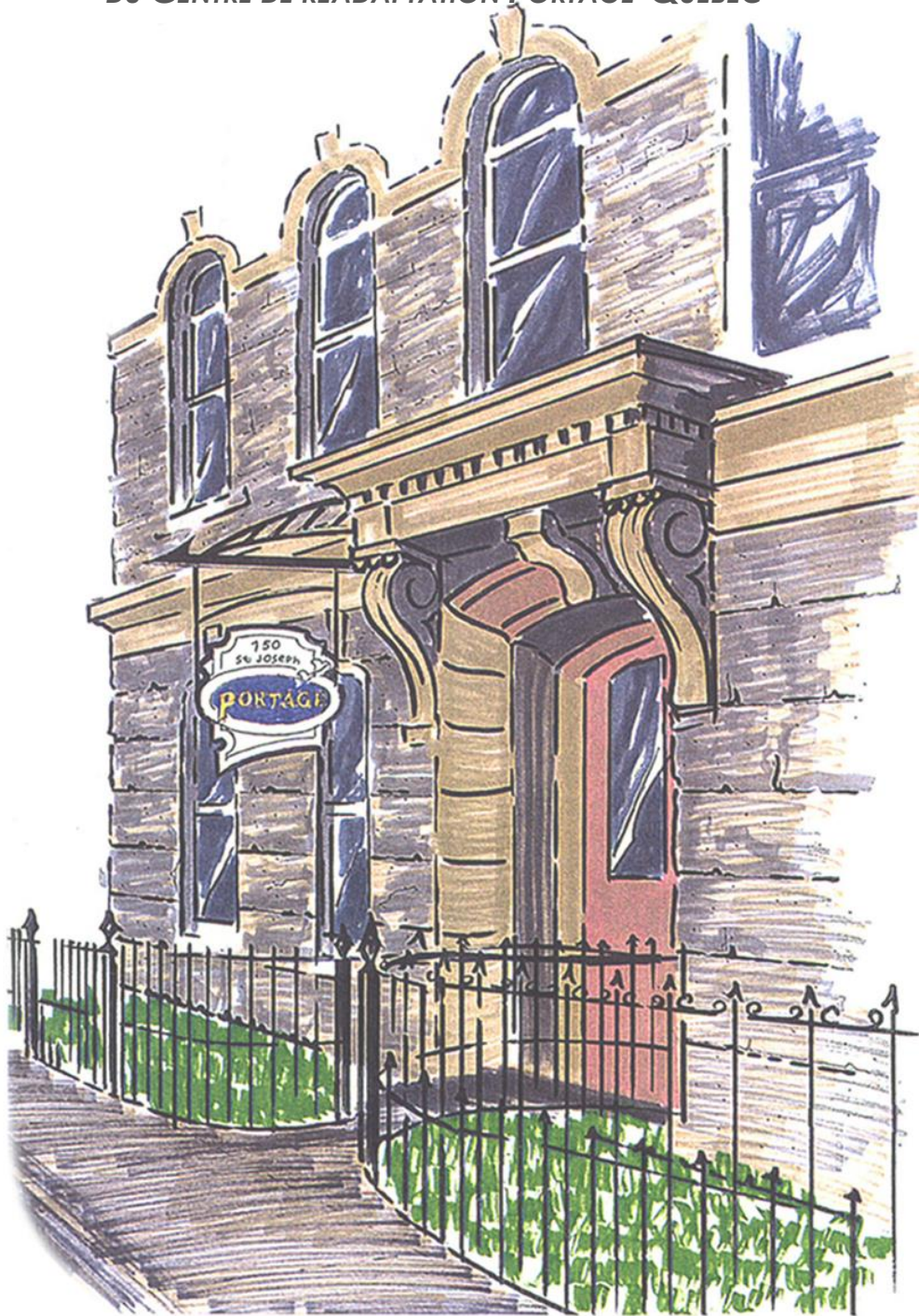


*AU PROGRAMME MAITRE DE SA VIE
DU CENTRE DE RÉADAPTATION PORTAGE-QUÉBEC*



mai 2016

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION ET ÉVOLUTION DES PARTICIPANTS

AU PROGRAMME MAITRE DE SA VIE DU CENTRE DE RÉADAPTATION PORTAGE-QUÉBEC

CHERCHEUSES

MYRIAM LAVENTURE, Ph. D., Ps.éd.; professeure agrégée, Université de Sherbrooke, Département de psychoéducation.

GENEVIÈVE PAQUETTE, Ph. D., Ps.éd.; professeure agrégée, Université de Sherbrooke, Département de psychoéducation.

PROFFESIONNELS DE RECHERCHE

Coordonnatrice du projet : **MATHILDE GARNEAU**, cPh.D. en psychoéducation, Ps.éd.

Assistants de recherche : **MARILY LEPAGE**, M.Sc., Ps.éd., **MYRIAM OSTIGUY**, M.Sc., Ps.éd.,

LOUIS-DAVID BISSON, M.Sc., Ps.éd. et **GABRIELLE DUGAL**, cM.Sc.

Statisticienne : **Annie Lemieux**, M.SC

Pour obtenir une copie supplémentaire de ce document, veuillez-vous adresser à :

Myriam Laventure

Université de Sherbrooke

Faculté d'éducation

Département de psychoéducation

2500, boulevard de l'Université

Sherbrooke (Québec)

J1K 2R1

Téléphone (sans frais) : 1.800.267.8337 # 62420

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

TABLE DES MATIÈRES

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION ET ÉVOLUTION DES PARTICIPANTS	1
1. INTRODