, cela peut être un moment au téléphone.
- Ne négligez pas les aspects liés à la spiritualité de la personne.

NOTES:

- Ne forcer pas la personne à parler. Si elle n'est pas prête, être présent pour lui est déjà un soutien important.
- Les premiers secours psychologiques ne sont pas une thérapie, l'origine de la détresse psychologique est peu explorée. Ils permettent d'offrir une écoute, de reconforter et d'offrir une écoute agissante qui aide la personne à obtenir des informations, des services, des ressources et du soutien social.

MODULE 1: DONNER LES PREMIERS SOINS PSYCHOLOGIQUES: INTERVENIR PENDANT LA CRISE

N'OUBLIEZ PAS:

- Les premiers secours psychologiques peuvent être un peu différents, selon qu'ils s'adressent à des malades, aux familles des malades, aux familles endeuillées, aux professionnels de la santé et autres personnels de la riposte, mais dans tous les cas, offrir une écoute agissante à la personne est l'élément le plus important.
- Souvent les professionnels de la santé mentale (et les agents psychosociaux) se demandent où et quand apporter les premiers secours psychologiques. A ces questions, nous répondons d'abord que les premiers secours psychologiques se mettent en place durant la crise ou tout de suite après. Sur le lieu, cela peut être dans la salle du patient, dans sa CUBE (dans le cas de la maladie à virus Ébola), chez la famille ou à l'école. Dans tous les cas, il faut intervenir dans un espace sécuritaire et offrant un certain calme et tranquillité pour la personne en situation de crise.

MODULE

2

ÉVALUER ET

DÉFINIR UN

PLAN

D'INTERVENTION

MODULE 2: ÉVALUER ET DÉFINIR UN PLAN D'INTERVENTION

RÉSUMÉ DES OBJECTIFS ET ACTIVITÉS

OBJECTIFS	LIGNES DIRECTRICES	OUTILS RECOMMANDÉS
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bâtit un profil exhaustif de la personne et de sa situation actuelle. ➤ Évaluer l'expérience de la personne avec la MVE, le Covid-19 ou autre et identifier les impacts (psychologiques, sociaux, matériels, etc.) de ce vécu. ➤ Intégrer les principes d'observation et d'écoute proposés par les premiers soins psychologiques lors de l'évaluation initiale. ➤ Identifier les ressources présentement disponibles pour la personne et explorer des solutions afin de combler les lacunes. ➤ Définir les objectifs pour le plan d'intervention. ➤ Définir le plan d'intervention. 	<p>Évaluer les symptômes physiques que présentent la personne</p> <p>Identifier le problème :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifier la motivation de la personne à chercher des soins psychologiques. <p>Données sociodémographiques et contextuelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Évaluer les besoins physiologiques de la personne et de sa famille (nourriture, logement, soins de santé, etc.). ➤ Identifier les aspects culturels de l'individu qui influencent leurs ressources, normes, rôles et attitudes (par exemple, pratiques de deuil, pratiques religieuses, volonté à chercher de l'aide, etc.). <p>L'expérience vécue :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Évaluer les traumatismes vécus par la personne et sa famille (incluant les pertes en vies humaines, les blessures, les deuils, les atteintes psychologiques et sociales). ➤ Évaluer les perceptions de l'individu quant à la maladie, incluant, sa cause, les conséquences perçues, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Qualité de vie (WHOQOL-Bref); <i>A</i> ➤ Liste des événements potentiellement traumatiques (LET5); <i>A, E</i> ➤ Degré d'exposition à la maladie; <i>A</i> ➤ Stigmatisation à cause de la maladie; <i>E</i> ➤ Définition culturelle du problème; perception culturelle de la cause, du contexte et soutien; facteurs sociaux affectant le coping et la volonté à demander de l'aide dans le passé (selon l'entretien de formulation culturelle du DSM-5); <i>A, E</i> ➤ Auto-efficacité généralisée; <i>A, E</i> ➤ Échelle de soutien social (Multidimensional Scale of Perceived Social Support); <i>A, E</i>

MODULE 2: ÉVALUER ET DÉFINIR UN PLAN D'INTERVENTION

RÉSUMÉ DES OBJECTIFS ET ACTIVITÉS

OBJECTIFS	LIGNES DIRECTRICES	OUTILS RECOMMANDÉS
	<p>Évaluer l'état actuel de la santé mentale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Évaluation générale de la santé mentale. ➤ Au besoin, évaluation spécifique de la santé mentale (par exemple, TSPT, dépression, anxiété, consommation d'alcool et de substances, etc.). ➤ Évaluer les signes de détresse et de dysfonctionnement dans la vie de tous les jours de la personne. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Santé mentale générale (GHQ12); <i>A</i> ➤ Échelle de détresse psychologique de Kessler (K10); <i>A, E</i> ➤ Idéations et comportements suicidaires; <i>A, E</i> ➤ Échelle de résilience; <i>A, E</i> ➤ Stratégies de coping (brief COPE); <i>A, E</i> ➤ Stratégies de coping religieux (Brief-RCOPE); <i>A, E</i> <p>Au besoin:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inventaire d'anxiété Beck; <i>A, E</i> ➤ Échelle de consommation de substance; <i>A, E</i> ➤ Échelle de désespoir; <i>A, E</i> ➤ Inventaire de détresse péri traumatique; <i>A, E</i> ➤ PTSD checklist (PCL-5); <i>A</i> ➤ The child PTSD symptom scale for DSM-V (CPSS-V SR); <i>E</i> ➤ Échelle de dépression Beck - Short Form; <i>A</i> ➤ Inventaire de dépression chez l'enfant; <i>E</i>

N.B. Les lettres en italiques apparaissant après le nom des outils désignent la population auprès de laquelle l'outil peut être utilisé, soit *A* : Adultes ou *E* : Enfants.

MODULE 2: ÉVALUER ET DÉFINIR UN PLAN D'INTERVENTION

RÉSUMÉ DES OBJECTIFS ET ACTIVITÉS

OBJECTIFS	LIGNES DIRECTRICES	OUTILS RECOMMANDÉS
	<p>Évaluer l'état actuel de la santé mentale (suivi):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifier toute perturbation des liens et soutiens sociaux de l'individu (par exemple, perte des derniers membres de la famille, diminution de la participation aux activités religieuses, etc.). <p>Ressources actuelles et lacunes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifier les structures de soutien social en place. ➤ Identifier toutes autres ressources actuelles favorisant la résilience. ➤ Identifier les lacunes parmi les ressources psychosociales actuelles de l'individu. <p>Objectif d'intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Émettre un diagnostic s'il en existe un. ➤ Établir avec l'individu un objectif d'intervention. ➤ Proposer des ressources additionnelles à la personne. 	

MODULE 2: ÉVALUER ET DÉFINIR UN PLAN D'INTERVENTION

DÉFINITIONS

Évaluation : L'évaluation consiste en un examen réalisé par un/une psychologue afin de déterminer un diagnostic et informer un plan de traitement ou d'intervention. L'évaluation est réalisée lors des premières visites du client ou du patient. Elle peut prendre la forme d'une entrevue structurée ou semi-structurée et peut comprendre la passation de tests.

Conceptualisation de cas : La conceptualisation consiste en l'application de théories basées sur des données probantes aux problèmes du client tout en s'appuyant sur un profil exhaustif de la personne. La conceptualisation de cas se fait par le/la psychologue et permet l'élaboration du plan de traitement.

Plan de traitement : Ensemble de méthodes d'interventions qui seront utilisées dans un ordre prédéfini dans le cadre du traitement de la personne. Le plan de traitement inclut les objectifs de la thérapie, l'approche thérapeutique ainsi que les diverses activités qui seront complétées lors des séances.

MODULE 2: ÉVALUER ET DÉFINIR UN PLAN D'INTERVENTION



MODULE 2: ÉVALUER ET DÉFINIR UN PLAN D'INTERVENTION

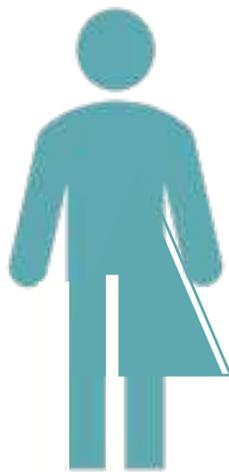
1

OBJECTIFS DU MODULE

L'objectif principal du module 1 est de réaliser une évaluation holistique visant à conceptualiser le cas et d'établir, en collaboration avec le client (et sa famille, si c'est nécessaire et dans le cas d'un enfant), un plan de traitement individualisé tenant compte des symptômes physiques (dans le cas qu'il a été infecté ou pas), psychopathologiques, des facteurs culturels, des ressources du client, ainsi que des aspects sociaux et physiologiques. L'atteinte de cet objectif passe par *l'identification des problèmes primaires qui ont incité le client à chercher de l'aide psychologique et par la construction d'un profil exhaustif de la personne et de sa situation actuelle en recueillant des informations sur:*



Ses besoins physiologiques



Symptômes physiques : Quel est son état physique et les symptômes qu'il présente ? A-t-il été infecté ? Y a-t-il des personnes de son entourage qui ont été infectées ?



Ses besoins sociaux (par exemple, nourriture, logement, soins de santé, etc.)



Ses difficultés psychologiques (par exemple, symptômes, d'anxiété, du trouble de stress post-traumatique, de la dépression, du trouble obsessionnel compulsif, symptômes prolongés de deuil etc.)



les besoins de sa famille qui sont actuellement comblés et non-comblés

MODULE 2: ÉVALUER ET DÉFINIR UN PLAN D'INTERVENTION

1

OBJECTIFS DU MODULE

Évaluer des facteurs culturels pouvant jouer un rôle clef dans la conceptualisation du cas et l'élaboration du plan de traitement, incluant:

- **Identifier les facteurs culturels** (par exemple, pratiques de deuil, pratiques religieuses, croyances et tabous liés à la recherche de l'aide, etc.) **pouvant jouer un rôle dans le développement et le maintien des symptômes;**
- **Recueillir la propre perspective du client et de sa famille des problèmes de santé mentale présenté en utilisant le cultural formulation interview (CFI) tiré du DSM 5 (APA, 2013) mis en annexe;**
- **Recenser les facteurs culturels pouvant servir de leviers thérapeutiques et les inclure dans le plan de traitement.**



MODULE 2: ÉVALUER ET DÉFINIR UN PLAN D'INTERVENTION

2

QUE FAUT-IL ÉVALUER EN SANTÉ MENTALE?

N'oubliez pas que l'évaluation des problèmes de santé mentale est la pièce maitresse pour conceptualiser le cas et établir un plan de traitement personnalisé. Afin de rencontrer cet objectif, il est important d'évaluer de manière formelle la santé mentale de la personne, ainsi que les signes de dysfonctionnement dans sa vie de tous les jours. L'évaluation de la santé mentale se fait en fonction des plaintes de la personne et des troubles comorbides (par exemple, en cas de symptômes sévères du TSPT, il est important d'évaluer les symptômes dépressifs et psychosomatiques). Il est important *d'évaluer l'expérience du client et de sa famille avec la Maladie à virus Ébola (MVE), le Covid-19 ou autre.*

Type d'exposition du client à la MVE, le Covid-19 ou autre :	Explorer les deuils possibles :
<ul style="list-style-type: none"> ➤ A-t-il lui-même été infecté? Ou un membre de sa famille? ➤ A-t-il été hospitalisé ? ➤ Est-il un membre d'une équipe soignante? ➤ Est-il le membre d'une équipe de funérailles dignes et sécuritaires? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A-t-il des proches qui sont décédés morts de la maladie ? <ul style="list-style-type: none"> ➤ des membres de la famille? ➤ des amis? ➤ des collègues?
Identifier les impacts de la maladie sur la qualité de vie du client et de sa famille :	Identifier les impacts de la maladie sur sa santé physiques :
<ul style="list-style-type: none"> ➤ A-t-il perdu des biens matériels? ➤ A-t-il perdu sa maison? ➤ A-t-il perdu son travail? <p><i>Le questionnaire évaluant la qualité de vie en annexe peut être utilisé à cet effet.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Quelles sont les séquelles physiques laissées par la MVE, le Covid-19 au cas où la personne a été infectée?
Évaluer les perceptions du client de la maladie	Évaluer les différentes formes de stigmatisation liée à la maladie vécues.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Incluant la cause perçue de la maladie et de l'infection 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Soutien social ➤ Accès aux services

MODULE 2: ÉVALUER ET DÉFINIR UN PLAN D'INTERVENTION

2

QUE FAUT-IL ÉVALUER EN SANTÉ MENTALE?

Il est aussi important *d'évaluer les impacts psychologiques (incluant les traumatismes vécus, tels que les pertes en vies humaines, les deuils, etc.) de l'expérience de la MVE, du Covid-19 ou autre.*

Il s'agit d'effectuer une évaluation psychologique en tenant compte des plaintes de la personne.

En plus de l'entrevue, une banque d'outils d'évaluation sont fournis en annexe. Ils évaluent les symptômes des troubles les plus prévalents chez les personnes touchées par la MVE et d'autres maladies infectieuses : dépression, anxiété, trouble de stress post-traumatique, trouble obsessionnel compulsif, etc. Vous n'êtes pas obligés de tous les utiliser. Utilisez-les, au besoin.

N'oubliez pas *d'évaluer les facteurs de protection dont disposent le client et sa famille.*



La banque d'outils en annexe comprend également des mesures d'évaluation du soutien social, de la résilience, de l'auto-efficacité, etc. N'hésitez pas à les utiliser pour connaître les forces de votre client ou patient. N'oubliez pas que s'appuyer sur les forces du client est toujours un bon levier thérapeutique.

MODULE 2: ÉVALUER ET DÉFINIR UN PLAN D'INTERVENTION

3

OBSERVER ET ÉCOUTER

Intégrer les principes d'observation et d'écoute proposés par les premiers soins psychologiques (psychological first aid) lors de l'évaluation initiale.

DÉFINITIONS

Observation : Par l'entremise de l'observation, prenez note de l'urgence des besoins et du niveau de détresse.



Écoute: À chaque séance pendant le processus d'évaluation, réserver du temps pour l'écoute, sous forme d'entretien non-structuré. Soyez attentif aux besoins et préoccupations de la personne



MODULE 2: ÉVALUER ET DÉFINIR UN PLAN D'INTERVENTION

4

IDENTIFIER

Identifier les ressources présentement disponibles pour la personne

Inclure les structures de soutien social et les facteurs de résilience personnels et communautaires.



Explorer des solutions

Chercher à combler les lacunes parmi les ressources psychosociales actuelles de la personne. Par exemple, la référer pour des kits alimentaires, faciliter l'accès au test ou à un médecin, l'aider à avoir accès aux ressources de survie.

MODULE 2: ÉVALUER ET DÉFINIR UN PLAN D'INTERVENTION

5

ÉTABLIR



Émettre un diagnostic lorsqu'il en existe, mais faire dans tous les cas une conceptualisation du cas.



Ensuite, établir un plan d'intervention individualisé. Le prochain module permettra de présenter le plan et d'en discuter avec la personne et sa famille, dans le cas d'un enfant ou si nécessaire.

MODULE 2: ÉVALUER ET DÉFINIR UN

PLAN D'INTERVENTION

DESCRIPTIONS DES ACTIVITÉS À RÉALISER

IDENTIFIER LE PROBLÈME	DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET CONTEXTUELLES	L'EXPÉRIENCE VÉCUE
<ul style="list-style-type: none"> Apprendre à connaître la situation actuelle de la personne en lui demandant ce qui l'a motivé à chercher des soins psychologiques. 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer les besoins physiologiques la personne et de sa famille (nourriture, logement, soins de santé, etc.). Évaluer les besoins psychologiques (par exemple, résilience, dépression, etc.). Évaluer les besoins sociaux de la personne (par exemple, décès des membres de la famille ou d'amis.es). Identifier l'influence de la culture de l'individu sur ses ressources, normes, rôles et attitudes (par exemple, pratiques de deuil, pratiques religieuses, volonté à chercher de l'aide, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer les traumatismes vécus par la personne et sa famille (incluant les pertes en vies humaines, les blessures, les deuils, les atteintes psychologiques et sociales). Évaluer les perceptions de l'individu quant à la MVE, incluant, sa cause, les conséquences perçues, etc. Identifier le rôle de la culture dans l'interprétation de l'expérience et les perceptions des symptômes actuels;

MODULE 2: ÉVALUER ET DÉFINIR UN

PLAN D'INTERVENTION

DESCRIPTIONS DES ACTIVITÉS À RÉALISER

IDENTIFIER LE PROBLÈME	DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET CONTEXTUELLES	L'EXPÉRIENCE VÉCUE
<ul style="list-style-type: none"> Apprendre à connaître la situation actuelle de la personne en lui demandant ce qui l'a motivé à chercher des soins psychologiques. 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer les besoins physiologiques la personne et de sa famille (nourriture, logement, soins de santé, etc.). Évaluer les besoins psychologiques (par exemple, résilience, dépression, etc.). Évaluer les besoins sociaux de la personne (par exemple, décès des membres de la famille ou d'amis.es). Identifier l'influence de la culture de l'individu sur ses ressources, normes, rôles et attitudes (par exemple, pratiques de deuil, pratiques religieuses, volonté à chercher de l'aide, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer les traumatismes vécus par la personne et sa famille (incluant les pertes en vies humaines, les blessures, les deuils, les atteintes psychologiques et sociales). Évaluer les perceptions de l'individu quant à la MVE, incluant, sa cause, les conséquences perçues, etc. Identifier le rôle de la culture dans l'interprétation de l'expérience et les perceptions des symptômes actuels;

MODULE 2: ÉVALUER ET DÉFINIR UN PLAN D'INTERVENTION

DESCRIPTION DES OUTILS À UTILISER

Vous trouverez en annexe des questionnaires recommandés afin d'évaluer l'expérience de la personne avec la MVE, le Covid-19 ou autre, l'état actuel de la santé mentale de la personne et plus encore. Vous y trouverez aussi une description brève de l'utilité de chaque mesure, les instructions pour s'en servir, leur adaptation culturelle, ainsi que les étapes à suivre afin d'interpréter les données obtenues.



MODULE

3

PRATIQUER LA

PSYCHOÉDUCATION

MODULE 3: PRATIQUER LA PSYCHOÉDUCATION

RÉSUMÉ DES OBJECTIFS ET ACTIVITÉS

OBJECTIFS	LIGNES DIRECTRICES	OUTILS RECOMMANDÉS
<ul style="list-style-type: none"> ○ Reconnaître les divers déterminants du trouble ○ Normaliser les symptômes. ○ Expliquer la conceptualisation du cas incluant le diagnostic, s'il y a lieu ○ Expliquer le plan d'intervention et comment il permettra d'atteindre les objectifs fixés. ○ Décrire le rôle de chacun des partis dans la mise en œuvre du plan d'intervention. ○ Donner Espoir. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Décrire le rôle du psychologue, du client ou patient (des parents, dans le cas d'un enfant) et de l'intervention. ○ Normaliser les symptômes des problèmes de santé mentale présentés en rapport à la maladie. ○ Se donner l'occasion d'en apprendre davantage sur les symptômes du client. ○ Discuter des facteurs qui contribuent aux problèmes de santé mentale. ○ Expliquer les pensées, les sentiments, les symptômes et les comportements du client en rapport à la conceptualisation faite ○ Discuter des habiletés du client. ○ Discuter des techniques de thérapie. ○ Clarifier les objectifs du traitement. ○ Présenter la structure et les composantes du traitement. ○ Introduire l'idée de la collaboration intervenant/client. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fiches aide-mémoire pour la psychoéducation de troubles ○ Exemples d'analogies (alarme...)

MODULE 3: PRATIQUER LA PSYCHOÉDUCATION

DÉFINITIONS



Psychoéducation : La psychoéducation a pour but d'équiper les clients de connaissances au sujet des causes, des symptômes, de leur développement et les traitements possibles. Dans le cas des enfants, la psychoéducation fournit aux parents les informations nécessaires pour comprendre les causes, les symptômes, les facteurs qui les maintiennent et leur donne les outils nécessaires pour mieux les aider durant le traitement. La psychoéducation vise aussi à donner espoir au client (et à sa famille) en facilitant une meilleure compréhension du problème.

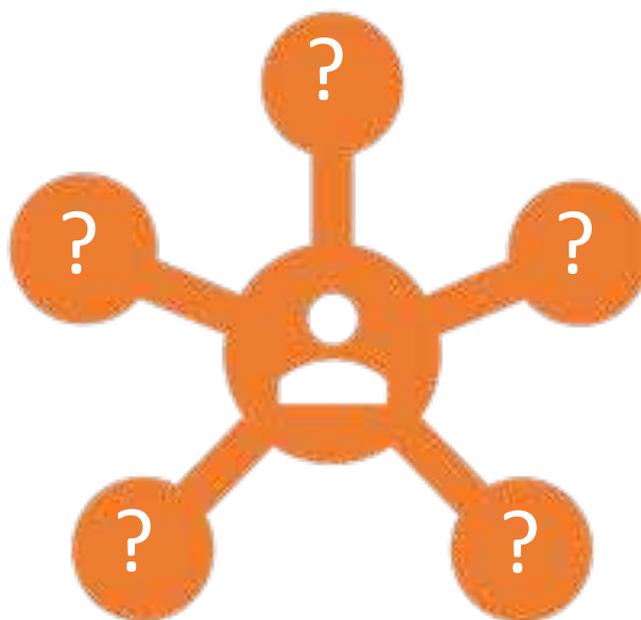
MODULE 3: PRATIQUER LA PSYCHOÉDUCATION



MODULE 3: PRATIQUER LA PSYCHOÉDUCATION

1

RECONNAÎTRE



Aider la personne à identifier et reconnaître les divers les facteurs qui prédisposent, contribuent, déclenchent et maintiennent les éléments liés aux troubles ou aux problèmes qu'elle confronte, ainsi que les facteurs de protection individuels, familiaux, sociaux et culturels.

MODULE 3: PRATIQUER LA PSYCHOÉDUCATION

2

NORMALISER

Normaliser les symptômes des problèmes de santé mentale en expliquant à la personne que beaucoup de personnes à un moment ou un autre éprouvent certains de ces symptômes. Normaliser aussi les symptômes dans le contexte de la MVE ou du Covid-19 spécifiquement



Prenez soin de préciser que plusieurs des symptômes que la personne éprouve sont soignables.



Afin de rencontrer cet objectif, le psychologue doit se donner l'occasion d'en apprendre davantage sur les symptômes de la personne, être à l'écoute des préoccupations et des inquiétudes de la personne et prendre le temps de répondre aux questions de la personne.



MODULE 3: PRATIQUER LA PSYCHOÉDUCATION

3

EXPLIQUER

Il est important de réserver un moment d'abord pour expliquer la conceptualisation du cas et le diagnostic et ensuite, le plan de traitement durant la séance de psychoéducation. Avant d'expliquer, songez à mettre en contexte le plan de traitement en clarifiant ses objectifs. Par la suite, vous présenterez la structure et les composantes du traitement. Vous pouvez aussi discuter des techniques de thérapie qui seront utilisées et des habiletés de la personne qui seront exercées, ainsi que les ressources et les soutiens sociaux qui seront mobilisés.



MODULE 3: PRATIQUER LA PSYCHOÉDUCATION

4

DÉCRIRE



Décrire le rôle de chacun des partis dans la mise en œuvre du plan de traitement. Cela inclut le rôle du psychologue, le rôle de la personne bénéficiant le traitement, le rôle de la famille et des autres soutiens sociaux, le rôle des parents ou personnes soignantes lorsque la personne bénéficiant le traitement est un enfant.



MODULE 3: PRATIQUER LA PSYCHOÉDUCATION



5

DONNER ESPOIR

Un objectif important de ce module consiste à donner espoir à la personne par l'entremise des explications et en laissant place aux questionnements. En prenant soin de bien écouter, de répondre aux questions de la personne et en expliquant qu'il est possible d'améliorer les symptômes éprouvés, vous pouvez apaiser les craintes et les inquiétudes de la personne. Il est toujours important de donner de l'espoir aux patients ou clients. Ils pourront ainsi s'accrocher à la vie!

MODULE 3: PRATIQUER LA PSYCHOÉDUCATION

! À NE PAS OUBLIER:

1. Seul un médecin peut prescrire
 2. Au besoin, n'hésitez pas à faire deux séances de psychoéducation
 3. Au fur et à mesure que le traitement avance, il faut prévoir des moments pour continuer à expliquer au client les difficultés et le déroulement du plan de traitement.
 4. La psychoéducation doit être adaptée à l'âge, au niveau d'éducation et à d'autres caractéristiques sociodémographiques.
 5. La psychoéducation doit être adaptée aux facteurs culturels.
 6. Donner des outils pratiques au client, des exercices à réaliser à la maison.
-

MODULE 3: PRATIQUER LA

PSYCHOÉDUCATION

DESCRIPTIONS DES ACTIVITÉS À RÉALISER

DÉCRIRE LES RÔLES	NORMALISER LES SYMPTÔMES	EXPLORER LES DÉTERMINANTS	OBJECTIFS ET COMPOSANTES DU PLAN DE TRAITEMENT
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décrire le rôle du psychologue, des parents et de l'intervention. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normaliser les symptômes des problèmes de santé mentale en contexte générale et dans le contexte de la MVE. ▪ Prendre le temps d'en apprendre davantage sur les symptômes de la personne par l'entremise de l'observation, l'écoute active et en posant des questions. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discuter des facteurs (incluant ceux biologiques) qui contribuent aux problèmes de santé mentale de la personne. Dans le cas de problème de santé mentale dans le contexte de la MVE ou du Covid-19, les facteurs biologiques peuvent être très importants. ▪ Adresser les facteurs qui contribuent spécifiquement au maintien des symptômes du trouble. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expliquer la conceptualisation du cas, incluant le diagnostic, le cas échéant. ▪ Clarifier les objectifs du traitement. ▪ Présenter la structure et les composantes du traitement. ▪ Discuter de techniques de thérapie qui seront utilisées. ▪ Discuter des habiletés de la personne qui seront exercées. ▪ Introduire l'idée de la collaboration intervenant/client.

MODULE 3: PRATIQUER LA PSYCHOÉDUCATION

DESCRIPTION DES OUTILS À UTILISER

Fiches aide-mémoires imprimables: Vous trouverez en annexe des fiches aide-mémoires imprimables qui peuvent vous servir de guide lors de la psychoéducation. Vous y trouverez des fiches pour certains des troubles qui risquent d'être prévalent. Servez-vous de celles-ci comme guide lorsque vous exécutez une psychoéducation auprès d'une personne souffrant d'un autre trouble non inclus dans les exemples. Ces fiches aide-mémoires ont pour but de vous aider à adapter la psychoéducation selon les troubles et les comorbidités éprouvés par la personne. Vous pouvez aussi nous écrire au vtrac@uottawa.ca, au cas où vous trouvez certains troubles pour lesquels il n'y a pas de fiches aide-mémoires de manière récurrente. Nous pourrions travailler au développement de ces fiches aide-mémoires.



Analogies : Il peut parfois vous être utile d'utiliser des analogies afin d'illustrer de manière plus concrète les symptômes de la personne, les causes de ces symptômes et le processus de traitement. Vous trouverez en annexe quelques exemples d'analogies.

MODULE 3: PRATIQUER LA PSYCHOÉDUCATION

QUOI FAIRE ET NE PAS FAIRE EN PSYCHOÉDUCATION



À FAIRE	À ÉVITER
<ul style="list-style-type: none">▪ Poser des questions▪ Utiliser un langage qui va avec celui du client▪ Assurer que les explications font du sens▪ Être alerte aux questionnements▪ Encourager l'expérimentation	<ul style="list-style-type: none">▪ Faire un sermon▪ L'usage de jargon professionnel▪ Disputer ou intimider▪ Minimiser les questionnements du client▪ Recherche une conformité fautive ou prématurée

MODULE

4

VIVRE ET

ÉLABORER LE

DEUIL

MODULE 4: VIVRE ET ÉLABORER LE DEUIL

RÉSUMÉ DES OBJECTIFS ET ACTIVITÉS

OBJECTIFS	LIGNES DIRECTRICES	OUTILS RECOMMANDÉS
<ul style="list-style-type: none"> ○ Évaluer le deuil et le niveau de détresse lié au deuil; ○ Enquêter sur l'historique interpersonnel de l'individu (les premières relations familiales, les autres pertes, la relation avec le/la défunt.e, l'histoire du décès, etc.); ○ Psychoéducation; ○ Établir des objectifs liés au deuil; ○ Reconnaître, gérer et accepter la perte; ○ Adaptation à la nouvelle vie. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprendre et accepter le deuil 2. Gérer la douleur émotionnelle 3. Envisager le futur 4. Renforcer les relations existantes 5. Raconter l'histoire de la mort de l'être cher 6. Vivre avec les rappels 7. Se connecter aux souvenirs 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Questionnaires structurés : ○ Inventory of Complicated Grief (A) ○ The Brief Grief Questionnaire (A) ○ Journal de suivi du deuil ○ Fiche de travail sur les émotions ○ Revivre dans l'imaginaire ○ Remise en situation ○ Rappel de l'être cher ○ Conversation imaginaire ○ Fiches aide-mémoires imprimables

MODULE 4: VIVRE ET ÉLABORER

LE DEUIL

DÉFINITIONS

* Toutes les personnes n'auront pas vécu un deuil lié à la MVE ou le Covid-19. Ce module peut donc ne pas concerner certains des clients *

Deuil: La réaction émotionnelle naturelle à une perte importante, en particulier, le décès d'un être cher. La durée des deuils ainsi que la présentation des deuils varient culturellement.

Deuil aigu: Les symptômes normaux ressentis pendant les mois qui suivent la perte. Les symptômes peuvent être intenses et peuvent inclure : le choc, la détresse, la tristesse, le manque d'appétit, des troubles du sommeil et des troubles de concentration. Les symptômes s'atténuent lentement avec le temps.

Deuil complexe: Les symptômes de deuil qui, parfois, perdurent pendant des années sans jamais sembler diminuer. La perte continue de sembler irréaliste et impossible à gérer; ressentir une culpabilité constante à l'idée de reprendre une vie normale sans l'être cher.

*Troubles comorbides possibles : MDD, TSPT, Abus de substance

Deuil intégré: Adaptation à la perte et évolution de la relation avec l'être cher. L'individu envisage un avenir sans l'être cher. La personne retrouve un sens à la vie et se permet de ressentir des sentiments positifs tel que le bonheur en l'absence de l'être cher.

MODULE 4: VIVRE ET ÉLABORER LE DEUIL



MODULE 4: VIVRE ET ÉLABORER LE DEUIL

1

OBJECTIFS DU MODULE

L'objectif principal de ce module est d'évaluer le deuil et le niveau de détresse lié au deuil.

Symptômes de deuil persistants, d'une durée prolongée et nuisant au fonctionnement dans les contextes:



Personnel



Familial

Social



Éducationnel

Professionnel



Autre

MODULE 4: VIVRE ET ÉLABORER LE DEUIL

1

OBJECTIFS DU MODULE

Le rôle de l'intervenant.e est aussi de guider l'individu à travers les **7 étapes** du deuil:

1. Le choc : Une phase courte qui marque une rupture et durant laquelle une personne ne ressent pas d'émotions saillantes.

2. Le déni : Le refus de croire à l'information; engendre un débat interne ou externe.

3. La colère : Une révolte envers soi-même et autrui engendré par la confrontation au fait que la personne ne peut pas remonter le temps. La colère peut mener à des comportements que la personne ne comprend pas elle-même. De plus, son niveau d'intensité varie selon la personne.

4. La tristesse : Un état de désespoir.

5. La résignation : Abandon de la lutte contre les faits de la nouvelle réalité. Peut être accompagné d'un sentiment d'impuissance ou de rejet.

6. L'acceptation : Acceptation de la perte et retour progressif de l'espoir.

7. La reconstruction : Une reconstruction progressive du soi où la personne apprend à mieux se connaître elle-même ainsi que ses ressources personnelles pour préparer son retour à ses engagements au sein de la société.

MODULE 4: VIVRE ET ÉLABORER LE DEUIL

2

ENQUÊTER SUR L'HISTORIQUE INTERPERSONNEL

Enquêter sur l'historique interpersonnel de l'individu (les premières relations familiales, les autres pertes, la relation avec le/la défunt.e, l'histoire du décès, etc.);

<p>Encourager l'individu à vous parler de sa relation avec le/la défunt.e (respecter s'il n'est pas prêt)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quel type de relation a-t-il/elle eu avec le/la défunt.e? • Prenez soin de demander le nom de l'être cher perdu et tentez, autant que possible, de faire référence au/à la défunt.e par son nom. Ceci permet un soutien plus personnel.
<p>Encourager la personne à raconter l'histoire de la mort</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les détails relatifs à la mort de l'être cher qui sont connues par l'individu en deuil? Comment l'individu a-t-il/elle appris de la mort? Où était l'individu au moment d'apprendre la nouvelle? Qui était avec lui/elle? Quelles ont été ses premières réactions après avoir appris le décès? Etc.
<p>Investiguer le bien-être de la personne depuis la mort</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comment la personne se sent-elle affectée par la mort de l'être cher? En quoi est-ce que le quotidien de la personne a-t-il changé?
<p>Investiguer le soutien social de l'individu</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que l'individu a un réseau social pouvant lui apporter soutien lors de sa période de deuil? • Identifier les sources de soutien potentielles (par exemple, membres de paroisse, membres de familles, ami.e.s, etc.)

MODULE 4: VIVRE ET ÉLABORER LE DEUIL

3

PSYCHOÉDUCATION

- Effectuer de la psychoéducation selon les besoins de l'individu. Par exemple, définissez le deuil normal et le deuil complexe.

MODULE 4: VIVRE ET ÉLABORER LE DEUIL

4

ÉTABLIR DES OBJECTIFS LIÉS AU DEUIL

- Aider l'individu à se fixer des objectifs personnels liés au deuil et planifiez d'effectuer, des suivis lors de séances ultérieures.

MODULE 4: VIVRE ET ÉLABORER LE DEUIL

5

ACCEPTATION, ADAPTATION RECONSTRUCTION

Reconnaître, gérer et accepter la perte

- Offrir à l'individu une approche compatissante et une écoute active afin qu'il/elle puisse naviguer les étapes du deuil dans un environnement de sûreté et de confiance.
- Normaliser le temps qu'il peut prendre avant que l'individu reconnaisse la perte comme étant réelle.
- Prendre soin aussi de normaliser la détresse et la souffrance qui peuvent accompagner la reconnaissance de la perte.

Adaptation à la nouvelle vie et reconstruction de soi

- Guider l'individu vers l'intégration du deuil, afin qu'il/elle puisse à nouveau envisager sa vie sans l'être cher et reprendre ses activités du quotidien.

MODULE 4: VIVRE ET ÉLABORER

LE DEUIL

DESCRIPTIONS DES ACTIVITÉS À RÉALISER

1. COMPRENDRE ET ACCEPTER LE DEUIL	2. GÉRER LA DOULEUR ÉMOTIONNELLE
<ul style="list-style-type: none">▪ Effectuer de la psychoéducation de manière interactive, c'est-à-dire, encourager l'individu à poser des questions lors des explications.▪ Expliquer le modèle/processus de deuil et d'adaptation.▪ Normaliser le deuil (et par conséquent les symptômes du deuil), expliquer pourquoi les gens vivent un deuil suite à la perte d'un être cher et donner espoir qu'un traitement efficace existe.▪ Selon les besoins de l'individu le/la clinicien.ne peut discuter de la variabilité des symptômes de deuil d'une personne à une autre; en quoi consiste l'adaptation à la perte; les facteurs pouvant aggraver le deuil et freiner le processus de guérison; définir les types de deuils et plan de traitement envisagé. À noter qu'un diagnostic et plan de traitement peuvent avoir un effet de soulagement et redonner espoir à la personne vivant un deuil.<ul style="list-style-type: none">▪ Au besoin, expliquer les symptômes que vit la personne en se servant de ses croyances.	<ul style="list-style-type: none">▪ Encourager l'individu à accepter le deuil comme étant une réponse naturelle à leur perte.▪ Encourager l'individu à suivre la progression du deuil et les douleurs émotionnelles liées au deuil.▪ Pour un exemple, veuillez voir l'outil « journal de suivi du deuil ».

MODULE 4: VIVRE ET ÉLABORER

LE DEUIL

DESCRIPTIONS DES ACTIVITÉS À RÉALISER

3. ENVISAGER L'AVENIR

- Introduire l'idée d'un avenir prometteur même en l'absence de l'être cher. Inviter l'individu à imaginer que son deuil ait atteint un niveau gérable; qu'est-ce que l'individu souhaiterait pour il/elle-même? L'individu doit par la suite formuler un plan pour atteindre ces objectifs. Réserver quelques minutes aux séances futures pour discuter de ce plan.
- Il est possible que certains individus, surtout ceux souffrant d'un deuil complexe, éprouve de la difficulté à compléter cet exercice. Dans de tels cas, le/la clinicien.ne pourrait, soit demander à l'individu ce qu'il/elle voudrait si le/la défunt.e était toujours vivant.e; ou demander à l'individu de se fixer des objectifs relatifs à une sphère importante de leur vie, par exemple, chercher à prendre meilleur soin de sa santé, apprendre à gérer ses finances, prendre une marche dans un parc, etc.

4. RENFORCER LES RELATIONS EXISTANTES

- Encourager l'individu à discuter de ses relations interpersonnelles existantes et à identifier au moins une personne pouvant servir de confident.e.
- Lorsque l'individu se sent prêt.e, l'encourager à recommencer à s'impliquer dans des activités sociales.
- Garder en tête l'idée de renforcement des liens sociaux lors des séances et utiliser des opportunités, comme elles se présentent, pour clarifier qui sont les personnes qui peuvent aider, à qui l'individu peut partager et encourager l'individu à faire de soi.
- Par exemple, pour les veufs.ves, il pourrait s'agir de chercher un.e nouveau.elle compagnon.ne.

MODULE 4: VIVRE ET ÉLABORER

LE DEUIL

DESCRIPTIONS DES ACTIVITÉS À RÉALISER

5. RACONTER L'HISTOIRE DE LA MORT DE L'ÊTRE CHER

- Bien que raconter la mort du/de la défunt.e soit un outil facilitant l'acceptation de la réalité que constitue la perte, il peut arriver un moment où il n'est plus culturellement acceptable de continuer de parler du/de la défunt.e dans son entourage social. Par conséquent, l'individu vivant un deuil complexe peut se sentir isolé et percevoir un manque de soutien social. Il est alors utile d'inviter l'individu à raconter l'histoire de la perte à plusieurs reprises au cours de plusieurs séances (voir comme exemple, l'outil « revivre dans l'imaginaire »).
- Les exercices consistant à faire revivre la perte ont pour objectif d'aider l'individu à accepter la réalité pénible. À force de revivre l'histoire de la perte, l'individu sera capable de revisiter la perte avec moins de mécanismes d'évitement, de réactivité émotionnelle et un plus grand sens de la cohérence.

6. VIVRE AVEC LES RAPPELS

- Pour plusieurs, l'évitement d'éléments rappelant l'être cher est une solution juste pour la gestion de la douleur émotionnelle, cependant, ce mécanisme d'adaptation peut résulter en plusieurs contraintes dans le quotidien de l'individu. De plus, lors du traitement des symptômes du deuil complexe, l'accent doit être placé sur l'acceptation du deuil comme processus normal plutôt que de tenter de l'éviter.
- Pour certains.es, de simples paroles d'encouragement peuvent suffire pour qu'ils/elles s'exposent à des éléments évoquant un rappel de l'être cher. Pour d'autres, des outils tels que la « remise en situation » peuvent servir.
- Pour certains, les premières confrontations évoqueront des souvenirs positifs en plus de la douleur émotionnelle de la perte. Il est possible à ce moment que l'individu se rappelle des bénéfices qu'il/elle a tirés de cette expérience, ainsi, facilitant la prochaine exposition.

MODULE 4: VIVRE ET ÉLABORER

LE DEUIL

DESCRIPTIONS DES ACTIVITÉS À RÉALISER

7. SE CONNECTER AUX SOUVENIRS

- Aider la personne à comprendre que sa relation avec l'être cher n'est pas terminée, elle continue, bien qu'elle ait changé.
- Discuter de l'importance des souvenirs dans les relations.
- Les souvenirs ont une place importante dans nos relations avec des personnes lorsqu'elles sont vivantes.
- Les souvenirs aident à créer une représentation riche de nos proches et ils perdurent une fois que ces personnes sont décédées.
- Aider l'individu à ressentir une connexion profonde à l'être cher via les souvenirs. Exemple d'activité : « rappel de l'être cher ».

MODULE 4: VIVRE ET ÉLABORER LE DEUIL

DESCRIPTION DES OUTILS À UTILISER



Questionnaires structurés :

Vous trouverez en annexe des questionnaires structurés qui peuvent soutenir l'évaluation du niveau de détresse et du progrès lié au deuil. Par exemple, Inventory of Complicated Grief.



Fiche de travail sur les émotions :

Les fiches de travail sur les émotions sont utilisées en conjonction avec le journal de suivi du deuil. Cet outil permet à l'individu d'identifier et de faire le suivi sur ses émotions et sentiments liés au deuil.

MODULE 4: VIVRE ET ÉLABORER LE DEUIL

DESCRIPTION DES OUTILS À UTILISER

Journal de suivi du deuil :

Le journal sert à prendre note des facteurs déclencheurs et des moments moins pénibles et plus pénibles afin d'identifier des schémas récurrents qui renforcent les symptômes du deuil. Lors de cet exercice, l'individu prend 5 minutes à tous les jours en fin de journée pour identifier un moment de sa journée où le deuil était à son intensité la plus élevée en lui donnant un score de 1 à 10 et en prenant note des événements qui avaient lieu à ce moment. Le même exercice est répété pour identifier le moment où le deuil était à son intensité la moins élevée. Enfin, l'individu donne un score total au niveau de deuil vécu lors de sa journée. Lors de la prochaine séance, invitez l'individu à discuter de la journée lors de laquelle il/elle a ressenti le plus et le moins d'intensité dans son deuil de la dernière semaine (où selon la fréquence des séances cliniques).



Revivre dans l'imaginaire:

Dans cet exercice, le/la client.e prend quelques minutes pour décrire, dans un appareil d'enregistrement, le moment où il/elle a pris conscience de la mort de l'être cher. Suite à cela, le/la client.e décrit au/à la psychologue ce qu'il/elle a observé en racontant l'histoire. L'individu est encouragé de sélectionner une récompense qu'il/elle s'autoadministrera après chaque écoute de l'enregistrement. L'individu est encouragé d'écouter l'enregistrement à tous les jours jusqu'à ce que le/la psychologue et l'individu déterminent que ce n'est plus nécessaire.

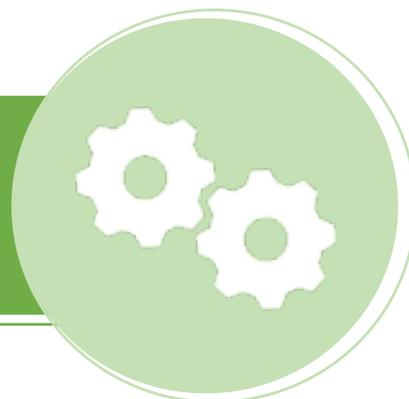
Le but de l'exercice est d'aider le client à accepter la perte en la traitant à un niveau émotionnel et en intégrant ce traitement émotionnel à la connaissance rationnelle de la mort de l'être cher. Le débriefing suite à l'enregistrement sert à encourager le/la client.e à réfléchir à l'histoire d'un point de vue du présent

MODULE 4: VIVRE ET ÉLABORER LE DEUIL

DESCRIPTION DES OUTILS À UTILISER

Remise en situation:

Le/la client.e identifie des activités ou des lieux précédemment évités parce qu'ils évoquent un rappel de l'être cher. Le/la client.e est encouragé à s'engager dans une activité de remise en situation à chaque jour.



Rappel de l'être cher

Dans cet exercice, l'individu est encouragé à se rappeler les souvenirs et les aspects positifs de l'être cher ainsi que les souvenirs et les aspects moins positifs. Il peut être utile que le/la client.e apporte avec lui/elle des photos ou autres souvenirs de l'être cher en question.

Conversation imaginaire (mieux si la relation était bonne) :

Dans cet exercice, le/la client.e imagine l'être cher vient de mourir, mais qu'il a la capacité de parler. Le/la client.e s'engage alors dans une conversation imaginaire, où l'individu joue à la fois le rôle de lui-même et le rôle de l'être cher.

Fiches aide-mémoires imprimables :

Vous trouverez en annexe des fiches aide-mémoires imprimables qui peuvent vous servir de guide lors de la psychoéducation sur le deuil et le deuil complexe persistant.

MODULE

5

PRATIQUER

LA RELAXATION

MODULE 5: PRATIQUER LA RELAXATION

RÉSUMÉ DES OBJECTIFS ET ACTIVITÉS

OBJECTIFS	LIGNES DIRECTRICES	OUTILS RECOMMANDÉS
1. Évaluer les pratiques actuelles de détente/relaxation	✓ Demandez à la personne de décrire les techniques de relaxation qu'il/elle utilise présentement.	
2. Éducation	✓ Décrire l'importance de la relaxation	
3. Maîtrise des techniques	✓ Décrire les techniques de relaxation et en donner des exemples.	
	✓ Fournir une psychoéducation adapté au stade développemental et à la culture de l'individu	
	✓ Aider l'individu à maîtriser des outils de relaxation et par l'entremise de ces exercices, aider l'individu à reconnaître ses symptômes de stress et à les gérer.	

MODULE 5: PRATIQUER LA RELAXATION

DÉFINITIONS

Relaxation:

Objectifs de la relaxation

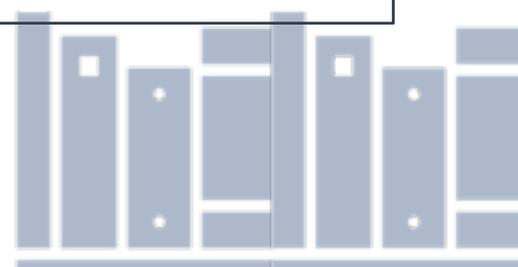
- ✓ Parvenir à détendre le corps et l'esprit;
- ✓ Créer une prise de conscience de notre capacité à passer d'un état de tension/détresse à un état de détente.

Techniques de relaxation

- ✓ Respiration;
- ✓ Détente musculaire progressive;
- ✓ Pleine conscience (par exemple, l'imagerie guidée).
 - ✓ Ces techniques sont différentes des distractions telles que regarder la télévision ou des vidéos sur Internet.
 - ✓ Une description de ces techniques ainsi que des exemples peuvent être trouvés à la séance 5 et en annexe.
- ✓ La relaxation musculaire et les exercices respiratoires sont des techniques corporelles visant à provoquer un repos à la fois du corps et de l'esprit. Ce sont des exercices réalisés en état d'éveil que l'individu est capable de répéter à divers moments de la journée.

Effets de la relaxation

- ✓ Les effets physiologiques : désactive la tension physiologique / la nervosité / la vigilance.
 - ✓ Respirer uniquement par la bouche active la réaction de combat/fuite/gel, par exemple, s'enfuir à la course.
- ✓ Les effets psychologiques : les déclencheurs vous ramènent dans le passé ; la pleine conscience vous ramène dans le présent.
- ✓ Les techniques de relaxation et les exercices respiratoires peuvent être utiles à la fois pour répondre à l'anxiété et la peur d'une personne malade d'Ébola et du Covid-19 ayant la forme physique, du guéri, des membres de la famille, mais également des professionnels de santé intervenant au front de la riposte.



MODULE 5: PRATIQUER LA RELAXATION

1

ÉVALUER LES PRATIQUES
ACTUELLES

2

ÉDUCATION

3

MAÎTRISE DES TECHNIQUES

MODULE 5: PRATIQUER LA RELAXATION



1

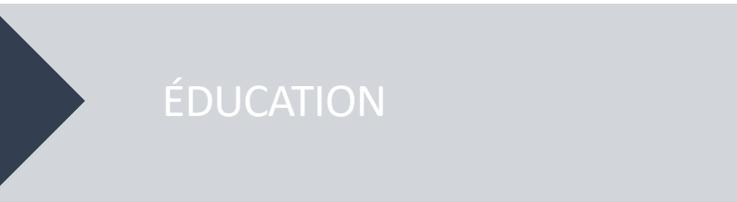
ÉVALUER LES PRATIQUES
ACTUELLES

Demandez à la personne de décrire les techniques de relaxation qu'il/elle utilise
présentement.

MODULE 5: PRATIQUER LA RELAXATION



2



ÉDUCATION

- ✓ Décrire l'importance de la relaxation.
- ✓ Décrire les techniques de relaxation et en donner des exemples.
- ✓ Fournir une psychoéducation adapté au stade développemental et à la culture de l'individu.

MODULE 5: PRATIQUER LA RELAXATION



3

MAÎTRISE DES TECHNIQUES

Aider l'individu à maîtriser des outils de relaxation et par l'entremise de ces exercices, aider l'individu à reconnaître ses symptômes de stress et à les gérer.

MODULE 5: PRATIQUER

LA RELAXATION

DESCRIPTIONS DES ACTIVITÉS À RÉALISER

ÉVALUER LES PRATIQUES ACTUELLES DE RELAXATION

- Demandez à la personne de décrire les techniques de relaxation qu'il/elle utilise présentement.
- Il est important de prendre en considération les stratégies de relaxation typiquement utilisées, en fonction de leur culture, par la personne et/ou par les membres de sa famille afin de gérer le stress.
- Des connaissances en matière de valeurs culturelles communes peuvent vous aider à identifier les stratégies de relaxation qui seront les plus utiles pour la personne. Vous trouverez en annexe une liste de techniques de relaxation adaptées à divers groupes culturels.

MODULE 5: PRATIQUER

LA RELAXATION

DESCRIPTIONS DES ACTIVITÉS À RÉALISER

ÉDUCATION: EFFETS DE LA RÉPONSE AU STRESS

- Expliquer la réponse au stress en fonction du groupe culturel ou ethnique. Par exemple, chez les individus appartenant à certains groupes ethniques asiatiques, afro-américains et hispaniques, les symptômes de stress se manifestent souvent sous forme de plaintes physiques (par exemple, maux de tête, maux d'estomac, nausées, douleurs non descriptives).
- Faites un lien direct expliquant qu'en relaxant son corps, un individu peut réduire ces symptômes physiques désagréables.

MODULE 5: PRATIQUER

LA RELAXATION

DESCRIPTIONS DES ACTIVITÉS À RÉALISER

ÉDUCATION: LES TECHNIQUES DE RELAXATION

<i>Technique 1 : Respiration</i>	<i>Technique 2: Détente musculaire progressive</i>	<i>Technique 3: Pleine conscience</i>	<i>Méthodes alternatives de relaxation</i>
<ul style="list-style-type: none"> Expliquer la réponse au stress en fonction du groupe culturel ou ethnique. Par exemple, chez les individus appartenant à certains groupes ethniques asiatiques, afro-américains et hispaniques, les symptômes de stress se manifestent souvent sous forme de plaintes physiques (par exemple, maux de tête, maux d'estomac, nausées, douleurs non descriptives). 	<ul style="list-style-type: none"> En général, la détente musculaire progressive consiste à tendre les muscles du corps et à les relâcher, un groupe de muscle à la fois. Il est souvent recommandé de commencer par les muscles des ortels et de progresser vers le haut jusqu'aux muscles du visage. Veuillez vous référer à la section d'outils pour des exercices détaillés. 	<ul style="list-style-type: none"> La pleine conscience consiste à soutenir son attention sur le présent, où l'on accepte tel quel, sans jugement, les pensées qui nous passent par la tête, les stimuli de notre environnement et les sensation physiques et émotionnelles ressenties. 	<ul style="list-style-type: none"> Les méthodes alternatives de relaxation peuvent inclure la méditation, le yoga, l'imagerie visuelle, etc., bref tout exercice qui peut amener la personne à reconnaître ses symptômes de stress et réduire son activation physiologique sans pour autant adopter des comportements d'évitement.
<ul style="list-style-type: none"> Faites un lien direct expliquant qu'en relaxant son corps, un individu peut réduire ces symptômes physiques désagréables. 			

MODULE 5: PRATIQUER

LA RELAXATION

DESCRIPTIONS DES ACTIVITÉS À RÉALISER

INTERVENTION AVEC LES ENFANTS: ADAPTATION AU STADE DÉVELOPPEMENTAL ET À LA CULTURE DE L'ENFANT

Faites usage de créativité lorsque vous présentez les techniques de relaxation aux enfants. Demandez à l'enfant de vous aider à modifier la technique afin de la rendre plus pertinente pour lui/elle. De plus, les exercices doivent être adaptés à la culture de l'enfant ou encore, à sa spiritualité, si pertinent.

Pour l'imagerie visuelle, il est important que les exercices de visualisation utilisent des scènes qui sont familières et apaisantes pour la personne. Par exemple, pour les enfants récemment endeuillés, la visualisation peut inclure une scène de l'être cher.

De plus, la pertinence des exercices devrait prendre en compte le stade développemental de l'enfant. Par exemple, les enfants de 5 ans et moins ont rarement les capacités d'attention soutenue requise lors de la détente musculaire progressive. A la place, essayez le dessin avec l'enfant peut être une meilleure activité.

Vous n'êtes limité que par votre créativité

Chaque enfant réagit différemment à l'entraînement à la relaxation, et les méthodes préférées varient considérablement. Par exemple, certains enfants ne trouveront pas la relaxation musculaire utile, quel que soit l'intérêt que vous portez aux instructions. Cependant, chaque enfant peut tirer profit de l'apprentissage de la relaxation. Alors, soyez créatifs. Nous avons constaté que l'utilisation de diverses techniques de relaxation, de la danse à la création artistique, peut aider efficacement les enfants à se détendre. Faites appel à votre imagination et travaillez avec l'enfant pour trouver ce qui fonctionne le mieux dans chaque cas.

MODULE 5: PRATIQUER

LA RELAXATION

DESCRIPTIONS DES ACTIVITÉS À RÉALISER

INTERVENTION AVEC LES ENFANTS: LES TECHNIQUES DE RELAXATION

Technique 1: La respiration

Expliquer le raisonnement

Prendre le temps d'expliquer à l'enfant l'importance de ces techniques de respiration et comment elles se différencient de leur respiration du quotidien. Le raisonnement de base est que respirer lentement aidera à contrôler leur niveau de tension et de détresse.

Démontrer un bon positionnement du corps

Vous et l'enfant devez être assis confortablement sur des chaises, les pieds sur le sol et les bras à vos côtés. Placez une main sur votre ventre, sous la cage thoracique, et l'autre sur votre poitrine.

Démontrer une technique de respiration appropriée

Vous devriez vous entraîner un peu d'avance pour vous assurer de démontrer efficacement la technique, de sorte que la main sur votre poitrine reste relativement immobile tandis que la main sur votre ventre se lève et tombe avec vos respirations. N'oubliez pas de féliciter le client pour ses bons essais de la technique. Une fois que l'enfant a essayé avec quelques respirations, demandez-lui de ralentir davantage les expirations. Cela peut se faire en comptant, ou simplement en se concentrant sur une expiration lente.

MODULE 5: PRATIQUER

LA RELAXATION

DESCRIPTIONS DES ACTIVITÉS À RÉALISER

INTERVENTION AVEC LES ENFANTS: LES TECHNIQUES DE RELAXATION

Technique 1: La respiration (suivi)

Introduire le mot « relax »

Une fois que l'enfant semble maîtriser l'expiration lente, demandez-lui de choisir un mot à dire en silence pendant qu'il/elle expire. De bons exemples sont "Calme" ou "relax". Demandez à l'enfant d'essayer de ne penser qu'à la respiration et à ce mot. Lorsque d'autres pensées lui viennent à l'esprit, l'enfant doit essayer de les imaginer s'éloignant en flottant.

Demandez à l'enfant de démontrer

Lorsque l'enfant est prêt.e, il/elle pourra "tester" sa maîtrise de la technique. Certains enfants peuvent aimer s'allonger par terre avec un petit jouet ou un gobelet en papier sur le ventre (Veuillez noter que d'autres enfants peuvent trouver inconfortable de s'allonger sur le sol dans une pièce avec un adulte. Faites preuve de jugement pour vos client.e.s). À chaque respiration, l'objet doit se déplacer de haut en bas. N'oubliez pas de féliciter les essais réussis.

La respiration contrôlée pourrait être une technique inappropriée

Si, après plusieurs tentatives, l'enfant ne peut tout simplement pas exécuter correctement la technique de respiration par le ventre, demandez-lui de se concentrer sur le ralentissement de l'expiration et la prononciation du mot de relaxation sans trop se laisser distraire par le mouvement du ventre et de la poitrine.

MODULE 5: PRATIQUER

LA RELAXATION

DESCRIPTIONS DES ACTIVITÉS À RÉALISER

INTERVENTION AVEC LES ENFANTS: LES TECHNIQUES DE RELAXATION

Technique 2: La détente musculaire progressive

Enseigner la relaxation musculaire à un enfant

Expliquez à l'enfant que lorsque les muscles des gens ne sont pas détendus, nous pouvons nous sentir tendus, endoloris ou nerveux. En les détendant, nous nous sentons plus calmes et plus en contrôle.

Mettre l'enfant à l'aise

Faites de votre mieux pour créer un environnement de détente dans votre bureau. Faites en sorte que l'enfant adopte une position confortable. Cela dépendra de la technique de relaxation que vous utilisez, mais généralement, pour une relaxation musculaire progressive, la meilleure position du corps est de s'allonger ou de s'assoir confortablement sur une chaise.

Démontrer la technique et induire la relaxation

La démonstration variera en fonction du type de relaxation choisi. Pour les enfants plus jeunes, il est souvent préférable de faire soi-même une démonstration de détente musculaire progressive sur tout le corps avant de faire copier l'enfant. Pour les enfants plus âgés, la démonstration de la technique pour chaque groupe de muscles et la répétition de chaque action par l'enfant fonctionnent bien.

MODULE 5: PRATIQUER

LA RELAXATION

DESCRIPTIONS DES ACTIVITÉS À RÉALISER

INTERVENTION AVEC LES ENFANTS: LES TECHNIQUES DE RELAXATION

Technique 3: Pleine conscience

La pleine conscience et les stratégies de méditation peuvent être utilisées pour aider les clients enfants à se détendre, et peuvent être particulièrement utiles pour les enfants plus âgés et les adolescents. La pleine conscience fonctionne en aidant les personnes à concentrer leur attention sur le moment présent, sans porter de jugement, en acceptant les pensées, les sentiments et les sensations.

Des pratiques similaires comme le yoga et la prière peuvent également être des moyens utiles pour aider les adolescents à recentrer leur esprit sur le moment présent. L'imagerie guidée consiste à travailler avec les clients pour identifier une image ou un lieu où ils se sentent en sécurité, calmes et détendus.

MODULE 5: PRATIQUER

LA RELAXATION

DESCRIPTIONS DES ACTIVITÉS À RÉALISER

INTERVENTION AVEC LES ADOLESCENTS: ADAPTATION À L'INDIVIDU

Les individus de ce groupe d'âge peuvent généralement maîtriser les techniques de respiration, la détente musculaire progressive et les techniques de pleine conscience et de méditation. Cependant la maîtrise ne garantie pas qu'ils/elles les aimeront ou les utiliseront! Les adolescents.e.s ont tendance à exprimer une envie d'utiliser leurs propres stratégies de relaxation préférées qu'ils/elles ont développées. Il n'y a aucun problème à intégrer ces activités dans la trousse d'outils de relaxation, à condition d'être raisonnablement sûr qu'elles entraînent une diminution de l'excitation physiologique, et non une simple distraction. Prenons en exemple l'adolescent qui aime écouter de la musique violente et agressive pour "se calmer". Si ce type de musique distrait l'adolescent et l'énerve, ce n'est probablement pas une bonne idée de l'utiliser dans le cadre d'un plan de relaxation.

MODULE 5: PRATIQUER

LA RELAXATION

DESCRIPTIONS DES ACTIVITÉS À RÉALISER

INTERVENTION AVEC LES ADOLESCENTS: ÉDUCATION

À quoi servent les exercices de relaxation?

Expliquez à l'adolescent.e que la relaxation est une stratégie importante pour faire face au stress, mais il est parfois plus facile de se faire dire de se détendre ou de se « relaxer » que de le faire. Une fois que nous sommes activés par quelque chose et que nos moteurs sont à plein régime, il faut un certain temps pour que notre corps revienne au point mort et que nous soyons à l'aise. L'information suivante peut servir d'explications aux adolescent.e.s pour l'utilité des exercices de relaxation.

Les exercices nous apprennent à identifier les symptômes de stress dans notre corps. Vous apprendrez à tendre et à détendre diverses parties de votre corps qui réagissent souvent au stress par une tension physique accrue. Ce faisant, vous apprendrez à reconnaître quand vous êtes stressé et où dans votre corps le stress vous affecte, et aussi à reconnaître le sentiment de détente que vous voulez atteindre afin de ramener votre corps à un état moins agité. Ensuite, vous apprendrez que vous avez le contrôle du stress dans votre corps. Vous avez le pouvoir de transformer un état de tension en un état de détente. Vous apprendrez à vous détendre grâce à des exercices de relaxation qui durent environ 20 minutes. Étant donné qu'il n'est pas toujours pratique d'arrêter une activité stressante pour prendre 20 minutes pour se détendre, vous apprendrez également des stratégies que vous pourrez utiliser « sur place » pour vous aider à atteindre instantanément un état de relaxation. Ces stratégies comprennent l'utilisation de la respiration profonde, la vérification du niveau de tension dans tout le corps et la relaxation des parties de votre corps qui sont stressées, ainsi que l'utilisation de scènes de visualisation qui vous apportent un sentiment de calme et de paix. Enfin, la relaxation permet de réfléchir plus clairement à nos problèmes. Vous apprendrez à utiliser un état de relaxation pour vous aider à réfléchir à des situations gênantes afin de trouver des solutions.

MODULE 5: PRATIQUER LA RELAXATION

DESCRIPTION DES OUTILS À UTILISER

Respiration:

1ère technique de respiration: il suffit de se connecter avec son souffle pour le réinitialiser.

Inspirer et exagérer la quantité
Lorsque les poumons sont pleins, prenez une respiration de plus
Expirez et relâchez vos muscles aussi
Nous relâchons la tension
Répéter 2-3 fois
Respiration contrôlée

2ème technique : compter pendant les respirations

Je vais compter 1, 2, 3, 4, 5 quand vous inspirez... Et 5, 4, 3, 2, 1 quand vous expirez.
Quand l'air est parti à la fin, je compte aussi 5 secondes

3ème technique : noter les sensations

Main droite sur le ventre, main gauche sur le cœur
Suivez le rythme de votre respiration et des mouvements du corps associés à chaque respiration
Sentez votre ventre appuyé sur votre main droite, puis votre poitrine sur votre main gauche
Sentez vos épaules et leurs mouvements pendant la respiration
Faites attention à votre nez et à la sensation de l'inspiration
Commencez à remarquer l'air qui entre dans votre nez ... comme il est froid
Commencez à remarquer l'air qui sort et sa chaleur



MODULE 5: PRATIQUER LA RELAXATION

DESCRIPTION DES OUTILS À UTILISER

Respiration:

4ème technique : Respiration 4-7-8

Spécialiste de la médecine alternative, Andrew Weil s'est inspiré des préceptes du yoga pour mettre au point sa technique. Voici la marche à suivre:

1. On peut faire cet exercice dans n'importe quelle position, mais si vous vous asseyez, installez-vous le dos bien droit et les pieds au sol. Puis touchez votre palais du bout de la langue, juste derrière les incisives du haut. Et tenez cette position durant l'exercice.
2. Expirez par la bouche tout l'air de vos poumons. Vous êtes maintenant prêt pour expérimenter le 4-7-8
3. Fermez la bouche et inspirez tranquillement par le nez en comptant (dans votre tête) jusqu'à 4.
4. Retenez votre souffle en comptant jusqu'à 7.
5. Expirez bruyamment par la bouche en comptant jusqu'à 8.
6. Répétez trois fois cette respiration en 4-7-8.

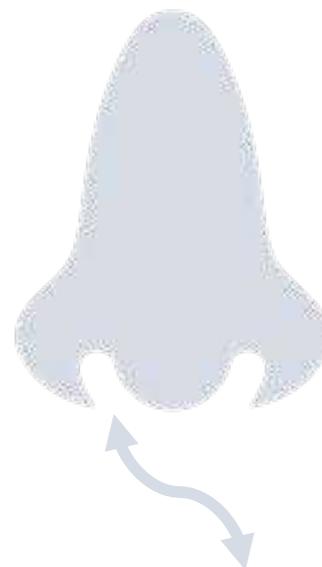
5ème technique : Technique de respiration Wim Hof

Prenez une grande inspiration rapide par le nez et expirez rapidement par la bouche.

Répétez 30 fois sans prendre de pause entre chaque répétition.

Après 30 répétitions, prenez une grande inspiration, expirez et retenez votre souffle pendant 60 secondes.

Répétez ce cycle 3 fois.



MODULE 5: PRATIQUER LA RELAXATION

DESCRIPTION DES OUTILS À UTILISER

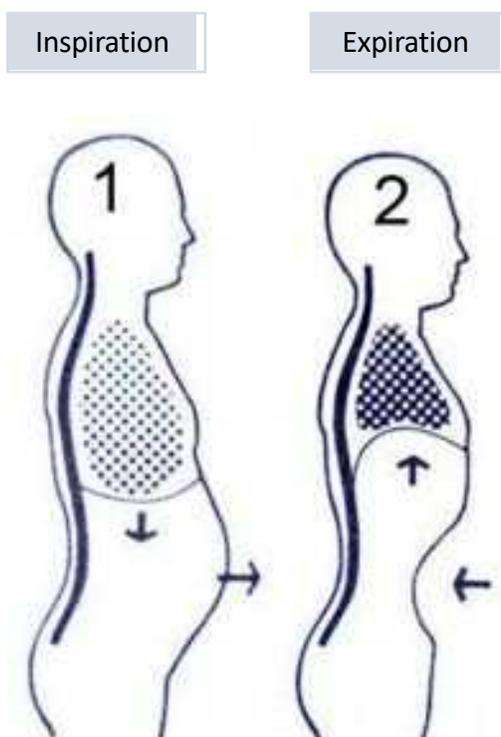
Respiration:

6ème technique : respiration diaphragmatique

1. Se coucher par terre et respirer par le nez
2. Poser deux mains sur le ventre et respirer du ventre
3. Poser une main sur le ventre et une main sur la poitrine et respirer du ventre et ensuite du diaphragme.

Sentez votre ventre remonter à l'inspiration et redescendre à l'expiration.

Sentez votre diaphragme s'élargir à l'inspiration et se rétrécir à l'expiration.



MODULE 5: PRATIQUER LA RELAXATION

DESCRIPTION DES OUTILS À UTILISER

Détente musculaire progressive:

En général, la détente musculaire progressive consiste à tendre les muscles du corps et à les relâcher, un groupe de muscle à la fois. Il est souvent recommandé de commencer par les muscles des orteils et de progresser vers le haut jusqu'aux muscles du visage. Veuillez vous référer à la section d'outils pour des exercices détaillés.

Plaine conscience/encrage:

Méthode d'encrage 5-4-3-2-1

Cette méthode est simplement nommée 5-4-3-2-1 et sollicite les 5 sens, à la manière d'un exercice de pleine conscience.

5. La vue : regarder autour de soi et identifier 5 choses qui font partie de l'environnement.
4. L'ouïe : On identifie 4 choses que l'on peut entendre,
3. Le toucher : 3 choses que l'on peut sentir - une bague à un doigt ou ses deux pieds dans les chaussures par exemple
2. L'odorat : 2 odeurs différentes
1. Le goûter : 1 goût en particulier, comme la texture lisse des dents sur la langue ou une gorgée d'eau.

Variation : Au lieu de nommer quelque chose qu'on peut goûter, on peut nommer une chose pour laquelle on a de la gratitude aujourd'hui.

À faire et à refaire quand on veut! Comme par exemple quand on est perdu dans nos pensées, en transport en commun, en prenant une pause, en allant aux toilettes, avant de se coucher, etc.

Imagerie guidée (audio)

<https://students.dartmouth.edu/wellness-center/wellness-mindfulness/relaxation-downloads>

MODULE 5: PRATIQUER LA RELAXATION

DESCRIPTION DES OUTILS À UTILISER



Plaine conscience/encrage:

Autre méthode d'encrage

1. Trouvez une position assise confortable. Votre dos doit être droit et votre corps détendu.
2. Fermez les yeux et prenez dix respirations lentes, profondes et complètes. A chaque expiration, imaginez que vous expirez tous vos soucis et vos préoccupations.
3. Continuez à respirer profondément et concentrez-vous sur la sensation de vos pieds. Il suffit de voir si vous pouvez ressentir les sensations dans la plante des pieds. Faites-le avant de passer à l'étape suivante.
4. Voyez maintenant si vous pouvez sentir les sensations dans vos mains. Pouvez-vous sentir vos paumes des picotements ? Faites-le avant de passer à l'étape suivante.
5. continuez à respirer profondément. Continuez à ressentir les sensations dans vos mains et vos pieds. Faites ceci pour dix respirations lentes.
6. Maintenant, voyez si vous pouvez ressentir les sensations dans tout votre corps. Laissez votre conscience couvrir tout votre corps en une seule fois. Sentez-vous respirer. Sentez vos fesses sur le sol (ou la chaise). Faites-le pour dix respirations de plus.
7. Continuez pendant au moins 5 minutes

Peut également inclure : l'ouïe, le goût, l'odorat et d'autres éléments sensoriels.

MODULE

6

**TRAVAILLER SUR
LA RÉGULATION
ÉMOTIONNELLE**

MODULE 6: TRAVAILLER SUR LA RÉGULATION ÉMOTIONNELLE

RÉSUMÉ DES OBJECTIFS ET ACTIVITÉS

OBJECTIFS	LIGNES DIRECTRICES	OUTILS RECOMMANDÉS
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enseigner les bases du Triangle cognitif au/à la client.e. ➤ Aider le/la client.e à identifier les signaux qui engendrent un rappel de traumatisme. ➤ Aider le/la client.e à freiner l'intensité de ses sentiments avant que ceux-ci ne progressent à des comportements négatifs. ➤ Procurer des outils servant à la régulation émotionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psychoéducation ➤ Reconnaître les signaux et les rappels de traumatismes ➤ Reconnaître les signes de détresse/dérégulation émotionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Échelle de 1 à 10 ➤ Journal quotidien

MODULE 6: TRAVAILLER SUR LA RÉGULATION ÉMOTIONNELLE

DÉFINITIONS

Compétences de régulation émotionnelle en thérapie cognitivo-comportementale (TCC) centrée sur le trauma : Lors de la TCC centrée sur le trauma, l'individu apprend à identifier et reconnaître les rappels de traumatismes et l'enchaînement de sentiments et de comportements négatifs qui suivent et à appliquer des compétences de régulation émotionnelle, telle discuter de leurs frustrations plutôt que d'exprimer leurs frustrations par des comportements problématiques.

Pensées : Les pensées sont les idées, les images, les opinions et/ou ce que l'individu se dit à lui/elle-même dans sa tête. Les pensées peuvent émerger soudainement ou peuvent être générées activement par l'individu par un processus.

Sentiments : un état ou une réaction émotionnelle

Actions : les choses que nous faisons, comment nous agissons, c'est-à-dire, nos comportements.

MODULE 6: TRAVAILLER SUR LA RÉGULATION ÉMOTIONNELLE

1

ENSEIGNER LES BASES DU
TRIANGLE COGNITIF AU/À LA
CLIENT.E



2

AIDER LE/LA CLIENT.E À
IDENTIFIER LES SIGNAUX QUI
ENGENDRENT UN RAPPEL DE
TRAUMATISME



3

AIDER LE/LA CLIENT.E À FREINER
L'INTENSITÉ DE SES SENTIMENTS
AVANT QUE CEUX-CI NE
PROGRESSENT À DES
COMPORTEMENTS NÉGATIFS



4

PROCURER DES OUTILS
SERVANT À LA RÉGULATION
ÉMOTIONNELLE



MODULE 6: TRAVAILLER SUR

LA RÉGULATION ÉMOTIONNELLE

DESCRIPTIONS DES ACTIVITÉS À RÉALISER

PSYCHOÉDUCATION

- Décrire les pensées, les sentiments et les comportements et leurs liens (voir en annexe le « Triangle cognitif » et « L'impact des rappels traumatiques sur les sentiments et les comportements »)
 - Il peut être utile de faire l'apprentissage avec les enfants à l'aide d'activités (voir un exemple d'activité en annexe « Enfants : Jeux d'identification de pensées, sentiments et actions »)
- Expliquer que lorsqu'on éprouve des sentiments bouleversants, il y existe des moyens de réduire l'intensité de ces sentiments.
 - Décrire l'échelle de 1 à 10 (voir « Description des outils à utiliser »)
 - Pour les enfants, l'analogie du feu de signalisation peut être utilisé conjointement avec l'échelle de 1 à 10 (voir « Description des outils à utiliser »)
- Explorer des techniques servant à réduire l'intensité des sentiments négatifs ressentis.
 - Quelles sont des choses que tu peux faire pour passer d'un 10 à un 1 ou 2?
 - Un enfant pourrait préférer répondre par dessins.
 - Quelles sont des choses que tu peux te dire pour te faire sentir mieux?
 - Demander à l'individu d'en faire une liste qu'il/elle peut garder.
 - Pour les jeunes enfants, voir en annexe un aide-mémoire qui peut servir aux parents

MODULE 6: TRAVAILLER SUR

LA RÉGULATION ÉMOTIONNELLE

DESCRIPTIONS DES ACTIVITÉS À RÉALISER

RECONNAÎTRE LES SIGNAUX ET RAPPELS DE TRAUMATISMES	RECONNAÎTRE LES SIGNES DE DÉTRESSE/DÉRÉGULATION ÉMOTIONNELLE
	<ul style="list-style-type: none">▪ Demander au/à la client.e des exemples de pensées qu'il/elle a parfois et les sentiments qui y sont associés▪ Demander au/à la client.e de tenir un journal ses sentiments entre les séances (voir « Description des outils à utiliser »)▪ Pour les parents, voir l'annexe « Parents : Reconnaître les signes de détresse/dérégulation émotionnelle chez l'enfant ».

MODULE 6: TRAVAILLER SUR

LA RÉGULATION ÉMOTIONNELLE

DESCRIPTIONS DES ACTIVITÉS À RÉALISER

INTERROMPRE L'INTENSIFICATION EN UTILISANT LES COMPÉTENCES D'IDENTIFICATION DE SENTIMENTS DE LA TCC CENTRÉE SUR LE TRAUMA

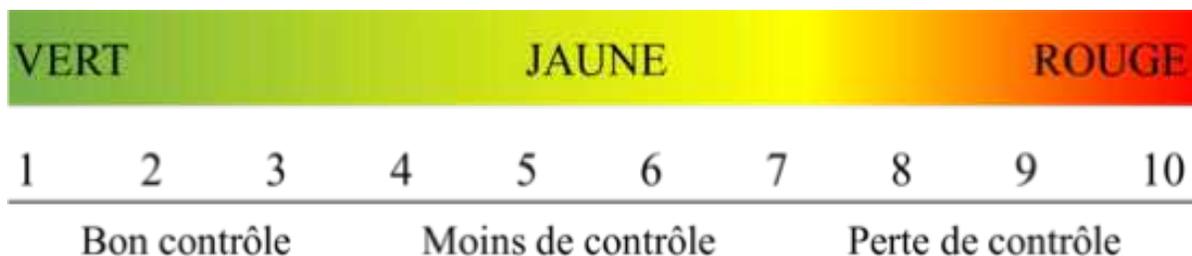
- **Reconnaitre et s'informer :**
 - Posez des questions par rapport aux sentiments et émotions que vous observez chez l'individu. Par exemple « Vous semblez très triste en abordant ce sujet. Qu'est-ce qui ce passes en vous à ce moment? »
- **Valider les sentiments :**
 - Normalisez les sentiments du/de la client.e à l'aide d'affirmations de style « Bien sûr que vous ressentez une forte tristesse. Je serais également triste si une telle chose était survenue à ma propre famille. ».
 - Toutefois, évitez les commentaires qui sous-entendent que vous savez exactement ce que ressent la personne, par exemple « Je sais ce que vous ressentez ». Faites plutôt usage de propos qui reflètent votre empathie, sans pour autant prétendre d'être à la place de l'autre, par exemple « Je peux seulement m'imaginer l'intensité de la tristesse que vous devez éprouver ».
- Dans le cas d'un enfant, les parents s'impliquent à chaque étape pour aider l'enfant à éventuellement reconnaître lui/elle-même ses sentiments et à les valider. Si l'enfant déni les sentiments identifiés et proposés par l'adulte, l'adulte devrait demander à l'enfant de préciser les sentiments qu'il/elle ressent.

MODULE 6: TRAVAILLER SUR LA RÉGULATION ÉMOTIONNELLE

DESCRIPTION DES OUTILS À UTILISER

Échelle de 1 à 10

Plus la réaction émotionnelle d'un individu est forte, plus son comportement devient incontrôlable et moins il/elle est capable d'écouter, de raisonner, de penser clairement ou d'utiliser ses capacités d'adaptation. Si l'on évalue les problèmes de comportement sur une échelle de 1 à 10, avec 1 = contrôle parfait du comportement et 10 = comportement totalement hors contrôle, les outils d'intervention sont plus efficaces lorsque les réponses émotionnelles et comportementales se situent à 4-5, et non à 8-9 sur l'échelle. Dans le cas des enfants, on peut utiliser l'analogie des feux de signalisation, où le vert (1-3) est « sûr » ; le jaune (4-7) est « avertissement – ralentissez » et le rouge (8-10) est « danger - ARRÊTEZ! ». N'utilisez pas cette analogie si dans la ville ou le village de l'enfant n'a pas de feux de signalisation. Trouvez des exemples qui soit significative pour lui. L'idée est que l'individu doit apprendre à freiner lorsque le problème se situe entre 4 et 7 (jaune) sur l'échelle. Lorsque le problème se situe autour du 8 à 10 (rouge), il est trop tard et les comportements problématiques ont tendance à surgir.



MODULE 6: TRAVAILLER SUR LA RÉGULATION ÉMOTIONNELLE

DESCRIPTION DES OUTILS À UTILISER

Journal quotidien

Le journal sert à pratiquer l'identification des déclencheurs traumatiques ainsi que des pensées, des sentiments et des comportements de l'individu.

Lors de cet exercice, l'individu identifie d'abord une pensée qu'il/elle a eu lors de la journée, ensuite l'individu identifie l'événement qui a précédé la pensée, de plus que les sentiments et les comportements qui ont accompagné la pensée. Idéalement, l'individu produit quelques entrées de journal entre chaque séance. Cet outil peut aider l'individu à éventuellement reconnaître ses cycles et ses habitudes qui découlent de ses rappels traumatiques (voir annexe « Modèle de journal quotidien »).



MODULE



RACONTER SON

HISTOIRE

MODULE 7: RACONTER SON HISTOIRE

RÉSUMÉ DES OBJECTIFS ET ACTIVITÉS

OBJECTIFS	LIGNES DIRECTRICES	OUTILS RECOMMANDÉS
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Expliquer à l'individu qu'il peut aider de partager ses expériences traumatisantes avec quelqu'un de confiance ➤ Identifier une autre personne de confiance avec qui il/elle pourrait partager ses expériences traumatisantes. ➤ Aider l'individu à explorer et reconnaître ses sentiments ressentis lors du partage de ses expériences de traumatismes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Expliquer à l'individu qu'il peut aider de partager ses expériences traumatisantes avec quelqu'un de confiance 2. Expliquer au/à la client.e qu'il/elle est en contrôle des détails liés au partage de ses expériences de traumatismes 3. Identifier les sentiments éprouvés par l'individu lors du partage 4. Adresser des questions et des sentiments précis en lien avec les expériences de traumatismes. 5. Identifier les rappels de traumatismes de l'individu 6. Identifier une autre personne de confiance avec qui l'individu pourrait partager son récit traumatique. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ N/A

MODULE 7: RACONTER SON HISTOIRE

1

DISCUTER DU PARTAGE DES
EXPÉRIENCES TRAUMATISANTES

2

IDENTIFIER UNE PERSONNE
DE CONFIANCE

3

AIDER L'INDIVIDU À EXPLORER
ET RECONNAÎTRE SES
SENTIMENTS

MODULE 7: RACONTER SON HISTOIRE



1

RACONTER SON TRAUMATISME ET SE L'APPROPRIER

QUELQUES CONSTATS

- Les personnes ayant vécu un trauma ont tendance à employer l'évitement comme stratégie pour oublier l'événement et les émotions, affects et sentiments négatifs qui sont associés.
- Alors que certains éléments et lieux rappelant le trauma vécu ne peuvent pas être évités (ex. le CTE ou l'hôpital où on a été traité).
- Les études ont montré que l'évitement peut être nuisible et rend souvent le traumatisme plus douloureux.

LE RÔLE DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ MENTALE

- Aider le client ayant survécu à une épidémie de maladie infectieuse (ex. Ébola, Covid-19, etc.), à un membre de la famille endeuillé, à un professionnel de la santé à se rappeler du trauma vécu de manière progressive en lui procurant un environnement sécuritaire.
- Aider le client à vers une exposition progressive aux vécus traumatiques qui provoque une perte de la puissance émotionnelle et une désensibilisation par rapport à la maladie.
- Se rappeler que partager ses vécus traumatiques entourant la maladie peut être intense du point de vue émotionnel et provoquer des sentiments de honte, d'anxiété et de gêne. Alors, offrir une écoute active, de l'empathie et poser des questions ouvertes ou faire des réflexions s'avèrent nécessaires, sans braquer ni juger.
- Si votre client explique bien ses vécus de la maladie, cela ne sert de l'interrompre. Dans le cas où vous voyez qu'il s'écarte de l'histoire de son vécu, revenez sur un aspect de l'histoire, demandez lui des détails, cela lui permettra d'y revenir.
- Le thérapeute doit éviter lui-même l'évitement et la peur d'explorer certains aspects du trauma. Par contre, si vous pensez qu'un élément non abordé par le client peut potentiellement le blesser, vous pouvez attendre qu'il soit plus prêt à partager cet aspect de son vécu de la maladie.
- N'ayez pas de crainte de répéter l'exercice. Oui, cela paraît répétitif, mais c'est exactement l'objectif de ce processus d'exposition.

MODULE 7: RACONTER SON HISTOIRE

1

RACONTER SON TRAUMATISME ET SE L'APPROPRIER

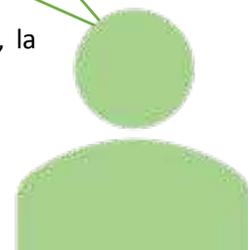
LA NARRATION TRAUMATIQUE

- La narration traumatique est une technique psychologique permettant aux survivants de traumatismes liés à une épidémie de donner un sens à leurs expériences en s'exposant progressivement aux souvenirs douloureux qui y sont associés.
- Dans ce module, nous présentons la technique de la narration traumatique. Il permet au client de faire un récit des différents traumatismes entourant la maladie et des émotions qui y sont liées. Il lui permet de se confronter aux souvenirs les plus douloureux en racontant son histoire et de les surmonter, en construisant une résilience assistée.
- La narration du trauma se fait normalement sous forme d'écriture pour permettre au client de rédiger son histoire, exprimer ses émotions, ses pensées, ses affects et ses sentiments en lien avec la maladie à virus Ébola, le Covid-19 ou autres, avant et durant la séance.
- Toujours s'adapter à la culture, aux traditions et au niveau de littératie du client. Si vous pensez qu'il sera incapable d'écrire son histoire, ne le gênez pas. Alors planifiez autrement pour qu'il vous le raconte oralement. Il peut aussi s'enregistrer ou vous le raconter directement

OBJECTIFS

Raconter son histoire dans un cadre sécuritaire permet au client de:

- 1) S'approprier son histoire
- 2) Identifier des pensées erronées en lien avec le déclenchement d'émotions (p.ex. la peur, la tristesse)
- 3) Bien comprendre la globalité de son histoire pour éviter des rappels du trauma
- 4) Progressivement se désensibiliser



MODULE 7: RACONTER SON HISTOIRE

1

RACONTER SON TRAUMATISME ET SE L'APPROPRIER

IMPORTANT

- Il est important de commencer cette étape après la psychoéducation et quand le client aura appris des mécanismes de coping appropriés.
- Comme les situations épidémiques suscitent souvent des traumatismes multiples et complexes, le client peut avoir vécu des traumatismes multiples. Alors, permettez lui de passer à travers chaque événement dans l'ordre qui lui convient.
- Invitez le client à relire son histoire en thérapie (même si c'est répétitif) jusqu'à ce qu'il soit désensibilisé par rapport à ces expériences liées à sa propre infection, à celle de sa famille ou de son travail avec les malades, dans le cas d'un professionnel de la santé.
- Quand le client est confortable avec son histoire, introduisez des outils d'adaptation cognitive.



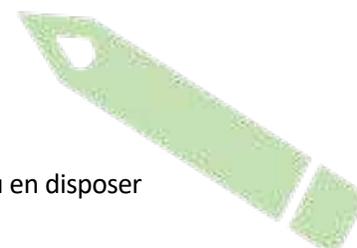
MODULE 7: RACONTER SON HISTOIRE

1

RACONTER SON TRAUMATISME ET SE L'APPROPRIER

LES CONSIGNES

- Invitez le client à écrire son histoire soit avant ou pendant une séance de thérapie. Donnez ces instructions:
- Écrivez à votre propre vitesse (l'histoire peut être écrite sur un temps ou sur plusieurs)
- Vous pouvez commencer par décrire l'événement (les faits; qui, quand, quoi, où, comment) et ensuite y lier vos émotions (insister sur le fait que le client doit y lier ses émotions. Pour certains clients, il ne sera pas facile, alors vous pouvez prévoir un moment pour le faire directement en séance)
- La longueur du texte est à vous de décider (il n'y a pas un nombre de mots ou de pages fixes à respecter)
- Vos souvenirs peuvent surgir lentement ou soudainement
- Prenez le temps de bien saisir vos émotions en lien avec les événements traumatisants
- Ne repoussez pas vos émotions
- Tout ce que vous écrivez est pour vous
- C'est normal de ne pas se sentir bien en écrivant
- Vous pouvez conserver ce que vous avez écrit pour le temps qui vous convient ou en disposer après qu'on ait travaillé dessus
- Vous pouvez relire votre histoire de temps en temps ou ne jamais le relire après qu'on ait travaillé dessus
- Rappelez-vous que ce que vous décrivez est dans le passé, donnez une conclusion à votre histoire



MODULE 7: RACONTER SON

HISTOIRE

DESCRIPTIONS DES ACTIVITÉS À RÉALISER

<p>1. EXPLIQUER À L'INDIVIDU QU'IL PEUT AIDER DE PARTAGER SES EXPÉRIENCES TRAUMATISANTES AVEC QUELQU'UN DE CONFIANCE</p>	<p>2. EXPLIQUER AU/À LA CLIENT.E QU'IL/ELLE EST EN CONTRÔLE DES DÉTAILS LIÉS AU PARTAGE DE SES EXPÉRIENCES TRAUMATISANTES</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Même s'il peut sembler difficile de parler de ses expériences traumatisantes, c'est parfois une étape importante qui peut aider l'individu à reconnaître les rappels de traumatismes et à gérer les sentiments et les pensées pénibles qui s'en suivent. ▪ L'individu peut se sentir plus confortable de partager son récit traumatique avec un parti objectif de confiance, tel qu'un.e thérapeute. ▪ Plus tard, le/la thérapeute peut aider l'individu à identifier une autre personne de confiance avec qui il/elle pourrait partager ses expériences traumatisantes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'individu a le contrôle sur le moment qu'il/elle choisit de partager. ▪ L'individu a le contrôle sur la façon dont il/elle choisit de partager. <ul style="list-style-type: none"> ○ Fournir à l'individu des exemples de façon qu'il/elle peut raconter son histoire. ▪ Lors du partage il est important que le/la thérapeute suive le rythme de l'individu. Le/la client.e peut choisir de s'arrêter pendant qu'il/elle raconte son histoire s'il/elle trouve que c'est trop difficile de revivre les événements. Dans de telles situations, le rôle du/de la thérapeute est d'aider l'individu à reconnaître les sentiments ressentis à ce moment. De plus, la/la thérapeute peut aider la personne à se rappeler d'outils de régulation émotionnelle.

MODULE 7: RACONTER SON

HISTOIRE

DESCRIPTIONS DES ACTIVITÉS À RÉALISER (*suivi*)

3. IDENTIFIER LES SENTIMENTS ÉPROUVÉS PAR L'INDIVIDU LORS DU PARTAGE

- Le thérapeute aidera l'individu à explorer et reconnaître ses sentiments ressentis lors du partage de ses expériences de traumatismes. Par exemple en :
 - Fournissant des exemples des façons que l'individu peut raconter son histoire (les enfants peuvent préférés écrire, dessiner, les livres, la poésie, les bandes dessinées, les spectacles de marionnettes, le style d'entrevue, le style radio, etc.)
 - Encourageant le partage des sentiments de l'individu à l'idée de raconter son histoire
 - Avec les enfants et les adolescents, il peut être utile de leur demander de décrire ses sentiments par écrits ou par des dessins.
 - Encourageant le partage des sentiments lors du partage:
 - Vérifier l'intensité des sentiments ressentis par la personne à au moins trois moments : juste avant le partage, au milieu de l'histoire et à la fin, après avoir raconté son histoire.
 - Faire référence à l'échelle de 1 à 10 (voir Module 5)
 - Encourageant l'identification d'éléments clés du récit
 - Par exemple, quel est le titre de son histoire? Quels sont les différents « chapitres » ou parties clés de son histoire? Etc.

MODULE 7: RACONTER SON

HISTOIRE

DESCRIPTIONS DES ACTIVITÉS À RÉALISER (*suivi*)

<p>4. ADRESSER DES QUESTIONS ET DES SENTIMENTS PRÉCIS EN LIEN AVEC LES EXPÉRIENCES DE TRAUMATISMES</p>	<p>5. IDENTIFIER LES RAPPELS DE TRAUMATISMES DE L'INDIVIDU</p>	<p>6. IDENTIFIER UNE AUTRE PERSONNE DE CONFIANCE AVEC QUI PARTAGER</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suite au partage du récit traumatique, le/la thérapeute et le/la client.e peuvent ensemble choisir des questions et/ou sentiments à aborder (voir l'annexe « Exemples des questions et de sentiments à aborder suite au partage du récit narratif ») <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les pensées en lien aux questions et/ou sentiments et ensuite explorer les sentiments et actions qui en découlent. <ul style="list-style-type: none"> ○ Ensemble, le/la thérapeute et le/la client.e remettent en question les pensées qui sont inexactes ou inutiles, examinent les preuves et explorent des pensées qui sont plus exactes et plus utiles. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Y'a-t-il quelqu'un d'autre avec qui l'individu voudrait partager ses expériences traumatiques? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des exemples de questions à poser à l'individu peuvent inclure : <ul style="list-style-type: none"> ○ Que diriez-vous de partager un jour vos expériences traumatiques avec cette personne? ○ Y'a-t-il quelques questions vous aimeriez poser à votre personne de confiance ?

MODULE



ASSISTER LES

PERSONNES

VERS LA

RÉSILIENCE

MODULE 8: ASSISTER VERS LA RÉSILIENCE

RÉSUMÉ DES OBJECTIFS ET ACTIVITÉS

OBJECTIFS	LIGNES DIRECTRICES	OUTILS RECOMMANDÉS
<ul style="list-style-type: none">▪ Identifier les facteurs de risque et de protection existants▪ Réduire les facteurs de risque▪ Augmenter les facteurs de protection▪ Augmenter les facteurs de protection trans-adversité	<ol style="list-style-type: none">1. Évaluer la résilience naturelle2. Cibler des facteurs en partenariat3. Co-construire une intervention individualisée4. Mise en place et soutien et faciliter l'accès aux ressources	<ul style="list-style-type: none">▪ Échelles de résilience▪ Échelle de facteurs de risque▪ Échelle de facteurs de protection▪ Grilles de réseau social,▪ Méthodes projectives

MODULE 8: ASSISTER VERS LA RÉSILIENCE

DÉFINITIONS

Résilience naturelle: La résilience est un processus permettant à l'individu de faire face à l'adversité (par exemple, traumatismes, stress, etc.) et de s'en sortir sans troubles psychologiques et en maintenant un niveau de fonctionnement égal ou supérieur à celui vécu avant l'adversité. Le processus de résilience naturel a lieu sans l'intervention psychologique.

Résilience assistée: La résilience assistée se caractérise par: l'identification et le développement des potentialités des personnes à risque; l'identification des ressources existantes dans l'entourage de la personne; et la préparation à l'adversité à venir.

Facteurs de protection de trans-adversité: Les facteurs de protection de trans-adversités sont des facteurs qui servent de protection contre plusieurs types d'adversités. Des exemples de facteurs de protection de trans-adversité peuvent inclure: avoir une bonne estime de soi, employer l'humour pour s'affilier avec autrui, un bon soutien social, l'intérêt des parents envers les résultats scolaires de l'enfant et une bonne dynamique familiale.

Perspective écosystémique : Un changement affectant une partie d'un tout aura nécessairement un impact sur le tout. Dans un contexte de résilience, les facteurs de protection et de risque de nature individuelle, familiale, sociale et environnementale auront tous un impact l'un sur l'autre et affecteront le niveau de résilience global de l'individu.

MODULE 8: ASSISTER VERS LA RÉSILIENCE

1

IDENTIFIER LES FACTEURS DE
RISQUE ET DE PROTECTION
EXISTANTS

2

RÉDUIRE LES FACTEURS DE
RISQUE

3

AUGMENTER LES FACTEURS
DE PROTECTION ET DE
PROTECTION TRANS-
ADVERSITÉ

L'objectif principal de ce module est de reconnaître les facteurs de risque et de protection existants chez l'individu et d'aider l'individu à développer davantage ses facteurs de protection de trans-adversité afin de diminuer l'effet des facteurs de risque, augmenter la potentialité de l'individu et mieux préparer l'individu aux adversités à venir.

MODULE 8: ASSISTER VERS LA RÉSILIENCE

DESCRIPTIONS DES ACTIVITÉS À RÉALISER

1. ÉVALUER LA RÉSILIENCE NATURELLE	2. CIBLER DES FACTEURS EN PARTENARIAT	3. CO-CONSTRUIRE UNE INTERVENTION INDIVIDUALISÉE	4. MISE EN PLACE ET SOUTIEN
<ul style="list-style-type: none"> Évaluer d'une perspective écosystémique la résilience naturelle, c'est-à-dire, les facteurs de risque et de protection existants. Selon le besoin, faites usage d'outils, tels que les échelles de résilience, de facteurs de risque et de protection, les grilles de réseau social, les méthodes projectives, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Une fois la résilience naturelle évaluée, choisir avec l'individu les facteurs de protection à augmenter et les facteurs de risques à réduire. Ciblez ensemble les facteurs de risques modifiables qui sont les plus dérangeant pour la personne. Ciblez les facteurs de protection existants qui peuvent être augmentés. Cherchez ensemble à identifier d'autres facteurs de protection favorisant la résilience. 	<ul style="list-style-type: none"> Co-construire une intervention écosystémique axée sur la résilience <ul style="list-style-type: none"> le/la thérapeute et l'individu doivent s'assurer que l'intervention répond aux besoins et aux préférences du/de la client.e. L'intervention doit être individualisée et adresser tous les systèmes de vie de l'individu, c'est-à-dire, les facteurs individuels, familiaux et environnementaux (par exemple, scolaire, professionnel, services de santé, instituts religieux, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> La mise en place de l'intervention doit se faire par le/la thérapeute et l'individu conjointement. Une fois l'intervention de résilience mise en place, le/la clinician.ne doit alors superviser les progrès de l'individu.

MODULE 8: ASSISTER VERS LA RÉSILIENCE

DESCRIPTION DES OUTILS À UTILISER

Voir en annexe des exemples d'outils de mesures servant à évaluer la résilience.

MODULE

9

**PRENDRE SOIN
DE SOI ET DE
SON ÉQUIPE**

MODULE 9: PRENDRE SOIN DE SOI ET DE SON ÉQUIPE



MODULE 9: PRENDRE SOIN DE SOI ET DE SON ÉQUIPE

DÉFINITIONS

Fatigue de compassion: Un état d'épuisement physique et émotionnel résultant d'un surinvestissement envers des personnes souffrantes. Elle mène à une diminution des habiletés empathiques et de compassion.

Détresse: La détresse est décrite comme étant la réaction émotionnelle subjective que chacun.e éprouve en réponse aux nombreux facteurs de stress, défis et exigences de notre vie. La détresse est un élément normal de la vie et chacun.e en fait l'expérience à un moment ou un autre. Cependant, lorsque la détresse n'est pas bien gérée, elle peut éventuellement mener à l'épuisement professionnel. Dans les cas d'épidémie et de crise, les professionnels de la santé mentale font face à une grande détresse des patients, des familles et des collègues qui peut renforcer leur sentiment d'impuissance et l'épuisement professionnel.

Épuisement professionnel: Un état d'épuisement physique et émotionnel qui peut mener à un sentiment de manque d'accomplissement et à un sentiment de perte d'identité.

Trauma vicariant: En traitant des personnes ayant vécu des expériences traumatiques, les intervenants peuvent eux-mêmes être traumatisés par les émotions et les événements partagés par le client durant la thérapie. Certains parlent dans ce cas de trauma par procuration. Dans les cas d'épidémie d'Ébola, de COVID-19 ou autres, les professionnels de la santé mentale peuvent être eux-mêmes anxieux et avoir peur d'être infectés, être exposés à la mort de patients, de collègues et de proches. Ces éléments ajoutent à ce qu'ils vivent comme trauma vicariant en prenant en charge les malades et les personnes affectées et travailleurs de la santé.

Auto-compassion: L'auto-compassion consiste à agir envers soi-même de la même manière qu'on agirait envers autrui lorsqu'il/elle traverse une période difficile ou fait face à un échec. Au lieu d'ignorer votre peine et vos douleurs, il s'agit de les reconnaître, de reconnaître que vous vivez un moment difficile et de chercher à vous reconforter vous-même comme vous le feriez avec autrui, par exemple, avec la même attention, compréhension, bonté et gentillesse. À noter qu'on ne doit pas confondre l'auto-compassion avec l'apitoiement sur soi-même, l'auto-complaisance, ni l'estime de soi.

MODULE 9: PRENDRE SOIN DE SOI ET DE SON ÉQUIPE

1

ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL ET FATIGUE DE COMPASSION

Sources d'épuisement professionnel

- ✓ Détresse non-maîtrisée
- ✓ Surcharge de travail
- ✓ Manque de contrôle et sentiment d'impuissance
- ✓ Manque de reconnaissance et/ou de bénéfices
- ✓ Manque de soutien social
- ✓ Manque d'équilibre travail-vie ou travail-famille
- ✓ Manque de précision dans la description des tâches/le rôle
- ✓ Injustices
- ✓ Conflits de valeurs



Signes et symptômes d'épuisement professionnel

- ✓ Épuisement, incluant l'épuisement émotionnel
- ✓ Perte d'empathie et de compassion
- ✓ Diminution du sentiment d'accomplissement
- ✓ Cynisme
- ✓ Inefficacité
- ✓ Désengagement
- ✓ Stress accrue
- ✓ Impuissance et/ou désespoir

*Voir en annexe un outil d'auto-évaluation des signes et symptômes d'épuisement professionnel.

Sources de fatigue de compassion

- ✓ Exposition indirecte, par la parole, aux détails d'un événement traumatisant subi par une autre personne
- ✓ Niveaux d'impuissance accrue
- ✓ Sentiment d'être isolé d'un réseau de soutien

MODULE 9: PRENDRE SOIN DE SOI ET DE SON ÉQUIPE

2

TRAUMA VICARIANT

Les symptômes du trauma vicariant

- ✓ Des pensées et images intrusives liées aux informations partagées par le client
- ✓ Développement de symptômes physiologiques (p. ex. sueur)
- ✓ Développement de symptômes somatiques (p. ex. douleurs persistantes qui perturbent le fonctionnement)
- ✓ L'évitement
- ✓ Des émotions dérangeantes

L'impact du trauma vicariant sur la pratique

Le développement du trauma vicariant peut perturber la pratique de l'intervention.

L'intervenant peut avoir les difficultés suivantes:

- ✓ Inhabilité à penser clairement et à utiliser ses habiletés professionnelles
- ✓ Détresse psychologique
- ✓ Développement de troubles psychologiques



MODULE 9: PRENDRE SOIN DE SOI ET DE SON ÉQUIPE

3

GÉRER SA PROPRE ANXIÉTÉ

Reconnaitre qu'intervenir en situation épidémique est une source d'anxiété...

- ✓ Dans les situations épidémiques, l'intervention psychologique peut revêtir plusieurs aspects particuliers :
 - ✓ Le lieu : intervention dans la salle d'hôpital, dans le CUBE du patient, chez la famille
 - ✓ La fréquence : Le professionnel de la santé mentale peut amener à intervenir à des fréquences plus soutenues pour répondre à l'anxiété, l'angoisse et au désespoir des malades, des familles et des professionnels de la santé. Dans le cas de la maladie à virus Ébola, par exemple, certains psychologues ont dû intervenir trois à quatre fois certains jours pour aider des malades.
 - ✓ Se protéger : Dans certains cas, les professionnels de la santé mentale interviennent avec des habits de protection. Ces habits peuvent rendre inconfortable et revêt un aspect particulier dans le contact humain.
 - ✓ Faire face à la grande souffrance physique des patients et de manière récurrente à la mort de certains d'entre eux.
 - ✓ Il est également possible de faire face à l'infection et à la mort de collègues.

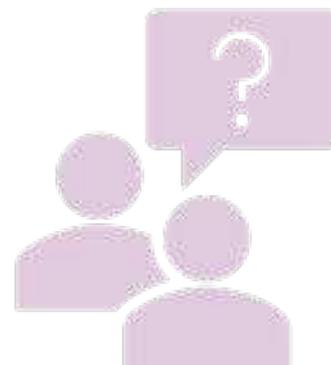
MODULE 9: PRENDRE SOIN DE SOI ET DE SON ÉQUIPE

3

GÉRER SA PROPRE ANXIÉTÉ

Que faire pour se prendre en charge?

- ✓ Prenez le temps de normaliser vos expériences (sentiments, émotions, réactions, etc.) en ces temps difficiles. Reconnaître qu'il ne s'agit pas d'une situation normale, mais bien d'une crise. Il est tout à fait normal d'être anxieux et d'avoir peur d'être infecté soi-même et de s'inquiéter pour les siens. Par contre l'anxiété peut être, à la fois contre-productive et handicapante dans la dispensation des soins. Alors que faire?
 - ✓ En parler entre collègues : Prendre la décision de mettre en place une réunion d'équipe hebdomadaire peut aider à discuter des émotions associées au travail. Dans le cas d'une grande équipe, une rencontre d'une heure tous les matins peut être aussi une bonne initiative.
 - ✓ Prendre soin de soi : Prendre soins d'identifier des techniques de coping qui vous seront utiles de manières générale ainsi que dans des contextes plus difficiles et faites-en usage.
 - ✓ Vos techniques de coping peuvent inclure des activités de relaxation ou d'encrage (vous pouvez vous inspirer du module sur la relaxation), de régulation émotionnelle et de réflexion (vous pouvez vous inspirer du module sur la régulation émotionnelle).



MODULE 9: PRENDRE SOIN DE SOI ET DE SON ÉQUIPE

4

COMPASSION

- ✓ Tentez de remplacer vos jugements et vos critiques envers vous-mêmes par de la gentillesse
- ✓ Reconnaissez que vous n'êtes pas seul.e, que la souffrance et le sentiment d'être inadéquat.e dans son poste est fréquemment ressentis par plusieurs clinicien.ne.s, surtout lors de situation difficiles ou en moment de crise. Reconnaitre et normaliser cette souffrance peut vous aider à vous sentir moins seul.e et isolé.e.
- ✓ Relativiser votre situation à une vue d'ensemble. Servez-vous de techniques de pleine conscience pour observer et reconnaître vos pensées et sentiments. Prenez l'occasion de faire le survol de vos réussites et de vos accomplissements et acceptez votre sentiment d'impuissance face à certains obstacles.

*Voir en annexe une échelle d'auto-compassion, et des exercices d'auto-compassion



MODULE 9: PRENDRE SOIN DE SOI ET DE SON ÉQUIPE

5

SOINS AUTO-ADMINISTRÉS

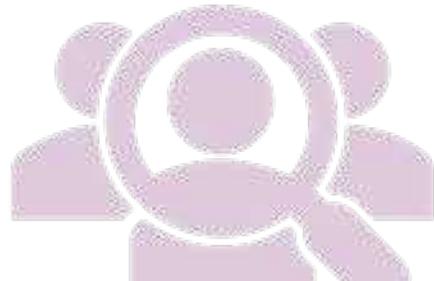
*Voir en annexe des outils d'auto-évaluation des stratégies de coping adaptives et mal adaptées.

Pourquoi?

- ✓ Éviter le burnout, la détresse persistante et la fatigue de compassion qui peuvent mener à se douter soi-même et à se blâmer soi-même
- ✓ Promouvoir son bien-être psychologique et physique
- ✓ Maintenir une balance entre sa vie personnelle et professionnelle
- ✓ Aider autrui adéquatement

Pour qui?

- ✓ Tou.te.s professionnel.le.s de la santé mentale



MODULE 9: PRENDRE SOIN DE SOI ET DE SON ÉQUIPE

5

SOINS AUTO-ADMINISTRÉS

ACTIVITÉS PROMOUVANT LE BIEN-ÊTRE

Le travail



- ✓ La prise de pauses durant le travail
- ✓ Planifiez votre horaire
- ✓ Établissez des limites (p.ex. dire non)
- ✓ La supervision externe (consultez vos collègues sur vos émotions en lien avec votre travail ou pour des conseils)
- ✓ Restez informé (p.ex. lisez des journaux académiques)

La santé physique



- ✓ Le sommeil adéquat
- ✓ Une diète équilibrée
- ✓ L'activité physique

La santé mentale



- ✓ La socialisation avec la famille et des amis
- ✓ La méditation ou la pratique de ses croyances religieuses
- ✓ Consultez un thérapeute
- ✓ Des activités artistiques (p. ex., peindre, écrire, dessiner)
- ✓ Relaxation musculaire
- ✓ Respiration contrôlée

Établissez un plan pour pratiquer des soins auto-administrés et suivez le plan (p.ex. prendre une marche chaque jour, consulter des collègues une fois par semaine, appeler un ami la fin de semaine). Vous pouvez toujours modifier votre plan en auto-évaluant son efficacité. Rappelez-vous qu'il est important de prendre soin de soi-même afin de prendre soin d'autrui.

MODULE 9: PRENDRE SOIN DE SOI ET DE SON ÉQUIPE

6

PRENDRE SOIN DE SON ÉQUIPE

Une épidémie/pandémie a de nombreuses conséquences pour l'environnement familial et professionnel du clinicien. Deux éléments importants sont peu souvent nommés directement : *la peur* et *l'incertitude* qui provient de notre ignorance relative.

La peur : Mécanisme de défense essentiel face à un danger réel, la peur amène à se protéger et à protéger ceux qui nous sont proches. Quand elle devient trop importante elle produit une paralysie. Parfois aussi, elle est niée ou minimisée, ce qui conduit à une trop grande prise de risque.

L'incertitude : Associée aux grandes limites de nos savoirs, l'incertitude contredit le mythe de l'expertise et de la science. Elle met les cliniciens et les décideurs dans une situation difficile : ils représentent le savoir et doivent rassurer la population, mais ils savent que ce savoir est insuffisant pour assurer la sécurité de tous.

La peur et le sentiment d'incertitude varient avec le temps pour chaque personne et d'une personne à l'autre. Ces variations sont associées à beaucoup de tensions et à l'attribution de blâme mutuels : certains sont accusés de prendre trop de risque, d'autres de ne pas en prendre assez, on se rejette la responsabilité des échecs.

- ❖ *Les tensions intrafamiliales* sont très fréquentes pour les clinicien.ne.s: la famille peut faire sentir à celui-ci qu'il se met à risque et/ou l'accuser de les mettre en danger. De son côté le/la clinicien.ne peut avoir l'impression que sa famille ne le/la comprend pas et ne le/la soutient pas.
- ❖ Dans les équipes *des conflits se multiplient*, reflétant différentes relations de pouvoir, administration-clinique, interdisciplinaires, hiérarchiques, etc.. : implicitement s'exprime des désaccords autour du niveau d'exposition au danger et de la responsabilité au sujet de la confusion et des échecs. S'installe alors un climat de blâme qui érode le rôle protecteur de l'équipe.
 - Parfois ces conflits escaladent et la colère et les tensions interpersonnelles associées interfèrent avec le travail clinique commun.

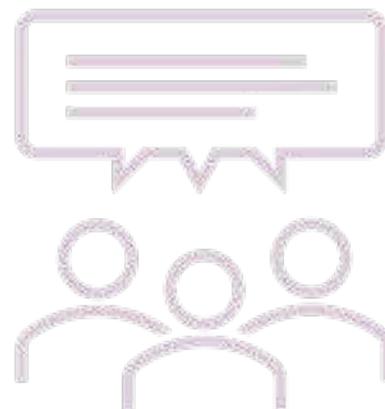
MODULE 9: PRENDRE SOIN DE SOI ET DE SON ÉQUIPE

6

PRENDRE SOIN DE SON ÉQUIPE

QUE FAIRE?

- ✓ Avoir des espaces de rencontre d'équipe pour **valider les peurs** de chacun.e, dans un climat soutenant et sans jugement peut calmer les tensions : il est normal d'avoir peur pour soi et sa famille, certain.e.s ont plus peur que d'autres et nous devons faire preuve d'indulgence face à nos différences.
- ✓ Cette validation permet de voir ensemble ce qui est possible pour chacun.e, en tenant compte des forces et des limites individuelles, dans un climat soutenant et dénué de blâme.
- ✓ Lorsque des tensions émergent il faut pouvoir les penser plutôt que les agir en escaladant. Un système de médiation par une tierce personne peut parfois être utile pour éviter que la colère n'augmente et pour négocier des solutions.
- ✓ Cette reconnaissance de nos peurs et de nos limites est un préalable nécessaire pour mobiliser le courage collectif et la solidarité avec ceux qui ont besoin de notre aide.



RÉFÉRENCES

2020

123

- Barnett, J. (2014, December). Distress, burnout, self-care, and the promotion of wellness for psychotherapists and trainees: Issues, implications, and recommendations. Répéré via: <http://www.societyforpsychotherapy.org/distress-therapist-burnout-self-care-promotion-wellness-psychotherapists-trainees-issues-implications-recommendations>
- Barnett, J. E., Johnston, L. C., & Hillard, D. (2006). Psychotherapist wellness as an ethical imperative. In L. VandeCreek & J. B. Allen (Eds.), *Innovations in Clinical Practice: Focus on Health and Wellness*, (257-271). Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Binette, P. (2019, January 17). La fatigue de compassion ou comment j'ai compris ce que je vivais. Répéré via <https://tonpetitlook.com/2019/01/17/la-fatigue-de-compassion-ou-comment-jai-compris-ce-que-je-vivais/>
- Birangui J.-P. (2015). Deuil et état de stress post-traumatique en RD Congo, éd. Universitaire Européenne, Saarbrücken, pp. 60-70
- Boumediene, A. (2015, May 6). La technique du 4-7-8: Le remède miracle pour s'endormir en moins d'une minute. Repéré en janvier 2020 via <https://www.20minutes.fr/sante/1602659-20150506-technique-4-7-8-remede-miracle-endormir-moins-minute>
- Cénat, J. M., Balayulu-Makila, O., Derivois, D., Felix, N., Mukunzi, J. N., Bukaka, J., ... Rousseau, C. (2019). The mental health professional at the feet on the Ebola virus: individual treatment and global mental challenges. *The British Journal of Psychiatry*, 1–2. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.122>
- Cénat, J. M., Mukunzi, J. N., Noorishad, P.-G., Rousseau, C., Derivois, D., & Bukaka, J. (2020). A systematic review of mental health programs among populations affected by the Ebola virus disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 131, 109966. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.109966>
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2008). Trauma-focused cognitive behavioural therapy for children and parents. *Child and Adolescent Mental Health*, 13(4), 158-162.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2013, September). Trauma-Focused Cognitive Therapy in Residential Treatment Facilities: An Implementation Manual. PDF. Répéré en janvier 2020, via <https://tfcbt.org/wp-content/uploads/2018/05/RTF-Implementation-Manual-09-09-13-FINAL.pdf>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2017). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents: 2nd Edition*. New York: The Guilford Press.
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K., & Steer, R. A. (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and Anxiety*, 28(1), 67-75.
- Dorsey. (2008). The Trauma Narrative. Adapted for Fitzgerald Training. PDF. Répéré en avril 2020 via <https://depts.washington.edu/hcsats/PDF/TF-%20CBT/pages/8%20Trauma%20Narrative%20and%20In-vivo%20Exposure/Therapist%20Materials/Gradual%20Exposure%20Handout%20SD%20with%20MMF.pdf>
- Grimes, K., Jones, G., & Palermo, A. (n.d.). Self-Care for Clinicians, Researchers, and Students in Psychology. PDF. Répéré via <https://cpa.ca/docs/File/Students/2017/Self-Care%20for%20Clinicians,%20Researchers,%20and%20Students%20Presentation.pdf>
- Harborview Abuse & Trauma Center. (s.d.). CBT Plus. Répéré en avril 2020 via <https://depts.washington.edu/hcsats/for-professionals/cbt-notebook/>
- Hendricks, A., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (n.d.). Your Very Own TF-CBT Workbook. PDF. Répéré en mars 2020 via <https://tfcbt.org/wp-content/uploads/2014/07/Your-Very-Own-TF-CBT-Workbook-Final.pdf>
- Hendricks, A., Kliethermes, M., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (n.d.). Dealing with Trauma: A TF-CBT Workbook for Teens. PDF. Répéré en mars 2020 via <https://tfcbt.org/wp-content/uploads/2019/02/Revised-Dealing-with-Trauma-TF-CBTWorkbook-for-Teens-.pdf>
- Hughes, G. (2014). *Competence and Self-Care in Counselling and Psychotherapy*. Routledge: New York.
- Iglewicz, A., Shear, M. K., Reynolds III, C. F., Simon, N., Lebowitz, B., & Zisook, S. (2020). Complicated grief therapy for clinicians: An evidence-based protocol for mental health practice. *Depression and Anxiety*, 37(1), 90-98.
- Ionescu, S. (2004). Préface au livre d'E. Bouteyre, Réussite et résilience scolaires chez l'enfant de migrants. Paris : Dunod, pp. 9-11.
- Ionescu, S. (2011) (Éd.). *Traité de résilience assistée*. Paris: P.U.F.
- Ionescu, S. et Jourdan-Ionescu, C. (2006). *Psychopathologies et société. Traumatismes, événements et situations de vie*. Paris : Vuibert.
- Ionescu, S. et Jourdan-Ionescu, C. (2010). Entre enthousiasme et rejet: l'ambivalence suscitée par le concept de résilience. *Bulletin de Psychologie*, 63(6), 401-403.

RÉFÉRENCES

2020

124

- Joel, ED. (2018). Le trouble somatoforme. Le Manuel Merck. Répéré à <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/troubles-psi-chiatriques/symp%C3%B4mes-somatiques-et-troubles-associ%C3%A9s/trouble-somatoforme>
- Jourdan-Ionescu, C. (2001). Intervention écosystémique individualisée axée sur la résilience. *Revue Québécoise de Psychologie*, 22(1), 163-186.
- Jourdan-Ionescu, C. (2011). De l'évaluation de la résilience à l'application des résultats dans l'intervention. Conférencière invitée au Symposium international « Résilience psychologique. Évaluation et intervention thérapeutique », Iasi (Roumanie), mai.
- Jourdan-Ionescu, C. (2014). Ecosystemic assisted resilience intervention. Présenté à The Second World Congress on Resilience: From Person to Society. Timisoara (Romania), mai.
- Kotsou I, Leys C (2016) Self-Compassion Scale (SCS): Psychometric Properties of The French Translation and Its Relations with Psychological Well-Being, Affect and Depression. PLoS ONE.
- Know the signs of job burnout. (2018, November 21). Retrieved from <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/burnout/art-20046642>
- Lastly.com. (n.d.). Writing About Traumatic Events: A Basic Guideline. Répéré en avril 2020 via <https://www.lastly.com/blog/writing-about-traumatic-events>
- Markman, A. (2009, October 20). Trauma and the Benefits of Writing About It. Répéré en avril 2020 via <https://www.psychologytoday.com/ca/blog/ultimate-motives/200910/trauma-and-the-benefits-writing-about-it>
- Neff, K. (n.d.). Compassion. Répéré via <https://self-compassion.org/>
- Organisation mondiale de la Santé, War Trauma Foundation, World Vision International. (2012). Les premiers secours psychologiques: Guide pour les acteurs de terrain. OMS: Genève
- Pollard, J. A., Hawkins, J. D. et Arthur, M. W. (1999). Risk and protection: Are both necessary to understand diverse behavioral outcomes in adolescence? *Social Work Research*, 23(3), 145-158.
- Skovholt, T. M. & Trotter-Mathison, M. (2011). *The Resilient Practitioner: Burnout Prevention and Self-Care Strategies for Counsellors, Therapists, Teachers, and Health Professionals*. Routledge: New York.
- Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy: A 12 Hour Workshop Covering Basic TF-CBT Theory, Components, Skills, and Resources (2013). Workbook.
- Trauma Narratives (Guide). (s.d.). Répéré en avril 2020 via <https://www.therapistaid.com/therapy-guide/trauma-narratives>
- Vanderbilt University. (s.d.). Trauma Narrative. PDF. Répéré en avril 2020 via <https://www.mc.vanderbilt.edu/coe/tfcbt/workbook/Trauma%20Narrative/Trauma%20Narrative%20Goals%20and%20Process.pdf>
- WA State. (2011). CBT Plus. Répéré en avril 2020 via : <https://depts.washington.edu/hcsats/for-professionals/cbt-notebook/>
- Weiss, L. (2004). *Therapist's Guide to Self-Care*. Routledge: New York. Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual*. 2 ed. The Guilford Press: New York.
- Wetherell, J. L. (2012). Complicated grief therapy as a new treatment approach. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 159.

ANNEXES

Les échelles d'évaluation

Échelle de stigmatisation liée à la maladie à virus Ébola -ADULTES

A cause de la maladie à virus Ébola :	0 = Jamais	1 = Rarement	2 = Parfois	3 = Souvent	4 = Toujours
A. Quelqu'un vous a injurié en faisant référence à la maladie à virus Ébola.	0	1	2	3	4
B. Des personnes se sont montrées inconfortables en votre présence à cause de la maladie à virus Ébola.	0	1	2	3	4
C. Vous avez été rejeté.	0	1	2	3	4
D. Quelqu'un a refusé de vous serrer la main ou de vous saluer correctement.	0	1	2	3	4
E. Vous avez fait l'objet de moqueries ou autres attitudes du même genre.	0	1	2	3	4
F. Quelqu'un a refusé de vous adresser la parole.	0	1	2	3	4
G. Quelqu'un a refusé de vous vendre des produits.	0	1	2	3	4
H. Quelqu'un a refusé de vous acheter des produits.	0	1	2	3	4
I. Vous avez perdu votre travail ou commerce.	0	1	2	3	4
J. Une entreprise a refusé de vous employer.	0	1	2	3	4
K. Une école a refusé de recevoir tes enfants.	0	1	2	3	4
L. Des voisins et autres personnes vous ont empêché de retourner dans votre habitation.	0	1	2	3	4
M. Les habitants de votre quartier ont détruit votre habitation.	0	1	2	3	4
N. Après votre retour, des membres de votre famille ont refusé de vous prendre chez eux.	0	1	2	3	4
O. Après votre retour, votre conjoint ou conjointe a refusé que vous reveniez à la maison.	0	1	2	3	4
P. Votre conjoint ou conjointe vous a quitté.	0	1	2	3	4
Q. Vous avez l'impression que des gens vous évitent.	0	1	2	3	4
R. Vous avez l'impression d'être rejeté.e.	0	1	2	3	4
S. Vous avez l'impression que des personnes ont peur de vous.	0	1	2	3	4
T. Vous avez des comportements évitant comme rester chez vous par peur d'être stigmatisé.e. ou rejeté.e.	0	1	2	3	4

Note. Cette échelle a été élaborée dans le cadre de recherches sur la Maladie à virus Ébola, mais elle est facilement adaptable à la COVID-19 et d'autres maladies infectieuses.

Référence

Cénat, J. M., Rousseau, C., Derivois, D., Bukaka, J. & Birangui, J-P. (2018). Échelle de stigmatisation liée à la maladie à virus Ébola – Version adulte. *Ottawa* : Laboratoire Vulnérabilité, Trauma, Résilience et Culture.

Les échelles d'évaluation

Échelle de stigmatisation liée à la maladie à virus Ébola -ADULTES

A cause de la maladie à virus Ébola :	0 = Jamais	1 = Rarement	2 = Parfois	3 = Souvent	4 = Toujours
A. Quelqu'un vous a injurié en faisant référence à la maladie à virus Ébola.	0	1	2	3	4
B. Des personnes se sont montrées inconfortables en votre présence à cause de la maladie à virus Ébola.	0	1	2	3	4
C. Vous avez été rejeté.	0	1	2	3	4
D. Quelqu'un a refusé de vous serrer la main ou de vous saluer correctement.	0	1	2	3	4
E. Vous avez fait l'objet de moqueries ou autres attitudes du même genre.	0	1	2	3	4
F. Quelqu'un a refusé de vous adresser la parole.	0	1	2	3	4
G. Quelqu'un a refusé de vous vendre des produits.	0	1	2	3	4
H. Quelqu'un a refusé de vous acheter des produits.	0	1	2	3	4
I. Vous avez perdu votre travail ou commerce.	0	1	2	3	4
J. Une entreprise a refusé de vous employer.	0	1	2	3	4
K. Une école a refusé de recevoir tes enfants.	0	1	2	3	4
L. Des voisins et autres personnes vous ont empêché de retourner dans votre habitation.	0	1	2	3	4
M. Les habitants de votre quartier ont détruit votre habitation.	0	1	2	3	4
N. Après votre retour, des membres de votre famille ont refusé de vous prendre chez eux.	0	1	2	3	4
O. Après votre retour, votre conjoint ou conjointe a refusé que vous reveniez à la maison.	0	1	2	3	4
P. Votre conjoint ou conjointe vous a quitté.	0	1	2	3	4
Q. Vous avez l'impression que des gens vous évitent.	0	1	2	3	4
R. Vous avez l'impression d'être rejeté.e.	0	1	2	3	4
S. Vous avez l'impression que des personnes ont peur de vous.	0	1	2	3	4
T. Vous avez des comportements évitant comme rester chez vous par peur d'être stigmatisé.e. ou rejeté.e.	0	1	2	3	4

Note. Cette échelle a été élaborée dans le cadre de recherches sur la Maladie à virus Ébola, mais elle est facilement adaptable à la COVID-19 et d'autres maladies infectieuses.

Référence

Cénat, J. M., Rousseau, C., Derivois, D., Bukaka, J. & Birangui, J-P. (2018). Échelle de stigmatisation liée à la maladie à virus Ébola – Version adulte. *Ottawa* : Laboratoire Vulnérabilité, Trauma, Résilience et Culture.

Échelle de stigmatisation liée à la maladie à virus Ébola -ENFANTS

A cause de la maladie à virus Ébola :	0 = Jamais	1 = Rarement	2 = Parfois	3 = Souvent	4 = Toujours
A. Quelqu'un t' a injurié en faisant référence à la maladie à virus Ébola.	0	1	2	3	4
B. Des personnes se sont montrées inconfortables en ta présence à cause de la maladie à virus Ébola.	0	1	2	3	4
C. Tu as été rejeté.	0	1	2	3	4
D. Quelqu'un a refusé de te serrer la main ou de te saluer correctement.	0	1	2	3	4
E. Tu as fait l'objet de moqueries ou autres attitudes du même genre.	0	1	2	3	4
F. Quelqu'un a refusé de t'adresser la parole.	0	1	2	3	4
G. Quelqu'un a refusé de te vendre des produits.	0	1	2	3	4
H. Quelqu'un a refusé de t'acheter des produits.	0	1	2	3	4
I. Tes parents ont perdu leur travail ou commerce.	0	1	2	3	4
J. Une entreprise a refusé d'employer tes parents.	0	1	2	3	4
K. Une école a refusé de te recevoir.	0	1	2	3	4
L. Des voisins et autres personnes t'ont empêché de retourner dans ton habitation.	0	1	2	3	4
M. Les habitants de ton quartier ont détruit l'habitation de tes parents.	0	1	2	3	4
N. Des membres de ta famille ont refusé de te prendre chez eux à cause de l'Ébola.	0	1	2	3	4
O. A ton retour, tes parents ont refusé que tu reviennes à la maison.	0	1	2	3	4
P. Tu as l'impression que des gens t'évitent.	0	1	2	3	4
Q. Tu as l'impression d'être rejeté.e.	0	1	2	3	4
R. Tu as l'impression que des personnes ont peur de toi.	0	1	2	3	4
S. Tu as des comportements évitant comme rester chez toi par peur d'être stigmatisé..e. ou rejeté.e.	0	1	2	3	4

Note. Cette échelle a été élaborée dans le cadre de recherches sur la Maladie à virus Ébola, mais elle est facilement adaptable à la COVID-19 et d'autres maladies infectieuses.

Référence

Cénat, J. M., Rousseau, C., Derivois, D., Bukaka, J. & Birangui, J-P. (2018). Échelle de stigmatisation liée à la maladie à virus Ébola – Version enfant/ado. *Ottawa* : Laboratoire Vulnérabilité, Trauma, Résilience et Culture.

Degré d'exposition à la MVE - ADULTE

Concernant la maladie à virus Ébola :	Oui	Non
A. Avez-vous été dans une ville ou un village où des personnes sont tombées malades du virus Ébola ?		
B. Avez-vous été dans un quartier où des personnes sont tombées malades du virus Ébola		
C. Connaissez-vous personnellement des personnes qui sont tombées malades du virus Ébola		
D. Avez-vous été en contact avec quelqu'un qui n'est pas de votre famille et qui par la suite est tombée malade du virus Ébola ?		
E. Un ami a été malade du virus Ébola ?		
F. Un membre de votre famille a été malade du virus Ébola ?		
G. Un membre de votre famille habitant la même maison que vous a été malade du virus Ébola ?		
H. Vous avez soigné un membre de votre famille ou un ami ayant été malade du virus Ébola ?		
I. Un ami est mort du virus Ébola		
J. Un membre de votre famille est mort du virus Ébola ?		
K. Vous avez-vous-même été malade du virus Ébola ?		
L. Avez-vous été hospitalisé dans un centre de traitement du virus Ébola ?		
M. Avez-vous participé dans des funérailles de personnes mortes du virus Ébola ?		
N. Avez-vous touché des corps de personnes mortes de la maladie à virus Ébola ?		
O. Faisiez-vous partie d'une équipe soignante ?		
P. Faisiez-vous partie d'une équipe de gestion des corps de personnes mortes à la suite de la maladie à virus Ébola ?		
Q. Êtes-vous devenu handicapé à cause de la maladie à virus Ébola ?		

Note. Cette échelle a été élaborée dans le cadre de recherches sur la Maladie à virus Ébola, mais elle est facilement adaptable à la COVID-19 et d'autres maladies infectieuses.

Référence

Cénat, J. M., Rousseau, C., Derivois, D., Bukaka, J. & Birangui, J-P. (2018). Échelle d'exposition à la Maladie à Virus Ebola – Version adulte. *Ottawa* : Laboratoire Vulnérabilité, Trauma, Résilience et Culture.

Échelle d'exposition à la Maladie à Virus Ebola - ENFANTS

Concernant la maladie à virus Ébola :	Oui	Non
A. As-tu été dans une ville ou un village où des personnes sont tombées malades du virus Ébola ?		
B. As-tu été dans un quartier où des personnes sont tombées malades du virus Ébola		
C. Connais-tu personnellement des personnes qui sont tombées malades du virus Ébola		
D. As-tu été en contact avec quelqu'un qui n'est pas de ta famille et qui par la suite est tombée malade du virus Ébola ?		
E. Un ami a été malade du virus Ébola ?		
F. Un membre de ta famille a été malade du virus Ébola ?		
G. Un membre de ta famille habitant la même maison que toi a été malade du virus Ébola ?		
H. Tu as soigné un membre de ta famille ou un ami ayant été malade du virus Ébola ?		
I. Un ami est mort du virus Ébola		
J. Un membre de ta famille est mort du virus Ébola ?		
K. Tu as toi-même été malade du virus Ébola ?		
L. As-tu été hospitalisé dans un centre de traitement du virus Ébola ?		
M. As-tu participé dans des funérailles de personnes mortes du virus Ébola ?		
N. As-tu touché des corps de personnes mortes de la maladie à virus Ébola ?		
O. Fais-tu partie d'une équipe soignante ?		
P. Fais-tu partie d'une équipe de gestion des corps de personnes mortes à la suite de la maladie à virus Ébola ?		
Q. Es-tu devenu handicapé à cause de la maladie à virus Ébola ?		

Note. Cette échelle a été élaborée dans le cadre de recherches sur la Maladie à virus Ébola, mais elle est facilement adaptable à la COVID-19 et d'autres maladies infectieuses.

Référence

Cénat, J. M., Rousseau, C., Derivois, D., Bukaka, J. & Birangui, J-P. (2018). Échelle d'exposition à la Maladie à Virus Ebola – Version enfant/ado. *Ottawa* : Laboratoire Vulnérabilité, Trauma, Résilience et Culture.

Inventaire de détresse péritraumatique (IDP)

INSTRUCTIONS : Veuillez compléter s'il vous plaît les énoncés qui suivent, en cochant la case qui correspond au mieux ce que vous avez ressenti durant la dernière épidémie de la maladie à virus Ébola, et quelque temps après (entourez l'un ou l'autre). Si un énoncé ne s'applique pas à votre expérience de l'épidémie, veuillez entourer « Pas du tout vrai ».

	Pas du tout vrai (0)	Un peu vrai (1)	Plutôt vrai (2)	Très vrai (3)	Extrêmement vrai (4)
A. Je me sentais totalement incapable de faire quoi que ce soit.					
B. Je ressentais de la tristesse et du chagrin.					
C. Je me sentais frustré(e) et en colère car je ne pouvais rien faire de plus.					
D. J'avais peur pour ma propre sécurité					
E. Je me sentais coupable.					
F. J'avais honte de mes réactions émotionnelles.					
G. J'étais inquiet(e) pour la sécurité des autres.					
H. J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions.					
I. J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle.					
J. J'étais horrifié(e) de ce que j'avais vu.					
K. J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements et des palpitations.					
L. J'étais sur le point de m'évanouir.					
M. Je pensais que j'allais mourir.					

Chaque item a un score entre 0 (Pas du tout vrai) et 4 (Extrêmement vrai) pour un score total allant de 0 à 52. Le **score moyen** est obtenu en divisant le score total des items par le nombre total d'items (c'est-à-dire 13).

Référence :

Brunet, A., Weiss, D. S., Metzler, T. J., Best, S. R., Neylan, T. C., Rogers, C., ... & Marmar, C. R. (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: a proposed measure of PTSD criterion A2. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1480-1485.

Jehel, L., Brunet, A., Paterniti, S., & Guelfi, J. D. (2005). Validation de la version française de l'inventaire de détresse péritraumatique. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(1), 67-71. <https://doi.org/10.1177/070674370505000112>

Échelle de détresse psychologique de Kessler (K10)

Au cours de la semaine qui vient de s'écouler, à quelle fréquence t'es-tu senti.e	Jamais (1)	Rarement (2)	Parfois (3)	La plupart du temps (4)	Tout le temps (5)
A. Épuisé/e sans véritable raison.					
B. Nerveux ou nerveuse.					
C. Si nerveux ou nerveuse que rien ne pouvait te calmer.					
D. Désespéré/e.					
E. Agité/e ou ne tenant pas en place.					
F. Si agité/e que tu ne pouvais pas rester immobile.					
G. Triste ou déprimé/e.					
H. Si déprimé/e que plus rien ne pouvait te faire sourire.					
I. Comme si tout était un effort.					
J. Bon ou bonne à rien.					

Le score à chaque item va de 1 à 5 pour un score total entre 10 et 50. L'interprétation se fait en faisant correspondre le score total à l'une des catégories ci-dessous.

Score total :

Inférieur à 20 – probablement **bien**

20-24 – trouble de la santé mentale **mineur** probable

25-29 – trouble de la santé mentale **modérée** probable

30 et plus – trouble de la santé mentale **sévère** probable

Références :

Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, .et al (2002) Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32, 959-956.

Andrews, G., Slade, T (2001). Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (k10). *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25, 494-497.

Liste des événements potentiellement traumatiques (LET 5)

Voici une liste de situations difficiles ou stressantes qu'une personne peut avoir à traverser dans sa vie. Pour chaque situation, cocher une ou plusieurs cases pour indiquer que : (a) vous avez vécu **personnellement** une telle situation ; (b) Une autre personne a vécu une telle situation et **vous en avez été témoin** ; (c) **Vous avez appris** qu'un de vos proches a vécu une telle situation. N'indiquez que les événements qui ont impliqué une menace vitale, une blessure grave ou de la violence sexuelle.

Événements	Cela m'est arrivé	J'en ai été témoin	Je l'ai appris	Fait partie de mon travail	Je ne sais pas	N/A
A. Attentat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Catastrophe naturelle (incendie, ouragan, tornade, tremblement de terre, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Incendie ou explosion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Accident de la route (accident de voiture ou de bateau, déraillement de train, écrasement d'avion, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Accident grave au travail, à domicile, ou pendant des occupations de loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Exposition à une substance toxique (produits chimiques dangereux, radiation, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Agression physique (avoir été attaqué, frappé, poignardé, battu, reçu des coups de pieds)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Attaque à main armée (avoir été blessé par une arme à feu ou une arme tranchante, avoir été menacé avec un couteau, une arme à feu ou une bombe, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Agression sexuelle (viol, tentative de viol, être obligé d'accomplir tout acte sexuel par la force ou sous des menaces).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Autre expérience sexuelle non désirée et désagréable (abus sexuel en enfance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Participation à un conflit armé ou présence dans une zone de guerre (dans l'armée ou comme civil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Captivité (avoir été kidnappé, enlevé, pris en otage, incarcéré comme prisonnier de guerre, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Maladie ou blessure mettant la vie en danger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Mort violente (homicide, suicide, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O. Mort subite et inattendue d'un proche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P. Blessure grave, dommage ou mort causée par vous à quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q. Toute autre expérience très stressante (négligence sévère dans l'enfance, torture)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R. Autre, préciser ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Références

Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M. (2013). The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5). Instrument available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov

Gray, M., Litz, B., Hsu, J., & Lombardo, T. (2004). Psychometric properties of the Life Events Checklist. (PDF) Assessment, 11, 330-341. doi: 10.1177/1073191104269954 PILOTS ID: 26825

Échelle du TSPT basée sur le DSM 5 (PCL-5)

Instructions: Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et encercler le chiffre à droite pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté dans le **dernier mois**.

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :	0	1	2	3	4
	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Moyennement</i>	<i>Souvent</i>	<i>Extrêmement</i>
A. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
B. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
C. Se sentir soudainement comme si l'expérience stressante recommençait (<i>comme si vous la viviez de nouveau</i>)?	0	1	2	3	4
D. Être bouleversé lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
E. Réagir physiquement lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante (<i>p. ex., avoir le cœur qui bat très fort, du mal à respirer, ou avoir des sueurs</i>)?	0	1	2	3	4
F. Éviter souvenirs, pensées ou sentiments en lien avec l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
G. Éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (<i>p. ex., des gens, des lieux, des conversations, des activités, des objets, ou des situations</i>)?	0	1	2	3	4
H. Avoir du mal à vous rappeler d'éléments importants de l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
I. Avoir des croyances négatives sur vous-même, les autres ou sur le monde (<i>p. ex., avoir des pensées telles que : je suis mauvais, il y a quelque chose qui cloche sérieusement chez moi, nul n'est digne de confiance, le monde est un endroit complètement dangereux</i>)?	0	1	2	3	4
J. Vous blâmer ou blâmer les autres pour la survenue de l'expérience stressante ou ce qui est arrivé par la suite?	0	1	2	3	4
K. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte?	0	1	2	3	4
L. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant?	0	1	2	3	4
M. Vous sentir distant ou coupé des autres?	0	1	2	3	4
N. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (<i>p. ex., être incapable de ressentir la joie ou de l'amour envers vos proches</i>)?	0	1	2	3	4
O. Être irritable, avoir des bouffées de colère, ou agir agressivement?	0	1	2	3	4
P. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?	0	1	2	3	4
Q. Être 'super-alerte', vigilant ou sur vos gardes?	0	1	2	3	4
R. Sursauter facilement?	0	1	2	3	4
S. Avoir du mal à vous concentrer?	0	1	2	3	4
T. Avoir du mal à trouver ou garder le sommeil?	0	1	2	3	4

En général, un score de **2 (Moyennement) et plus** à un item indique l'expérience probable de ce symptôme du TSPT. En tenant compte du DSM-5, un score de **2 ou plus** aux items suivants indique la **présence probable de symptômes** du TSPT au-delà du seuil clinique :

1 item de la catégorie B – questions **1-5**;
1 item de la catégorie C – questions **6-7**;
2 items de la catégorie D – questions **8-14**;
2 items de la catégorie E – questions **15-20**;

La **sévérité** des symptômes est déterminée en additionnant le score à chaque item pour obtenir un score total entre 0 et 80. Un score de **33 ou plus** indique la nécessité d'une évaluation plus approfondie.

Référence :

Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of traumatic stress*, 28(6), 489-498.

L'échelle de symptômes du TSPT basée sur le DSM-5 (CPSS-V SR) - ENFANTS

Ces questions portent sur ce que tu as ressenti par rapport à ce qui t'as bouleversé. Lis attentivement chaque question. Puis encercle le chiffre (0-4) qui décrit le mieux la fréquence à laquelle ce problème t'a dérangé AU COURS DU DERNIER MOIS.

	0 = Pas du tout	1 = Une fois par semaine ou moins / un peu	2 = 2 à 3 fois par semaine / souvent	3 = 4 à 5 fois par semaine / beaucoup	4 = 6 fois ou plus par semaine / presque toujours
A. As-tu eu des pensées ou des images bouleversantes concernant ce sujet qui te sont venues à l'esprit lorsque tu ne le voulais pas ?	0	1	2	3	4
B. As-tu fait de mauvais rêves ou des cauchemars à ce sujet ?	0	1	2	3	4
C. As-tu agi ou t'es-tu senti.e comme si cela se reproduisait (voir ou entendre quelque chose et se sentir comme si cela se passait à nouveau) ?	0	1	2	3	4
D. T'es-tu senti.e bouleversé.e quand tu te rappelles de ce qui est arrivé (par exemple, sentir la peur, la colère, ou te sentir triste, coupable, confus) ?	0	1	2	3	4
E. As-tu eu des sensations dans ton corps lorsque tu te souviens de ce qui s'est passé (par exemple, transpiration, palpitations, mal au ventre ou à la tête) ?	0	1	2	3	4
F. As-tu essayé de ne pas y penser ou d'avoir des sentiments à ce sujet ?	0	1	2	3	4
G. As-tu essayé de rester à l'écart de tout ce qui te rappelle ce qui s'est passé (par exemple, des personnes, des lieux ou des conversations à ce sujet) ?	0	1	2	3	4
H. N'as-tu pas été capable de te souvenir d'une partie importante de ce qui s'est passé ?	0	1	2	3	4
I. As-tu eu de mauvaises pensées sur toi-même, les autres ou le monde (par exemple, « Je ne peux rien faire de bien », « Tout le monde est mauvais », « Le monde est effrayant ») ?	0	1	2	3	4
J. As-tu pensé que ce qui s'est passé est de ta faute (par exemple, « J'aurais dû mieux savoir », « Je n'aurais pas dû le faire », « Je le méritais ») ?	0	1	2	3	4
K. As-tu eu des sentiments très négatifs (comme la peur, la colère, la culpabilité ou la honte) ?	0	1	2	3	4
L. As-tu eu beaucoup moins d'intérêt à faire des choses que tu faisais autrefois	0	1	2	3	4
M. As-tu des difficultés à te sentir proche des gens ou ne pas avoir envie d'être avec eux ?	0	1	2	3	4
N. As-tu eu de la difficulté à ressentir de bons sentiments (comme le bonheur ou l'amour) ou des difficultés à ressentir peu importe le sentiment ?	0	1	2	3	4
O. T'es-tu mis.e facilement en colère (par exemple, crier, frapper les autres, jeter des objets) ?	0	1	2	3	4
P. As-tu fait des choses qui pourraient te blesser ou te faire mal (par exemple, prendre de la drogue, boire de l'alcool, fuir, se couper) ?	0	1	2	3	4
Q. Avez-vous été très prudent ou aux aguets (par exemple, en vérifiant les gens autour de vous et ce qui a autour de vous) ?	0	1	2	3	4
R. As-tu été sursauté ou facilement effrayé (par exemple, quand quelqu'un marche derrière toi, quand tu entends un bruit fort) ?	0	1	2	3	4
S. As-tu eu de la difficulté à être attentif (par exemple, perdre le fil d'une histoire à la télévision, oublier ce que tu lis, être incapable d'être attentif en classe) ?	0	1	2	3	4
T. As-tu eu de la difficulté à t'endormir ou à rester endormi ?	0	1	2	3	4
Dans quelle mesure ces symptômes ont-ils perturbé ta vie quotidienne ?					
U. Faire vos prières	0	1	2	3	4

V. Tâches ménagères et devoirs à la maison	0	1	2	3	4
W. Relations avec tes amis	0	1	2	3	4
X. Activités amusantes et de loisirs	0	1	2	3	4
Y. Travaux scolaires	0	1	2	3	4
Z. Relations avec ta famille	0	1	2	3	4
AA. Généralement heureux dans ta vie	0	1	2	3	4

Un score total de **31 et plus** à la première partie du questionnaire (items **A à T**) indique un diagnostic probable du TSPT chez l'enfant et donc nécessite une évaluation plus approfondie.

Faites correspondre le score total de l'individu à une des catégories ci-dessous afin de déterminer le **niveau de sévérité** des symptômes :

- 0-10** – minimal
- 11-20** – faible
- 21-40** – moyen
- 41-60** – grave
- 61-80** – très grave

La seconde partie du questionnaire (items **U à AA**) sert à déterminer le **niveau d'impact** des symptômes sur les activités du quotidien de l'individu. Plus le score est élevé, plus l'impact est sévère.

Référence :

Foa, E. B., Asnaani, A., Zang, Y., Capaldi, S., & Yeh, R. (2018). Psychometrics of the Child PTSD Symptom Scale for DSM-5 for trauma-exposed children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(1), 38-46.

Dépression (Échelle de dépression de Beck Short Form)

Consigne : Ce questionnaire comporte 13 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) **au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui**. Encerchez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire exactement ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerchez-le.

A.	0	Je ne me sens pas triste
	1	Je me sens cafardeux ou triste.
	2	Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir.
	3	Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter.
B.	0	Je ne suis pas particulièrement découragé, ni pessimiste au sujet de l'avenir.
	1	J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir.
	2	Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer.
	3	Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer.
C.	0	Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.
	1	J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens.
	2	Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs.
	3	J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme mes enfants)
D.	0	Je ne me sens pas particulièrement insatisfait.
	1	Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.
	2	Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.
	3	Je suis mécontent de tout.
E.	0	Je ne me sens pas coupable.
	1	Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps.
	2	Je me sens coupable.
	3	Je me juge très mauvais, et j'ai l'impression que je ne vauds rien.
F.	0	Je ne suis pas déçu par moi-même.
	1	Je suis déçu par moi-même.
	2	Je me dégoûte moi-même.
G.	0	Je ne pense pas à me faire du mal.
	1	Je pense que la mort me libèrerait.
	2	J'ai des plans précis pour me suicider.
	3	Si je le pouvais, je me tuerais.
H.	0	Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.
	1	Maintenant je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.
	2	J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux gens et j'ai peu de sentiments pour eux.
	3	J'ai perdu tout l'intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement.
I.	0	Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.
	1	J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.
	2	J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.
	3	Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.
J.	0	Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant.
	1	J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux.

	2	J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique, qui me fait paraître disgracieux.
	3	J'ai l'impression d'être laid et repoussant.
K.	0	Je travaille aussi facilement qu'auparavant.
	1	Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.
	2	Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.
	3	Je suis incapable de faire le moindre travail.
L.	0	Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude.
	1	Je suis fatigué plus facilement que d'habitude.
	2	Faire quoi que ce soit me fatigue.
	3	Je suis incapable de faire le moindre travail.
M.	0	Mon appétit est toujours aussi bon.
	1	Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.
	2	Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.
	3	Je n'ai plus du tout d'appétit

Additionnez le score obtenu à chaque item pour obtenir un score global entre 0 et 39. Un score plus élevé indique un niveau de dépression plus élevé. Les catégories ci-dessous vous aideront à déterminer le niveau de sévérité de la dépression :

0-4 – aucune ou minime

5-7 – faible

8-15 – modérée

16 et plus - sévère

Pour les enfants et les adolescents, utilisez l'**Inventaire de dépression chez l'enfant** :
http://instrumentspsychometriques.mcgill.ca/instruments/categorie_generale/ide.htm

Référence

Beck, A. T., & Beck, R. W. (1972). Screening depressed patients in family practice: A rapid technic. *Postgraduate medicine*, 52(6), 81-85.
 Kovacs M (1992) Children's Depression Inventory. New York: MultiHealth Systems.

Inventaire d'anxiété (Beck Anxiety Inventory)

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en encerclant le chiffre approprié, à quel degré vous avez été affecté par chacun de ces symptômes ***au cours de la dernière semaine***, aujourd'hui inclus.

Au cours des 7 derniers jours, j'ai été affecté(e) par...	0 Pas du tout	1 Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé(e)	2 Modérément C'était très déplaisant mais supportable	3 Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
A. Sensations d'engourdissement ou de picotement	0	1	2	3
B. Bouffées de chaleur	0	1	2	3
C. « Jambes molles », tremblements dans les jambes	0	1	2	3
D. Incapacité de se détendre	0	1	2	3
E. Crainte que le pire ne survienne	0	1	2	3
F. Étourdissement ou vertige, désorientation	0	1	2	3
G. Battements cardiaques marqués ou rapides	0	1	2	3
H. Mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements	0	1	2	3
I. Terrifié(e)	0	1	2	3
J. Nervosité	0	1	2	3
K. Sensation d'étouffement	0	1	2	3
L. Tremblements des mains	0	1	2	3
M. Tremblements, chancelant(e)	0	1	2	3
N. Crainte de perdre le contrôle de soi	0	1	2	3
O. Respiration difficile	0	1	2	3
P. Peur de mourir	0	1	2	3
Q. Sensation de peur, «avoir la frousse»	0	1	2	3
R. Indigestion ou malaise abdominal	0	1	2	3
S. Sensation de défaillance ou d'évanouissement	0	1	2	3
T. Rougissement du visage	0	1	2	3
U. Transpiration (non associée à la chaleur)	0	1	2	3

Additionnez le score à chaque item afin d'obtenir un score global entre **0 et 63**. Servez vous ensuite des catégories ci-dessous pour déterminer le niveau d'anxiété :

0-7 – minime

8-15 – faible

16-25 – modéré

30-63 – sévère

Référence :

Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.

Échelle de consommation de substance

Au cours des 12 derniers mois combien de fois as-tu consommé ces produits?	Pas consommé	À l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou 1 à 2 fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas à tous les jours	Tous les jours
1. Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cannabis (pot, marijuana, hachisch, huile, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Chanvre						
4. Autres drogues (ecstasy, amphétamines, speed, cocaïne, acide, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Référence

Landry, M., Tremblay, J., Guyon, L., Bergeron, J., & Brunelle, N. (2004). La Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP-ADO): développement et qualités psychométriques. *Drogues, santé et société*, 3(1), 20-37.

Idéations et comportements suicidaires

Il peut être difficile de répondre à la question qui suit. Si tu sens que vous avez besoin d'aide, nous vous encourageons à en parler avec l'agent psychosocial.

A. As-tu déjà sérieusement pensé à essayer de te suicider?

Non **Tu as répondu non? Passe à la question 14.*



Oui **Tu as répondu oui? Passe à la question suivante.*

B. As-tu déjà essayé de te suicider?

Non



C. Combien de fois as-tu essayé de te suicider?

Oui

Une fois

Plus d'une fois

Qualité de vie (WHOQOL-BREF)

Les questions suivantes expriment des sentiments sur ce que vous éprouvez actuellement. Aucune réponse n'est juste, elle est avant tout personnelle.

A. Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?	Très faible <input type="checkbox"/>	Faible <input type="checkbox"/>	Ni faible ni bonne <input type="checkbox"/>	Bonne <input type="checkbox"/>	Très bonne <input type="checkbox"/>
B. Êtes-vous satisfait(e) de votre santé ?	Très insatisfait.e <input type="checkbox"/>	Insatisfait.e <input type="checkbox"/>	Ni satisfait.e ni insatisfait.e <input type="checkbox"/>	Satisfait.e <input type="checkbox"/>	Très satisfait.e <input type="checkbox"/>
C. La douleur physique vous empêche t-elle de faire ce dont vous avez envie ?	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Modérément <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>	Extrêmement <input type="checkbox"/>
D. Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Aimez-vous votre vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Estimez-vous que votre vie a du sens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Êtes-vous capable de vous concentrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Vivez-vous dans un environnement sain ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Acceptez-vous votre apparence physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M. Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O. Comment arrivez-vous à vous déplacer ?	Très difficilement <input type="checkbox"/>	Difficilement <input type="checkbox"/>	Assez facilement <input type="checkbox"/>	Facilement <input type="checkbox"/>	Très facilement <input type="checkbox"/>
P. Êtes-vous satisfait(e) de votre sommeil ?	Très insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	Insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	Ni satisfait(e) ni insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	Satisfait(e) <input type="checkbox"/>	Très satisfait(e) <input type="checkbox"/>
Q. Êtes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R. Êtes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S. Êtes-vous satisfait(e) de vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T. Êtes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U. Êtes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V. Êtes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W. Êtes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X. Êtes-vous satisfait(e) de votre accès aux services de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y. Êtes-vous satisfait(e) de votre moyen de transport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Jamais	Parfois	Assez souvent	Très souvent	Tout le temps
Z. Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?	<input type="checkbox"/>				

Référence :

World Health Organization. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558.

Soutien social (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)

Instructions : Nous aimerions savoir ce que vous pensez des déclarations suivantes. Lisez attentivement chaque déclaration. Indiquez comment vous vous sentez par rapport à chaque énoncé à l'aide de l'échelle suivante :							
	Totalem en désaccord	Totalem en accord					
Il y a une personne en particulier qui est là quand j'en ai besoin	1	2	3	4	5	6	7
Il y a une personne en particulier avec laquelle je peux partager mes joies et mes peines	1	2	3	4	5	6	7
Ma famille essaie vraiment de m'aider	1	2	3	4	5	6	7
Je reçois de ma famille toute l'aide émotionnelle et le soutien dont j'ai besoin	1	2	3	4	5	6	7
Je connais une personne en particulier qui est une vraie source de réconfort pour moi	1	2	3	4	5	6	7
Mes amis essaient vraiment de m'aider	1	2	3	4	5	6	7
Je peux compter sur mes amis quand les choses vont mal	1	2	3	4	5	6	7
Je peux parler de mes problèmes avec ma famille	1	2	3	4	5	6	7
J'ai des amis avec lesquels je peux partager mes joies et mes peines	1	2	3	4	5	6	7
Il y a quelqu'un de spécial dans ma vie qui s'inquiète de ce que je ressens	1	2	3	4	5	6	7
Ma famille est prête à m'aider à prendre des décisions	1	2	3	4	5	6	7
Je peux parler de mes problèmes avec mes amis	1	2	3	4	5	6	7

Pour obtenir le score total à l'échelle, calculez la moyenne de l'ensemble des scores aux items. Pour obtenir le score à chacune des 3 sous-échelles (êtres chers, famille, ami.e.s), calculez la moyenne des items appartenant à chacune d'entre elles (voir ci-dessous). Une moyenne plus élevée indique la présence d'un plus grand soutien social.

Sous échelle des êtres chers :

$$Q1 + Q2 + Q5 + Q10$$

Sous-échelle de la famille :

$$Q3 + Q4 + Q8 + Q11$$

Sous-échelle des ami.e.s :

$$Q6 + Q7 + Q9 + Q12$$

Référence :

Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. & Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.

Auto-efficacité (Auto-efficacité Généralisée)

Lisez attentivement chaque phrase et encerclez le chiffre qui vous décrit le mieux.	Pas du tout vrai	A peine vrai	Moyenne-ment vrai	Totale-ment vrai
A. Je peux arriver toujours à résoudre mes difficultés si j'essaie assez fort.				
B. Si quelqu'un s'oppose à moi, je peux trouver une façon pour obtenir ce que je veux.				
C. C'est facile pour moi de maintenir mon attention sur mes objectifs et accomplir mes buts.				
D. J'ai confiance que je peux faire face efficacement aux événements inattendus.				
E. Grâce à ma débrouillardise, je sais comment faire face aux situations imprévues.				
F. Je peux résoudre la plupart de mes problèmes si j'investis les efforts nécessaires.				
G. Je peux rester calme lorsque je suis confronté à des difficultés car je peux me fier à mes habiletés pour faire face aux problèmes.				
H. Lorsque je suis confronté à un problème, je peux habituellement trouver plusieurs solutions.				
I. Si je suis "coincé", je peux habituellement penser à ce que je pourrais faire.				
J. Peu importe ce qui arrive, je suis capable d'y faire face généralement.				

Chaque item obtient un score allant de **1** (Pas du tout vrai) à **4** (Totale-ment vrai) pour un score total entre **10 et 40**. Un score plus élevé indique plus d'auto-efficacité.

Référence:

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.

Stratégies de coping religieux (Brief-RCOPE)

Maintenant, nous allons vous demander de penser à la dernière épidémie de la maladie à virus Ébola et à la façon dont vous avez réagi face à elle. Répondez à chacune des affirmations suivantes en cochant la case qui correspond le mieux à la manière dont vous avez réagi dans cette situation. Répondez honnêtement sans vous soucier de ce que les gens auraient fait s'ils avaient été à votre place:	Pas du tout	De temps en temps	Souvent	Toujours
1. J'ai recherché l'amour et la protection de Dieu				
2. J'ai recherché l'aide de Dieu pour évacuer ma colère				
3. Je me suis efforcé(e), avec l'aide de Dieu, de concrétiser mes projets en action				
4. Je me suis efforcé(e) de voir comment Dieu pourrait essayer de me rendre plus fort dans cette situation				
5. J'ai demandé(e) le pardon pour mes péchés				
6. Je me suis concentré(e) sur la religion pour ne plus m'inquiéter au sujet de mes problèmes				
7. Je me suis demandé si Dieu m'avait abandonné(e)				
8. Je me suis senti(e) puni(e) par Dieu pour mon manque de dévotion				
9. Je me suis demandé ce que j'avais fait pour que Dieu me punisse ainsi				
10. Je me suis interrogé sur l'amour que Dieu me porte				
11. Je me suis demandé(e) si mon église m'avait abandonné				
12. J'ai considéré que le Diable avait provoqué ce qui est arrivé.				
13. J'ai recherché le soutien et la compréhension de quelqu'un.				
14. Je me suis interrogé(e) sur le pouvoir de Dieu				

Chaque item obtient un score de **1** (Pas du tout) à **4** (Toujours). Calculez le score total des items à chacune des **2 sous-échelles** (voir ci-dessous). Un score plus élevé indique une fréquence plus élevée d'usage du type de stratégie.

Stratégies religieuses de coping **positives** : **1-7**

Stratégies religieuses de coping **négatives** : **8-14**

Référence :

Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. Guilford press. New York, USA.

Stratégies de coping (Brief COPE)

Maintenant, nous allons vous demander de penser à la dernière épidémie de la maladie à virus Ébola et à la façon dont vous avez réagi face à elle. Répondez à chacune des affirmations suivantes en cochant la case qui correspond le mieux à la manière dont vous avez réagi dans cette situation. Répondez honnêtement sans vous soucier de ce que les gens auraient fait s'ils avaient été à votre place:	1	2	3	4
	Pas du tout	De temps en temps	Souvent	Toujours
1. Je me suis tourné vers d'autres activités pour me changer les idées.	1	2	3	4
2. J'ai déterminé une ligne d'action et je l'ai suivie.	1	2	3	4
3. Je me suis dit que ce n'était pas réel.	1	2	3	4
4. J'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux.	1	2	3	4
5. J'ai recherché un soutien émotionnel de la part des autres.	1	2	3	4
6. J'ai renoncé à essayer de résoudre la situation.	1	2	3	4
7. J'ai essayé de trouver du réconfort dans ma religion ou dans des croyances spirituelles.	1	2	3	4
8. J'ai accepté la réalité de ma nouvelle situation.	1	2	3	4
9. J'ai évacué mes sentiments déplaisants en en parlant.	1	2	3	4
10. J'ai recherché l'aide et le conseil d'autres personnes.	1	2	3	4
11. J'ai essayé de voir la situation sous un jour plus positif.	1	2	3	4
12. Je me suis critiqué.	1	2	3	4
13. J'ai essayé d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y avait à faire.	1	2	3	4
14. J'ai recherché le soutien et la compréhension de quelqu'un.	1	2	3	4
15. J'ai abandonné l'espoir de faire face.	1	2	3	4
16. J'ai pris la situation avec humour.	1	2	3	4
17. J'ai fait quelque chose pour moins y penser (comme aller au cinéma, regarder la TV, lire, rêver tout éveillé, dormir ou faire les magasins...) [certaines activités ne sont pas à reporter pour les patients hospitalisés].	1	2	3	4
18. J'ai exprimé mes sentiments négatifs.	1	2	3	4
19. J'ai essayé d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il fallait faire.	1	2	3	4
20. J'ai concentré mes efforts pour résoudre la situation.	1	2	3	4
21. J'ai refusé de croire que ça m'arrivait.	1	2	3	4
22. J'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour m'aider à traverser la situation.	1	2	3	4
23. J'ai appris à vivre dans ma nouvelle situation.	1	2	3	4
24. J'ai planifié les étapes à suivre.	1	2	3	4
25. Je me suis reproché les choses qui m'arrivaient.	1	2	3	4
26. J'ai recherché les aspects positifs dans ce qu'il m'arrivait.	1	2	3	4
27. J'ai prié ou médité.	1	2	3	4
28. Je me suis amusé de la situation.	1	2	3	4

La mesure comprend **14** sous-échelles évaluant des stratégies de coping *adaptatives* et *maladaptatives*. Calculez le score total de chaque sous-échelles. Un score plus élevé indique que la stratégie est utilisée plus fréquemment. Voir ci-dessous les items qui correspondent à chacune des sous-échelles.

Auto-distraktion : **1, 19**

Coping actif : **2, 7**

Déni : **3, 8**

Consommation de substances : **4, 11**

Utilisation de soutien émotionnel : **5, 15**

Utilisation d'un soutien instrumental : **10, 23**

Désengagement comportemental : **6, 16**

Décharger/déverser sur autrui : **9, 21**

Reformuler positivement : **12, 17**

Planification : **14, 25**

Humour : **18, 28**

Acceptation : **20, 24**

Religion : **22, 27**

Blâme de soi: **13, 26**

Référence :

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.

Muller, L., Spitz, E. (2003). Multidimensional assessment of coping: Validation of the Brief COPE among French population. *Encephale*, 29(6), 507-518

Symptômes de Dissociation

Instructions : Pour chaque énoncé ci-dessous, veuillez cocher (V) la case qui répond le mieux à chaque question pour montrer à quel point chaque chose vous est arrivée au cours des **SEPT (7) DERNIERS JOURS**.

	Pas du tout	Une ou deux fois	Presque tous les jours	Environ une fois par jour	Plus d'une fois par jour
1. Je me retrouve à contempler l'espace et à ne penser à rien.	0	1	2	3	4
2. Les gens, les objets ou le monde qui m'entoure semblent étranges ou irréels.	0	1	2	3	4
3. J'ai fait des choses dont je ne me souviens pas.	0	1	2	3	4
4. Quand je suis seul, je parle tout seul à haute voix.	0	1	2	3	4
5. J'ai l'impression de regarder le monde à travers un brouillard, de sorte que les gens et les choses me semblent lointains ou peu clairs.	0	1	2	3	4
6. Je suis capable d'ignorer la douleur.	0	1	2	3	4
7. J'agis si différemment d'une situation à l'autre que c'est presque comme si j'étais deux personnes différentes.	0	1	2	3	4
8. Je peux faire très facilement des choses qui seraient habituellement difficiles pour moi.	0	1	2	3	4

Calculez le score total en additionnant le score à chaque item pour un total entre **0 et 32**. Un score plus élevé indique des symptômes dissociatifs plus sévères. Ensuite calculez le score moyen en divisant le score total par le nombre d'items à l'échelle (c'est-à-dire, **8**). Le score moyen vous permet d'interpréter la fréquence moyenne des symptômes (référez-vous à l'échelle à 5-point, **0-Pas du tout à 4-Plus d'une fois par jour**).

Références:

DES-B (Dalenberg C, Carlson E, 2010) modified for DSM-5 by C. Dalenberg and E. Carlson.

Inventaire du deuil traumatique (IDQ-18; auto-évaluation)*

Perdre un être cher s'accompagne de réactions diverses avec un degré d'intensité varié. Veuillez indiquer sur une échelle de 0 à 4 à quel point vous ressentez les réactions suivantes.

0 = jamais ou presque jamais ; 1 = rarement ; 2 = assez souvent ; 3 = souvent ; 4 = toujours ou continuellement

	0 = jamais ou presque jamais	1 = rare- ment	2 = assez souvent	3 = souvent	4 = toujours ou continuel- lement
1. Les images et les souvenirs liés à la personne décédée me submergent					
2. Je ressens une peine et douleur émotionnelle intense depuis ce décès					
3. Je ressens un besoin continu de m'attacher à la personne décédée					
4. Je me sens confus en ce qui concerne mon rôle dans la vie ou j'ai l'impression que mon identité n'est plus la même depuis la perte.					
5. J'ai beaucoup de difficultés à accepter la mort de cette personne					
6. J'évite les endroits et les choses qui me rappellent la personne décédée					
7. Depuis le décès de cette personne, il est difficile de faire confiance aux autres					
8. Chaque fois que je pense à sa mort, je ressens de l'amertume ou de la colère					
9. Je n'arrive plus à ressentir de la joie ou du plaisir depuis ce décès					
10. J'ai des difficultés à aller de l'avant, à entreprendre de nouveaux projets ou de nouvelles activités (ou relations)					
11. Sans cette personne décédée, j'ai le sentiment que la vie est vide et dépourvue de sens					
12. Je me sens sous le choc de sa mort					
13. La peine causée par cette mort a détérioré ma vie sociale, professionnelle/scolaire ou ma santé					

14. J'ai des images et des pensées constantes autour des circonstances de la mort de cette personne qui sont difficiles à contrôler					
15. J'ai des difficultés à avoir des souvenirs positifs de la personne décédée					
16. Depuis son décès, j'ai des pensées négatives de moi-même (ex : me culpabiliser)					
17. Je ressens un désir incontrôlable de rejoindre (de me réunir avec) la personne décédée					
18. Je me sens isolé et distant des autres depuis ce décès					

Interprétation :

Additionner les scores de chaque item pour obtenir un total sur **72**. Un score total de **61 et plus** indique que l'individu pourrait vivre, au moment du questionnaire, des symptômes de deuil complexe qui sont supérieurs au seuil clinique.

Référence :

Paul A. Boelen & Geert E. Smid (2017) The Traumatic Grief Inventory SelfReport Version (TGI-SR): Introduction and Preliminary Psychometric Evaluation, *Journal of Loss and Trauma*, 22:3, 196-212, DOI: 10.1080/15325024.2017.1284488

*version traduite par Kokou-Kplou, C.K.

Échelle d'auto-compassion (EAC)

Pour chaque énoncé, indiquez à quelle fréquence vous vous comportez de cette façon, en utilisant l'échelle de 1 à 5.

1	2	3	4	5
Presque jamais				Presque toujours

Item	Énoncé	Réponse (1-5)
1.	Je désapprouve et juge mes propres défauts et insuffisances.	
2.	Lorsque je me sens mal, j'ai tendance à être obsédé(e) et à focaliser sur tout ce qui ne va pas.	
3.	Quand les choses vont mal pour moi, je vois ces difficultés comme faisant partie de la vie que chacun traverse.	
4.	Quand je pense à mes insuffisances, je me sens différent(e) et coupé(e) du reste du monde.	
5.	J'essaye d'être aimant(e) envers moi-même quand je souffre.	
6.	Quand j'échoue à quelque chose d'important pour moi, je suis envahi(e) par un sentiment de ne pas être à la hauteur.	
7.	Quand je me sens déprimé(e), je me rappelle qu'il y a beaucoup d'autres personnes dans le monde qui ressentent la même chose.	
8.	Quand les choses vont vraiment mal, j'ai tendance à être dur(e) envers moi-même.	
9.	Quand quelque chose me contrarie, j'essaye de garder mes émotions en équilibre.	
10.	Quand je ne me sens pas à la hauteur d'une quelconque façon, j'essaye de me rappeler que ce sentiment est partagé par la plupart des gens.	
11.	Je suis intolérant(e) et impatient(e) envers les aspects de ma personnalité que je n'aime pas.	
12.	Quand je traverse une période très difficile, je me donne le soin et la tendresse dont j'ai besoin.	
13.	Quand je me sens mal, j'ai tendance à avoir l'impression que les autres sont plus heureux que moi.	
14.	Quand quelque chose de douloureux se produit, j'essaye d'avoir une vision équilibrée de la situation.	
15.	J'essaye de voir mes défauts comme faisant partie de la condition humaine.	
16.	Quand je vois des aspects de moi-même que je n'aime pas, je me critique.	
17.	Quand j'échoue à quelque chose d'important pour moi j'essaye de garder les choses en perspective.	

18.	Quand c'est vraiment difficile pour moi, j'ai tendance à penser que la vie est plus facile pour les autres.	
19.	Je suis bienveillant(e) envers moi-même quand je souffre.	
20.	Quand quelque chose me perturbe, je me laisse emporter par mes sentiments.	
21.	Je suis dur(e) envers moi-même quand je ressens de la souffrance.	
22.	Quand je suis déprimé(e), je cherche à approcher mes sentiments avec curiosité et ouverture.	
23.	Je suis tolérant(e) avec mes propres défauts et insuffisances.	
24.	Quand quelque chose de douloureux se produit, j'ai tendance à donner une importance hors de proportion à l'incident.	
25.	Quand j'échoue à quelque chose d'important pour moi, j'ai tendance à me sentir seul(e) dans mon échec.	
26.	J'essaie d'être compréhensif(ve) et patient(e) envers les aspects de ma personnalité que je n'aime pas.	

Pour calculer le score aux sous-échelles, calculez le score moyen obtenue à chacune de celles-ci. Voir plus bas les items appartenant à chaque sous-échelle.

Pour calculer le score total, inverser d'abord les scores aux items des sous-échelles auto-jugement, isolation et sur-identification (c'est-à-dire, **1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1**) et ensuite calculez le score total.

Auto-bienveillance: **5, 12, 19, 23, 26**

Auto-jugement: **1, 8, 11, 16, 21**

Commune humanité: **3, 7, 10, 15**

Isolation: **4, 13, 18, 25**

Mindfulness/pleine conscience: **9, 14, 17, 22**

Sur-identification: **2, 6, 20, 24**

Référence:

Kotsou I, Leys C (2016) Self-Compassion Scale (SCS): Psychometric Properties of The French Translation and Its Relations with Psychological Well-Being, Affect and Depression. PLoS ONE.

Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.

Échelles de résilience

Toutes les échelles de résilience ayant été validées dans plusieurs cultures sont toutes protégées par des droits d'auteur ne nous permettant pas de les partager. Nous vous conseillons notamment deux échelles :

- Le Resilience Scale de Wagnild & Young (1991) : <https://www.resiliencecenter.com/products/resilience-scales-and-tools-for-research/the-original-resilience-scale/>
- Le Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) : <http://www.connordavidson-resiliencescale.com/>

Entretien de formulation culturelle

L'entretien de formulation culturelle (EFC) est une série de 16 questions que les cliniciens peuvent utiliser pendant une évaluation en santé mentale pour obtenir des informations sur l'impact de la culture sur des aspects clés de la présentation clinique et des soins du sujet. Dans l'EFC le terme *culture* fait référence :

- aux valeurs, orientations, savoirs et pratiques que les sujets tirent de leur appartenance à des groupes sociaux divers (p. ex. groupes ethniques, communautés religieuses, groupes professionnels, groupes de vétérans) ;
- aux aspects des origines du sujet, de ses expériences du développement et de son contexte social actuel qui sont susceptibles d'affecter ses points, tels que l'origine géographique, la migration, la langue, la religion, l'orientation sexuelle ou la race/l'ethnicité ;
- aux influences de la famille, des amis ou d'autres membres de la communauté (le *réseau social* du sujet) sur le vécu de la maladie du sujet.

L'EFC est un entretien semi-structuré court destiné à évaluer de manière systématique les facteurs culturels dans la rencontre clinique qui peut être utilisé avec tout individu. L'EFC se concentre sur l'expérience du sujet et sur le contexte social du problème clinique. L'EFC adopte une approche centrée sur la personne lors de l'évaluation culturelle en sollicitant des informations de la part de l'individu sur ses points de vue et sur ceux de son réseau social. Cette approche a été conçue pour éviter de stéréotyper en faisant ressortir comment le savoir culturel de chaque sujet affecte sa manière d'interpréter l'expérience de la maladie et de chercher de l'aide. Comme l'EFC explore les points de vue personnels de la personne, il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses aux questions. L'entretien suit ci-après et il est accessible sur internet à l'adresse www.psychiatry.org/dsm5.

L'EFC est mis en page en deux colonnes de texte. La colonne de gauche contient les instructions pour la passation de l'EFC et décrit les buts pour chaque domaine de l'entretien. Les questions dans la colonne de droite illustrent comment explorer ces domaines mais elles ne sont pas exhaustives. Des questions complémentaires peuvent être nécessaires pour clarifier les réponses d'un sujet. Les questions peuvent être reformulées selon les besoins. L'EFC est censé être un guide pour l'évaluation culturelle et devrait être utilisé de manière flexible pour maintenir un rythme de l'entretien et un lien avec le sujet naturels.

Il est avantageux d'utiliser l'EFC en se fondant sur l'information démographique obtenue avant l'entretien pour pouvoir adapter les questions de l'EFC afin qu'elles visent l'origine et la situation actuelle du sujet. En fonction du cadre et de l'individu, les domaines démographiques spécifiques devant être explorés peuvent être variables. Une évaluation détaillée est susceptible d'inclure le lieu de naissance, l'âge, le genre, l'origine raciale/ethnique, le statut matrimonial, la composition de la famille, l'éducation, la maîtrise des langues parlées, l'orientation sexuelle, l'affiliation religieuse ou spirituelle, la profession, l'emploi, le salaire et l'histoire de la migration.

L'EFC peut être utilisé lors de l'évaluation initiale du sujet dans tous les cadres cliniques sans tenir compte de l'origine culturelle de l'individu ou du clinicien. Sujets et cliniciens qui semblent partager la même origine culturelle peuvent malgré cela être différents d'une façon qui peut affecter les soins. L'EFC peut être utilisé entièrement ou ses composantes peuvent être intégrées dans une évaluation clinique selon les besoins. L'EFC peut être particulièrement aidant face à :

- une difficulté dans l'évaluation diagnostique à cause de différences significatives entre le clinicien et le sujet concernant les origines culturelles, religieuses ou socioéconomiques ;

- un doute concernant la correspondance entre des symptômes culturellement distincts et les critères diagnostiques ;
- une difficulté pour estimer la sévérité de la maladie et l'altération ;
- une mésentente entre le sujet et le clinicien concernant l'évolution des soins ;
- une limitation de l'engagement et de l'adhésion aux traitements de la part du sujet.

L'EFC souligne quatre domaines d'évaluation : définition culturelle du problème (questions 1 à 3), perceptions culturelles de la cause, du contexte et du soutien (questions 4 à 10), facteurs culturels affectant les ressources internes pour faire face⁴ et la recherche d'aide dans le passé (questions 11 à 13) et facteurs culturels affectant la recherche d'aide actuelle (questions 14 à 16). Aussi bien le processus centré sur la personne pendant l'EFC que l'information qu'il apporte visent à améliorer la validité culturelle de l'évaluation diagnostique, à faciliter les projets de soins et à promouvoir l'engagement et la satisfaction du sujet. Pour atteindre ces objectifs, les informations obtenues lors de l'EFC doivent être intégrées avec tout autre matériel clinique disponible dans une évaluation clinique et contextuelle complète. Une version « informant » de l'EFC peut être utilisée auprès de la famille ou des proches pour obtenir des informations collatérales.

Des modules supplémentaires ont été développés qui élargissent chaque domaine de l'EFC et guident les cliniciens qui souhaitent explorer ces domaines en profondeur. Des modules supplémentaires ont également été développés pour des populations spécifiques telles que les enfants et adolescents, les personnes âgées, les immigrés et réfugiés. Ces modules supplémentaires sont référencés dans l'EFC sous les titres des sous-chapitres en question et ils sont accessibles sur internet sur www.psychiatry.org/dsm5.

Entretien de formulation culturelle (EFC)

Les modules supplémentaires utilisés pour élargir chaque sous-thème sont notés entre parenthèses.

GUIDE POUR L'EXAMINATEUR

Les questions suivantes ont pour but de clarifier les aspects clés du problème clinique principal du point de vue du sujet et d'autres membres de son réseau social (p. ex. famille, amis ou d'autres impliqués dans le problème actuel). Cela inclut la signification du problème, les sources potentielles d'aide et les attentes par rapport aux propositions thérapeutiques.

LES INSTRUCTIONS POUR L'EXAMINATEUR SONT EN ITALIQUES.

INTRODUCTION POUR LE SUJET :

J'aimerais bien comprendre les problèmes qui vous ont amené ici pour que je puisse vous aider de manière plus efficace. Je voudrais connaître **vos** expériences et idées. Je vous poserai quelques questions sur ce qui se passe et comment vous le gérez. Souvenez-vous qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

DÉFINITION CULTURELLE DU PROBLÈME

DÉFINITION CULTURELLE DU PROBLÈME

(Modèle explicatif, niveau de fonctionnement)

Sollicitez le point de vue du sujet concernant les problèmes centraux et les préoccupations principales.

Concentrez-vous sur la manière propre au sujet de comprendre le problème. Utilisez le terme, l'expression ou la description brève obtenue à la question 1 pour parler du problème dans les questions suivantes (p. ex. « le conflit avec votre fils »).

1. Qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui ?
SI LE SUJET DONNE PEU DE DÉTAILS OU NE PARLE QUE DES SYMPTÔMES OU D'UN DIAGNOSTIC MÉDICAL, RELANCEZ :
Souvent les gens comprennent leur problème à leur façon, parfois c'est proche parfois c'est différent de la manière des médecins de décrire le problème. Comment décririez-vous votre problème ?

4. NDT. Traduction de *self-coping*.

Entretien de formulation culturelle (EFC) (suite)

Les modules supplémentaires utilisés pour élargir chaque sous-thème sont notés entre parenthèses.

GUIDE POUR L'EXAMINATEUR	LES INSTRUCTIONS POUR L'EXAMINATEUR SONT EN <i>ITALIQUES</i> .
<i>Demandez comment le sujet parle du problème aux membres du réseau social.</i>	2. Parfois les gens ont des manières différentes de parler de leur problème à la famille, aux amis ou à d'autres dans leur communauté. Comment leur décririez-vous votre problème ?
<i>Concentrez-vous sur les aspects du problème qui sont les plus importants pour le sujet.</i>	3. Qu'est-ce qui vous inquiète le plus par rapport à votre problème ?

PERCEPTIONS CULTURELLES DE LA CAUSE, DU CONTEXTE ET DU SOUTIEN

CAUSES

(Modèle explicatif, réseau social, personnes âgées)

Cette question concerne la signification de l'état pour le sujet, ce qui peut avoir une importance pour les soins.

Notez que les sujets peuvent identifier plusieurs causes en fonction de l'aspect du problème qu'ils prennent en considération.

Concentrez-vous sur les points de vue des membres du réseau social du sujet. Ils peuvent être divers et différents de ceux du sujet.

4. Pourquoi pensez-vous cela vous arrive ? Quelles sont à votre avis les causes de votre [PROBLÈME] ?

RELANCEZ SI BESOIN :

Certaines personnes expliquent leur problème comme le résultat de choses mauvaises qui se passent dans leur vie, de problèmes avec les autres, d'une maladie somatique, d'une raison spirituelle ou de nombreuses autres causes.

5. Selon votre famille, vos amis ou d'autres dans votre communauté, quelle est la cause de votre [PROBLÈME] ?

FACTEURS DE STRESS ET SOUTIEN

(Réseau social, soignants, facteurs de stress psychosocial, religion et spiritualité, immigrés et réfugiés, identité culturelle, personnes âgées, capacité de faire face, recherche d'aide)

Sollicitez de l'information sur le contexte de vie du sujet en mettant l'accent sur ses ressources, le soutien social et la résilience. Recherchez aussi d'autres soutiens (p. ex. des collègues de travail, d'une participation religieuse ou spirituelle).

Concentrez-vous sur les aspects stressants de l'environnement du sujet. Recherchez aussi, p. ex. des problèmes relationnels, des difficultés au travail ou à l'école ou de la discrimination.

6. Est-ce qu'il y a des formes de soutien qui améliorent votre [PROBLÈME], tel que le soutien de votre famille, d'amis ou d'autres ?

7. Est-ce qu'il y a des facteurs de stress qui empirent votre [PROBLÈME] tels que des soucis d'argent ou des problèmes familiaux ?

Entretien de formulation culturelle (EFC) (suite)

Les modules supplémentaires utilisés pour élargir chaque sous-thème sont notés entre parenthèses.

GUIDE POUR L'EXAMINATEUR
**LES INSTRUCTIONS POUR L'EXAMINATEUR
SONT EN *ITALIQUES*.**

RÔLE DE L'IDENTITÉ CULTURELLE

(Identité culturelle, facteurs de stress psychosocial, religion et spiritualité, immigrés et réfugiés, personnes âgées, enfants et adolescents)

Demandez au sujet de réfléchir aux éléments les plus marquants de son identité culturelle. Utilisez cette information pour adapter les questions 9 et 10 selon les besoins.

Sollicitez des aspects de l'identité qui améliorent ou empirent le problème. Relancez si besoin (p. ex. détérioration clinique suite à une discrimination liée au statut migratoire, à la race/l'ethnicité ou à l'orientation sexuelle).

Relancez si besoin (p. ex. problèmes liés à la migration, aux conflits transgénérationnels ou aux rôles de genre).

Parfois des aspects des origines ou de l'identité des gens peuvent améliorer ou rendre plus difficile leur [PROBLÈME]. Quand je parle d'*origine* ou d'*identité*, je pense à la communauté à laquelle vous appartenez, aux langues que vous parlez, au lieu d'où vous et votre famille venez, à votre race ou origine ethnique, à votre orientation sexuelle ou de genre, ou à votre foi ou religion.

8. Pour vous, quels sont les aspects les plus importants de votre origine ou de votre identité ?
9. Est-ce qu'il y a des aspects de votre origine ou identité qui ont une influence sur votre [PROBLÈME] ?
10. Est-ce qu'il y a des aspects de votre origine ou identité qui sont source de préoccupations ou de problèmes supplémentaires pour vous ?

**FACTEURS CULTURELS AFFECTANT LES RESSOURCES INTERNES POUR FAIRE FACE
ET LA RECHERCHE D'AIDE DANS LE PASSÉ**
RESSOURCES INTERNES POUR FAIRE FACE

(Capacité de faire face et recherche d'aide, religion et spiritualité, personnes âgées, soignants, facteurs de stress psychosocial)

Clarifiez les ressources internes pour faire face concernant le problème.

11. Parfois les gens ont des manières différentes pour gérer des problèmes tels que votre [PROBLÈME]. Qu'est-ce que vous avez entrepris pour vous aider vous-même avec votre [PROBLÈME] ?

Entretien de formulation culturelle (EFC) (suite)

Les modules supplémentaires utilisés pour élargir chaque sous-thème sont notés entre parenthèses.

GUIDE POUR L'EXAMINATEUR
**LES INSTRUCTIONS POUR L'EXAMINATEUR
SONT EN ITALIQUES.**

RECHERCHE D'AIDE DANS LE PASSÉ

(Capacité de faire face et recherche d'aide, religion et spiritualité, personnes âgées, soignants, facteurs de stress psychosocial, immigrés et réfugiés, réseau social, relation clinicien – patient)

*Sollicitez différentes sources d'aide (p. ex. soins médicaux, traitement de santé mentale, groupes de soutien, conseil dans le cadre du travail, soins populaires, conseils religieux et spirituels, autres formes de médecine traditionnelle ou alternative).
Relancez si besoin (p. ex. « Quelles autres sources d'aide avez-vous utilisées ? »).
Clarifiez l'expérience du sujet et sa considération pour l'aide précédemment reçue.*

12. Souvent les gens cherchent de l'aide auprès de différentes sources y compris différentes sortes de médecins, aidants ou guérisseurs. Dans le passé, quels types de traitement, d'aide, de conseil ou de soins avez-vous recherchés pour votre [PROBLÈME] ?

RELANCEZ SI L'UTILITÉ DE L'AIDE REÇUE N'EST PAS DÉCRITE :

Quels types d'aide ou de traitement ont été les plus utiles ? Le moins utiles ?

BARRIÈRES

(Capacité de faire face et recherche d'aide, religion et spiritualité, personnes âgées, facteurs de stress psychosocial, immigrés et réfugiés, réseau social, relation clinicien – patient)

*Clarifiez le rôle des barrières sociales à la recherche d'aide, à l'accès aux soins et des problèmes à s'engager dans un traitement antérieur.
Relancez les détails en fonction des besoins (p. ex. « Qu'est-ce qui s'est mis en travers du chemin ? »).*

13. Est-ce que quelque chose vous a empêché d'obtenir l'aide dont vous avez besoin ?
RELANCEZ SI BESOIN :
Par exemple, l'argent, des engagements envers la famille ou le travail, la stigmatisation ou la discrimination, ou le manque d'offres de soins adaptées à votre langue et votre origine ?

FACTEURS CULTURELS AFFECTANT LA RECHERCHE D'AIDE ACTUELLE
PRÉFÉRENCES

(Réseau social, soignants, religion et spiritualité, personnes âgées, capacité de faire face et recherche d'aide)

Clarifiez les besoins du sujet perçus actuellement et ses attentes d'aide, définis de manière large.

Parlons un peu plus de l'aide dont vous avez besoin.

Relancez si le sujet ne cite qu'une source d'aide (p. ex. « Quels autres types d'aide pourraient être utiles pour vous actuellement ? »)

14. Quels types d'aide selon vous seraient actuellement pour vous les plus utiles concernant votre [PROBLÈME] ?

Concentrez-vous sur les points de vue du réseau social concernant la recherche d'aide.

15. Y a-t-il d'autres types d'aide que votre famille, vos amis ou d'autres personnes vous ont suggérés comme étant utiles pour vous maintenant ?

Entretien de formulation culturelle (EFC) (suite)

Les modules supplémentaires utilisés pour élargir chaque sous-thème sont notés entre parenthèses.

GUIDE POUR L'EXAMINATEUR
**LES INSTRUCTIONS POUR L'EXAMINATEUR
SONT EN ITALIQUES.**

RELATION CLINICIEN – PATIENT

(Relation clinicien – patient, personnes âgées)

Sollicitez des préoccupations concernant le lieu des soins ou la relation clinicien – patient, y compris le racisme perçu, les barrières de la langue ou des différences culturelles qui peuvent miner la bonne volonté, la communication ou la proposition des soins.

Relancez les détails en fonction des besoins (p. ex. « De quelle façon ? »).

Questionnez les barrières aux soins potentielles ou les préoccupations concernant le lieu des soins ou la relation clinicien – patient évoquées précédemment.

Parfois il existe des malentendus entre les médecins et les patients parce qu'ils viennent d'origines différentes ou ont des attentes différentes.

16. Est-ce que vous avez été préoccupé par cela et comment pouvons-nous faire pour vous proposer les soins dont vous avez besoin ?

Entretien de formulation culturelle⁵ – Version de l'informant

La version de l'informant de l'EFC recueille de l'information collatérale d'un tiers qui connaît les problèmes cliniques et les circonstances de vie du sujet identifié. Cette version peut être utilisée pour compléter l'information obtenue de l'EFC principal ou à sa place quand le sujet n'est pas en état de donner des informations – comme cela peut être le cas, par exemple, pour les enfants et adolescents, pour des sujets présentant une psychose floride ou des personnes avec un handicap intellectuel.

Entretien de formulation culturelle (EFC) – Version de l'informant

GUIDE POUR L'EXAMINATEUR
**LES INSTRUCTIONS POUR
L'EXAMINATEUR SONT EN ITALIQUES**

Les questions suivantes ont pour but de clarifier les aspects clés du problème clinique principal du point de vue de l'informant. Cela inclut la signification du problème, les sources potentielles d'aide et les attentes par rapport aux propositions thérapeutiques.

INTRODUCTION POUR L'INFORMANT :
J'aimerais bien comprendre les problèmes qui ont amené le membre de votre famille/votre ami ici pour que je puisse vous/l'aider de manière plus efficace. Je voudrais connaître vos expériences et idées. Je vous poserai quelques questions sur ce qui se passe et comment vous et le membre de votre famille/votre ami le gérez. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

5. NDT. Traduction de *Cultural Formulation Interview* (CFI).

Exemples d'outil aide-mémoire

Psychoéducation du gardien.ne : Dépression

Objectifs :

- discuter du but et du déroulement des séances; y compris les travaux pratiques, l'assiduité/présence* régulière et des résumés de fin de séance
- explorer la façon dont le/la fournisseur.euse de soins comprend les raisons pour lesquelles l'enfant suit un traitement et l'encadrer en lui enseignant que nous pouvons faire certaines choses pour contrôler notre humeur
- introduire le concept général selon lequel nous pouvons contrôler nos sentiments à partir de: (a) comment nous agissons et / ou (b) comment nous pensons
- discuter des causes et des «symptômes» associés à se sentir bien et mal pour l'enfant

Étapes :

1. Normaliser les sentiments de dépression	Déclarez que vous allez parler de la dépression de l'enfant aujourd'hui. Faites remarquer que tout le monde - les enfants et les fournisseurs.euses de soins – expérience des moments où il/elle se sent mal, triste, cafardeux.euse, grognon.ne, etc. Ajoutez qu'il est normal qu'un enfant se sente parfois mal, mais que nous ne voulons pas qu'un enfant reste «bloqué» dans ces mauvais sentiments.
2. Discuter des facteurs contribuant à la dépression	Discutez des facteurs (par exemple, émotions, comportement, cognitions, systèmes sociaux, etc.) contribuant à la dépression et comment ces facteurs interagissent et contribuent au maintien des difficultés de l'enfant. Vous pouvez examiner la manière dont les craintes sociales sont liées aux mauvaises relations entre pairs, aux pensées négatives de soi et à l'isolement social, contribuant ainsi au maintien de la dépression.
3. En apprendre davantage au sujet des sentiments de l'enfant	Par la suite, vous devez vous renseigner au sujet du point de vue de la personne soignante/fournisseuse sur les sentiments négatifs de l'enfant. Essayez de peindre une image individualisée du schéma distinctif de dépression de l'enfant : <ul style="list-style-type: none">• Les déclencheurs qui provoquent des sentiments positifs ou négatifs• La réponse physiologique à de tels sentiments (par exemple, augmentation ou diminution du niveau d'énergie)• L'apparence extérieure qui accompagne les sentiments (par exemple, yeux baissés, corps affaissé)• Les pensées qui accompagnent les sentiments (par exemple, « Je suis un vaurien » vs. « Le monde est nul »)• Les comportements manifestés (par exemple, bavard.e et chercher à connecter avec autrui vs. calme et retiré.e)
4. Discuter des compétences	Informez la personne soignante/fournisseuse de soins que, pour changer l'humeur de l'enfant, nous pouvons nous concentrer sur certaines compétences qui impliquent <ul style="list-style-type: none">• La façon dont il/elle se comporte• La façon dont il/elle pense aux choses, ou• Les deux types de compétences Faites une distinction entre les manières de faire face qui impliquent ce que nous faisons et les manières de faire face qui impliquent un changement à notre façon de penser.
5. Expliquer le concept de renforcement des compétences	Indiquez à la personne qui s'occupe de l'enfant qu'une grande partie du traitement de la dépression impliquera d'enseigner à l'enfant de nouvelles compétences conçues pour améliorer l'humeur positive. Toutes les compétences n'aident pas tous les enfants, mais l'idée est de donner à celui-ci suffisamment d'outils pour lui permettre de choisir entre de nombreuses options s'il est triste ou irritable.
6. Établir la structure et séquence du traitement	Discutez de la manière dont ces compétences seront apprises, c'est-à-dire, lors de la pratique et de la répétition (par exemple, jeux de rôles, pratiquer des nouvelles compétences à la maison) et du fait qu'une assiduité est essentielle, car l'enfant aura besoin de rétroactions sur sa performance et d'apprendre plus d'une ou deux compétences afin de se sentir mieux.

7. Clarifier les objectifs	Assurez-vous que la personne soignante comprend bien ce qui est attendu du traitement et clarifiez ce qui a motivé le traitement de l'enfant. Élaborez un plan spécifiant comment les compétences à acquérir seront utilisées comme stratégie pour atteindre ces objectifs.
8. Introduire l'idée de surveillance	Dites à la personne soignante que lors de la pratique des nouvelles compétences à la maison, elle peut écrire ou aider l'enfant à écrire des choses par rapport à la tâche en pratique et les sentiments qu'expérience l'enfant avant et après la pratique. Ceci servira à identifier les types de choses qui contribuent de manière fiable à l'augmentation des sentiments positifs.

Conseils utiles :

- Rappelez-vous de les félicitez souvent
- Rappelez-vous de réviser souvent en posant des questions
- Informez les fournisseurs.euses de soins, les enseignants et les autres adultes qui pourraient être impliqués
- Simplifiez ces étapes au besoin
- Ce matériel peut être traité sur plus d'une séance/rencontre

Référence :

Chorpita, B. F., & Weisz, J. R. (2009). Modular approach to therapy for children with anxiety, depression, trauma, or conduct problems (MATCH-ADTC).

Exemples d'analogies pour mieux comprendre les troubles de la santé mentale

Anxiété :

Alarme incendie : L'anxiété est comparable à une alarme incendie. L'alarme incendie sert à signaler la présence d'un danger (un feu), elle est donc en soit une bonne chose puisqu'elle permet l'individu de réagir afin de rester en sécurité (quitter le lieu où il pourrait avoir un incendie). Cependant, l'alarme qui se déclenche à répétition même en l'absence de danger (par exemple, lorsque quelqu'un se sert du four) est ennuyeuse et peut empêcher l'individu d'avoir du plaisir. Une alarme incendie qui est défectueuse continuera de sonner jusqu'à ce que les piles s'épuisent. De la même manière, l'anxiété de l'individu ne cessera pas jusqu'à ce que l'individu mette fin aux comportements d'évitement et au lieu confronte la source de l'anxiété.

Dépression :

Lunettes fumées : La dépression est comparable à porter des lunettes couvertes d'une peinture noire. L'information que la personne reçoit de son environnement traverse les lentilles de ses lunettes et sont perçus de manière sombre et négative. L'objectif du traitement est d'aider l'individu à évaluer leurs pensées et gratter cette peinture noire afin d'arriver à retrouver une perspective plus claire. C'est lunettes fumées ou peintes sont aussi portées à l'intérieur de l'individu et influence ses sentiments de fatigue, de solitude, d'apathie, de douleur, etc.

Références :

Emmerson, C. (2016, February 11). My Anxiety Alarm Worksheet for Kids. Retrieved from <https://counselortoolkit.wordpress.com/2015/10/06/my-anxiety-alarm/>

Killick, S., Curry, V., & Myles, P. (2016). The mighty metaphor: a collection of therapists' favourite metaphors and analogies. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 9.

Le processus de deuil

Deuil : La réaction émotionnelle naturelle résultant d'une perte importante, particulièrement la mort d'un être cher.

Chacun.e aborde le deuil différemment. Certain.e.s pleurent, rient, se préoccupe de leur travail, vomissent ou se sentent même engourdis. Certain.e.s s'en remettent rapidement, tandis que d'autres prennent leur temps. Le deuil est un processus naturel de guérison, et il n'y a pas de "bonne" façon d'y procéder.

Pour certaines personnes, le deuil peut devenir trop douloureux. Il peut se transformer en tout autre chose, comme la dépression ou l'anxiété. D'autres fois, le deuil peut durer trop longtemps et prendre le dessus sur la vie d'un individu pendant des années. C'est ce qu'on appelle le **deuil complexe**.

Faits à retenir :

- La définition d'un deuil « normal » varie énormément, selon la culture, les personnes et les situations;
- Le deuil est un processus naturel et ne requiert pas toujours un traitement;
- Le deuil complexe est traitable à l'aide de la psychothérapie.

Détente musculaire progressive : Étapes à suivre

Procédure générale :

1. Inspirez et tendez un groupe musculaire (par exemple, les mains et les avant-bras) pendant 5 à 10 secondes. Tendez vos muscles à fond, mais pas au point de ressentir une douleur ou des crampes.
2. Expirez, et relâchez soudainement (pas progressivement) et complètement les muscles.
3. Détendez-vous pendant 10 à 20 secondes. Remarquez la différence entre la sensation des muscles lorsqu'ils sont tendus et lorsqu'ils sont détendus.
4. Travailler le groupe musculaire suivant.
5. Lorsque vous avez terminé tous les groupes musculaires, prenez un moment afin de ramener votre attention au moment présent comptez à rebours de 5 à 1 pour ramener votre attention au présent.

Note : Tenter de travailler les groupes musculaires en ordre, par exemple, de la tête au pieds ou des pieds à la tête.

Description des parties du corps et faire :

Front : Froncer les sourcils.

Yeux : Fermer les yeux aussi serrer que possible.

Bouche : Ouvrez la bouche assez largement pour étirer les muscles de votre mâchoire.

Cou et épaules : Lever les épaules jusqu'à vos oreilles.

Poitrine : Resserer la poitrine en prenant une grande respiration.

Ventre/estomac : Aspirer votre ventre/estomac.

Bras : Resserrez vos biceps en tirant vos avant-bras vers vos épaules.

Main : Serrez les poings.

Fesses/hanches : Serrer les fesses ensemble.

Cuisses : Serrez-les fortement.

Jambes inférieures : Pointez vos orteils vers le bas tout en les courbant vers le bas.

Référence :

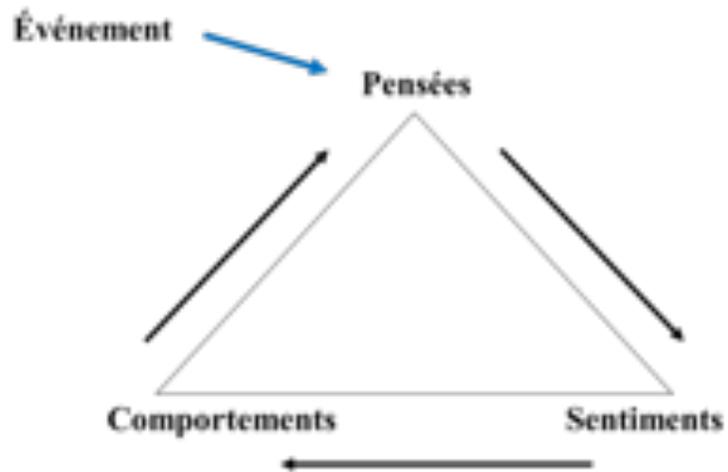
How to do Progressive Muscle Relaxation. (2019, April 17). Retrieved from <https://www.anxietycanada.com/articles/how-to-do-progressive-muscle-relaxation/>

Ambardekar, N. (2020, January 24). Progressive Muscle Relaxation (PMR) Technique for Stress & Insomnia. Retrieved from <https://www.webmd.com/sleep-disorders/muscle-relaxation-for-stress-insomnia>

Stress Management: Doing Progressive Muscle Relaxation. (2018, June 28). Retrieved from <https://www.healthlinkbc.ca/health-topics/uz2225>

Triangle cognitif

Nos pensées affectent nos sentiments et notre façon d'agir. Lorsque quelque chose se produit, nous y pensons. Ces pensées affectent nos sentiments et nos actions.



Considérez vos pensées et comment celles-ci vous font agir.

Référence :

Hendricks, A., Kliethermes, M., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (n.d.). Dealing with Trauma: A TF-CBT Workbook for Teens. PDF. Repéré en mars 2020 via <https://tfcbt.org/wp-content/uploads/2019/02/Revised-Dealing-with-Trauma-TF-CBTWorkbook-for-Teens-.pdf>

Schéma de l'impact des rappels traumatiques sur les sentiments et les comportements



Référence :

Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2013, September). Trauma-Focused Cognitive Therapy in Residential Treatment Facilities: An Implementation Manual. PDF. Repéré en janvier 2020, via <https://fcbt.org/wp-content/uploads/2018/05/RTE-Implementation-Manual-09-09-13-FINAL.pdf>

Enfants : Jeux d'identification de pensées, sentiments et actions

Ce jeu t'apprendra la différence entre les pensées, les sentiments et les actions.

Mets un **P** à côté des items qui sont des **pensées**.

Mets un **S** à côté des items qui sont des **sentiments**.

Mets une **A** à côté des items qui sont des **actions**.

Joyeux/se

Chanter

Courir

Elle est en colère contre moi

Je suis intelligent.e!

Manger

Frapper

Prendre une marche

Ils ne m'aiment pas

Être excité

Triste

Je m'en sortirai

Jouer

Avoir peur

Fâché

Prendre une grande respiration

Je peux y arriver!

Sautiller sur un pied

C'est ma faute

Courageux/se

Inquiet/ète

Parler à un.e copin.e

Se cacher

Sûr/en sécurité

Pleurer

Référence :

Hendricks, A., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (n.d.). Your Very Own TF-CBT Workbook. PDF. Repéré en mars 2020 via <https://tfcbt.org/wp-content/uploads/2014/07/Your-Very-Own-TF-CBT-Workbook-Final.pdf>

Parents : Reconnaître les signes de détresse/dérégulation émotionnelle chez l'enfant

Quelques éléments à prendre en compte pour détecter les signes précoces :

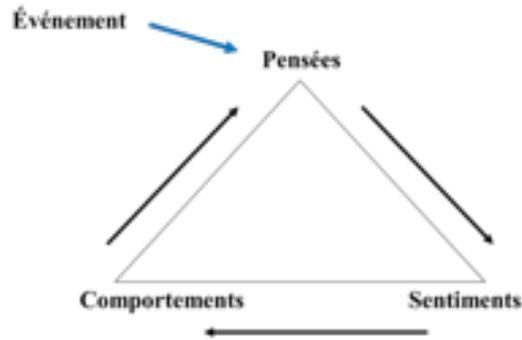
- Les rappels traumatiques qui pourraient déclencher des sentiments et des comportements négatifs;
- Changements dans l'expression faciale ou le langage corporel suggérant une détresse accrue;
- Changements dans l'expression verbale suggérant la détresse : augmentation du volume, changement de ton, irritabilité accrue, intensification de la dispute, etc.;
- Changements dans le niveau d'agitation physique, par exemple, augmentation du tremblement des extrémités, gigotement, tapotement des pieds ou des doigts, etc.;
- Visage en colère, lèvres ou poings serrés, marmonnements, roulement des yeux ou yeux plissés;
- Demandes d'attention de figures d'autorité et piétinement lorsque les demandes ne sont pas accordées;
- Augmentation des comportements silencieux, du retrait, des sautes d'humeur, sembler être plus déconnecter, parler à soi-même, sembler plus confus.e, dissociatif/ve ou psychotique qu'auparavant;

Référence :

Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2013, September). Trauma-Focused Cognitive Therapy in Residential Treatment Facilities: An Implementation Manual. PDF. Repéré en janvier 2020, via <https://tfcbt.org/wp-content/uploads/2018/05/RTE-Implementation-Manual-09-09-13-FINAL.pdf>

Modèle de journal quotidien

Examinons vos pensées et la façon dont elles vous font ressentir et agir. Faites la liste d'événements différents qui se sont produits aujourd'hui (ou récemment), des pensées qui les ont accompagnées, de la façon dont ces dernières vous ont fait ressentir et de ce que vous avez fait.



Événement → Pensées → Sentiments → Comportements

Ce qui s'est produit	Ce que je me suis dit	Ce que j'ai ressenti	Ce que j'ai fait

Référence :

Hendricks, A., Kliethermes, M., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (n.d.). Dealing with Trauma: A TF-CBT Workbook for Teens. PDF. Repéré en mars 2020 via <https://tfcbt.org/wp-content/uploads/2019/02/Revised-Dealing-with-Trauma-TF-CBTWorkbook-for-Teens-.pdf>

Parents : aider l'enfant à réduire l'intensité de ses sentiments

Une fois que l'enfant a reconnu ses sentiments, vous avez déjà commencé à désamorcer la situation. Cependant, il ne faut pas prendre pour acquis que l'enfant n'adoptera pas un comportement hors contrôle. À ce stade, il est essentiel d'aider l'enfant à utiliser ses compétences de régulation émotionnelle pour "baisser le volume" de ses sentiments afin d'éviter toute intensification. À ce stade, vous pouvez:

Modéliser les compétences de régulation émotionnelle :

Continuez à garder votre voix calme. Parlez lentement et doucement, même si l'enfant crie. Augmenter le volume de votre voix ne l'aidera pas à se calmer. Augmenter le volume de votre voix ne fera que l'énerver davantage et aggraver la situation. Ne réprimandez pas l'enfant pour avoir juré. C'est le moment de modéliser la régulation émotionnelle, et non pas d'établir votre autorité.

Offrir des options de régulation émotionnelle :

Proposez à l'enfant des options d'options de régulation émotionnelle, par exemple, offrez-lui/elle des options de distraction comme lui demander s'il/elle aimerait jouer à un jeu avec vous, aller dans un endroit calme et parler avec vous, faire une promenade, ou s'il y a une autre compétence de régulation émotionnelle de son répertoire qu'il/elle aimerait utiliser. Votre connaissance de l'enfant en question, de ses intérêts et de son humeur, ainsi que votre jugement intuitif de ce qui fonctionnera le mieux pour désamorcer une situation donnée, sont essentiels pour des résultats positifs.

Félicitez l'évitement d'intensification:

Une fois que l'enfant est capable de vous répondre calmement, félicitez-le pour avoir réussi à éviter une intensification accrue. Par exemple : *"Dieudonné, tu as fait un excellent travail en gardant ton calme même si tu es vraiment en colère. C'est difficile à faire et j'espère que tu en es vraiment fier"*.

Référence :

Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2013, September). Trauma-Focused Cognitive Therapy in Residential Treatment Facilities: An Implementation Manual. PDF. Repéré en janvier 2020, via <https://tfcbt.org/wp-content/uploads/2018/05/RTE-Implementation-Manual-09-09-13-FINAL.pdf>

Exemples des questions et de sentiments à aborder à la suite du partage du récit narratif

Vos pensées liées aux traumatismes affectent vos sentiments et vos actions et peuvent avoir un impact sur d'autres domaines de votre vie. Ces pensées peuvent vous aider à vous sentir mieux plus rapidement ou vous empêcher de vous sentir bien. Examinons quelques-unes de vos pensées liées aux traumatismes. Vous avez peut-être inclus certaines de vos pensées et de vos sentiments dans votre récit narratif et vous pouvez en parler avec votre thérapeute. Vous trouverez ci-dessous une liste de questions et de pensées que les personnes ont souvent après un événement traumatisant. Vous et votre thérapeute pouvez choisir les questions dont vous allez discuter et vous pouvez ajouter vos propres questions ou pensées à la fin de la liste. Pour chaque question, vous pouvez écrire vos réponses ou en discuter avec votre thérapeute. En identifiant vos pensées liées aux traumatismes, vous et votre thérapeute pouvez également parler des sentiments et des comportements qui y sont liés. Si l'une de ces pensées est fausse et/ou inutile (vous pouvez examiner les preuves si vous n'êtes pas sûr), vous et votre thérapeute pouvez explorer d'autres pensées qui sont plus précises et/ou plus utiles pour vous. Vous pouvez utiliser ces questions pour créer un outil résumant ce qui a été appris en thérapie.

1. Pourquoi cela m'est-il arrivé?
2. Qui est responsable du/des traumatismes?
3. Comment les traumatismes m'affecteront-ils à l'avenir?
4. Comment les traumatismes ont-ils affecté ma famille/mes relations interpersonnelles?
5. Comment le traumatisme a-t-il affecté ma sécurité et ma capacité à me sentir en sécurité?
6. Quel a été l'impact du traumatisme sur ma capacité à faire confiance et/ou à me rapprocher d'autrui?
7. Depuis les traumatismes, ma vision du monde a changé des manières suivantes :
8. Depuis les traumatismes, ma vision de moi-même a changé des manières suivantes :
9. Depuis que je suis en thérapie, j'ai appris les choses suivantes sur moi-même :
10. Venir en thérapie m'a aidé des manières suivantes :
11. Si j'avais un.e ami.e qui avait subi un traumatisme semblable, je lui donnerais les conseils suivants :
12. Si mon ami.e pensait qu'il serait trop difficile de parler des traumatismes, je le lui dirais :
 - a. _____
 - b. _____
 - c. _____

Référence :

Hendricks, A., Kliethermes, M., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (n.d.). Dealing with Trauma: A TF-CBT Workbook for Teens. PDF. Repéré en mars 2020 via <https://fcbt.org/wp-content/uploads/2019/02/Revised-Dealing-with-Trauma-TF-CBTWorkbook-for-Teens-.pdf>

Analogie d'une mauvaise chanson

Il arrive parfois qu'on pense sans cesse à quelque chose de mauvais (comme une chanson qu'on n'aime pas, mais qui nous reste pris en tête). On peut appeler ça une *mauvaise chanson*, parce qu'elle peut nous faire sentir vraiment mal! Par contre, savais-tu que tu as le pouvoir d'arrêter cette mauvaise chanson? Il s'agit tout simplement de remarquer la mauvaise chanson lorsqu'elle joue dans ta tête et d'appuyer sur **STOP!** Tu peux aussi dire : « STOP! Va-t'en mauvaise chanson! » et ensuite la remplacer par une chanson plus joyeuse.

Comment se déroule ta *mauvaise chanson*? Décris ta *mauvaise chanson* en mots ou à l'aide de dessins.

Comment se déroule ta *chanson joyeuse*? Décris ta *chanson joyeuse* en mots ou à l'aide de dessins.

Essayons ensemble! Chante ta *mauvaise chanson* dans ta tête. Quand je dirai STOP, chante ta *chanson joyeuse* au lieu.

Référence :

Hendricks, A., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (n.d.). Your Very Own TF-CBT Workbook. PDF. Repéré en mars 2020 via <https://tfcbt.org/wp-content/uploads/2014/07/Your-Very-Own-TF-CBT-Workbook-Final.pdf>

Exemples de distorsion cognitives

Parfois nous avons des pensées qui ne sont pas tout à fait justes et/ou utiles. Si dessous vous trouverez la description de différents types de pensées problématiques. Parmi la liste, identifiez les pensées problématiques que vous avez eu récemment, comment vous vous êtes senti et comment vous avez agi.

Filtrer	Amplification des détails négatif. La personne s'attarde aux détails négatifs et perd de vue les aspects positifs. Par exemple, « Rien ne marche jamais pour moi. », « Je ne me sentirai plus jamais bien. »
La pensée « tout ou rien »	Penser de façon polariser, rigide et sans juste milieu. Par exemple, « J'ai fait une gaffe, alors ma journée est ruinée. », « J'ai obtenu, 90% à l'examen. Ce n'est pas 100%, donc je suis nulle. »
Surgénéralisation	Former des conclusions générales à la suite d'un seul événement. Avoir l'attente qu'un événement se reproduise à répétition par ce qu'il s'est produit une fois. Par exemple, « Le COVID-19 a causé la mort de mes grands-parents, ce n'est qu'une question de temps avant qu'un virus quelconque cause la mort de d'autres proches. », « Ma mère est devenue malade après avoir été en contact avec moi. Partout où je vais, la mort me suit. Je dois désormais rester chez moi, même après l'épidémie, pour éviter la mort de d'autres proches. »
Les conclusions hâtives	Faire des inférences par rapport aux pensées et sentiment d'une autre personne. Ces conclusions hâtives peuvent prendre la forme de la <i>lecture des pensées</i> d'autrui, c'est-à-dire, inférer les pensées possibles d'une personne et réagir comme si elles étaient vraies (par exemple, penser : « Elle me hait. » et se comporter avec déconfort en présence de la personne en question). Ces pensées problématiques peuvent aussi prendre la forme d' <i>erreur de prévision</i> , c'est-à-dire, prendre pour fait le résultat attendu d'un événement (par exemple, penser : « Je n'arriverai jamais à rencontrer quelqu'un qui m'apporte autant de joie que mon défunt mari l'a fait » et se comporter de manière à réaliser cette prophétie.)
La dramatisation et la minimisation	Amplifier l'importance d'un événement insignifiant au point de le percevoir comme une catastrophe ou comme étant intolérable (Par exemple, penser : « Elle doit me détester, dans ce cas, je ne l'inviterai plus à diner » lorsque votre amie vous avise à la dernière minute qu'elle doit annuler vos plans pour le diner). À l'inverse, réduire l'importance d'un accomplissement ou autre occurrence positive à un événement insignifiant (Par exemple, penser : « Ce n'est rien d'important » lorsque vous graduez votre programme de scolarité).

La personnalisation	Croire être responsable d'événements fâcheux qui sont hors de son contrôle (Par exemple, penser : « Si j'avais été à l'heure, l'événement n'aurait pas été gâché pour tout le monde) ou encore, croire que ce que les autres disent et font est directement lié à soi-même (Par exemple, penser : « Il ne sort plus de chez lui, sans doute à cause de quelque chose que je lui ai dit »).
Blâme	Tenir autrui responsable de ses propres douleurs émotionnelles (Par exemple, penser : « Si je vie dans la noirceur aujourd'hui, c'est sa faute ») ou encore, se tenir soi-même responsable pour les émotions des autres (Par exemple, penser : « Mon enfant souffre faute de mes échecs en tant que parent »).
Fausse obligations	Attentes par rapport à ce qu'on devrait faire et ce que les autres devraient faire sans tenir compte des faits de la réalité. Se sentir fâcher, frustrer, rancunier.ère lorsque les gens n'adhère pas par ces règles dictant ce qui devrait être fait (Par exemple, penser : « Elle aurait dû être à mes côtés lorsque cet événement s'est produit! ») et se sentir coupable lorsque les règles ne sont pas suivi par soi-même (Par exemple, penser : « Je devrais chercher à reprendre contact avec les membres de ma famille »).
Étiquetage	S'apposer à soi ou à autrui une étiquette basée sur une ou deux qualités sans tenir compte du contexte où ses qualités ont émerger. Réduire soi-même ou autrui à ces qualités situationnelles (Par exemple, penser : « J'ai gaffé, alors je suis idiot »; « C'est un vrai connard »)
Raisonnement émotionnelle	Assumer que les émotions ressentis correspondent à la réalité (Par exemple, se sentir nerveux.se et avoir peur en présence d'une nouvelle personne et se dire décidément que c'est une « mauvaise personne », alors qu'en réalité vous en connaissez très peu à son sujet).

Références :

- 10 distorsions cognitives qui entretiennent des émotions négatives. (2013, March 14). Retrieved from <http://www.psychomedia.qc.ca/psychologie-cognitive/2013-03-14/distorsions-cognitives-liste-definitions>
- Beck, A. T. (1976). Cognitive therapies and emotional disorders. New York: New American Library.
- Burns, D. D. (2012). Feeling good: The new mood therapy. New York: New American Library.
- Grohol, J. M. (2019, June 24). 15 Common Cognitive Distortions. Retrieved from <https://psychcentral.com/lib/15-common-cognitive-distortions/>
- Leahy, R.L. (2017). Cognitive Therapy Techniques, Second Edition: A Practitioner's Guide. New York: Guilford Press.
- McKay, M. & Fanning, P. (2016). Self-Esteem: A Proven Program of Cognitive Techniques for Assessing, Improving, and Maintaining Your Self-Esteem. New York: New Harbinger Publications.

Examiner les preuves

Lorsque vous vous sentez triste, en colère, ou stressé, quelles sont les pensées ou les images qui vous passent par la tête? Que vous dites-vous? Ce n'est pas parce que vous avez une pensée qu'il faut prendre pour acquis qu'elle est vraie ou que vous devez continuer de penser de cette façon. Vous pouvez examiner les preuves pour déterminer si 1) la pensée est vraie et 2) la pensée est utile. Faites-en exercice ci-dessous. Écrivez d'abord une pensée qui vous bouleverse et ensuite remplissez le tableau.

Pensée bouleversante :			
Preuves que la pensée est vraie	Preuves que la pensée est possiblement fausse	Preuves que la pensée vous est utile	Preuves que la pensée ne vous est pas utile

Réflexion :

Qu'avez-vous appris sur votre pensée? Si les preuves suggèrent que votre pensée n'est peut être pas vraie et/ou utile, pouvez-vous identifier un pensée qui serait plus vraie/utile?

--

Référence :

Hendricks, A., Kliethermes, M., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (n.d.). Dealing with Trauma: A TF-CBT Workbook for Teens. PDF. Repéré en mars 2020 via <https://tfcbt.org/wp-content/uploads/2019/02/Revised-Dealing-with-Trauma-TF-CBTWorkbook-for-Teens-.pdf>

Examiner les distorsions cognitives/pensées problématiques

Ceci est un exercice servant à examiner les impacts de vos pensées problématiques. Référez vous aux *Exemples de distorsions cognitives* en annexe pour identifier les types de pensées problématiques que vous avez eu récemment. Remplissez le tableau ci-dessous et discutez en avec votre thérapeute.

Pensée	Type de pensée problématique/ distorsion cognitive	Avez-vous aimé la façon dont les pensées vous ont fait ressentir?	Comment la situation a-t-elle évolué?	Pouvez-vous imaginer qu'elle se serait passée autrement?

Référence :

Hendricks, A., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (n.d.). Your Very Own TF-CBT Workbook. PDF. Repéré en mars 2020 via <https://tfcbt.org/wp-content/uploads/2014/07/Your-Very-Own-TF-CBT-Workbook-Final.pdf>

Auto-évaluation des signes et symptôme d'épuisement professionnel

- J'ai des troubles du sommeil, de l'alimentation ou de la concentration.
- Je m'isole de ma famille, de mes amis et de mes collègues.
- Je ne prends pas régulièrement les pauses prévues.
- J'aime moins mon travail que par le passé.
- Je me sens ennuyé.e, désintéressé.e ou facilement irrité.e.
- J'ai récemment connu des facteurs de stress dans ma vie tels que la maladie, une perte personnelle, des difficultés relationnelles, des problèmes financiers ou des ennuis juridiques.
- Je me sens émotionnellement épuisée ou vidée après avoir rencontré certain.e.s client.e.s.
- Je me retrouve à penser à être ailleurs quand je travaille avec des client.e.s.
- Je m'auto-médicamente, je néglige mes besoins personnels et je néglige ma santé.
- Je trouve mon travail moins enrichissant et gratifiant que par le passé.
- Je me sens souvent déprimé, anxieux.e ou agité.e.
- Je profite moins de la vie que par le passé.
- J'ai souvent des maux de tête et d'autres plaintes physiques.
- Je reste assis à fixer l'espace vide pendant des heures et je n'arrive pas me concentrer sur mon travail.

Référence :

Barnett, J. (2014, December). Distress, burnout, self-care, and the promotion of wellness for psychotherapists and trainees: Issues, implications, and recommendations. [Web article]. Retrieved from: <http://www.societyforpsychotherapy.org/distress-therapist-burnout-self-care-promotion-wellness-psychotherapists-trainees-issues-implications-recommendations>

Auto-évaluation des stratégies comportementales adaptatives

- Je prends régulièrement des pauses prévues.
- Je prends des vacances régulièrement et n'apporte pas de travail avec moi.
- J'ai des ami.e.s, des passes-temps/loisirs et des intérêts sans rapport avec le travail.
- Je fais régulièrement de l'exercice, j'ai une alimentation saine et je maintiens un poids approprié.
- Je limite mes heures de travail et ma charge de travail.
- Je participe à un groupe de soutien par les pairs, à une supervision clinique, à une psychothérapie personnelle et/ou à la tenue d'un journal comme stratégies préventives.
- Je nourris mon côté religieux et spirituel.
- Je participe régulièrement à des activités de détente (par exemple, méditation, lecture, musique).
- Je participe régulièrement à des activités que j'apprécie et que j'attends avec impatience.

Référence :

Barnett, J. (2014, December). Distress, burnout, self-care, and the promotion of wellness for psychotherapists and trainees: Issues, implications, and recommendations. [Web article]. Retrieved from: <http://www.societyforpsychotherapy.org/distress-therapist-burnout-self-care-promotion-wellness-psychotherapists-trainees-issues-implications-recommendations>

Auto-évaluation des stratégies maladaptatives

- Je m'auto-médicame avec de l'alcool, des drogues (y compris en vente libre et sur ordonnance) et de la nourriture.
- Je recherche un soutien émotionnel et des soins nourricier auprès de mes client.e.s.
- J'en prends toujours plus et j'essaie de me débrouiller.
- J'essaie d'intégrer davantage de tâches dans ma journée, d'en faire plus et de mesurer mon succès en fonction du nombre de tâches que je réalise et de ce que je peux accomplir en une journée.
- Je m'isole, j'évite mes collègues et je minimise l'importance du stress dans ma vie.
- Je sais que la détresse et la déficience sont pour les autres et je ne prends pas au sérieux les signes d'alerte que je ressens.
- Je crois que tout va bien se passer simplement parce que je l'ai dit!

Référence :

Barnett, J. (2014, December). Distress, burnout, self-care, and the promotion of wellness for psychotherapists and trainees: Issues, implications, and recommendations. [Web article]. Retrieved from: <http://www.societyforpsychotherapy.org/distress-therapist-burnout-self-care-promotion-wellness-psychotherapists-trainees-issues-implications-recommendations>

Barnett, J. E. (2008). Impaired professionals: Distress, professional impairment, self-care, and psychological wellness. In M. Herson & A. M. Gross (Eds.), *Handbook of clinical psychology* (Volume One) (pp. 857-884). New York: John Wiley & sons.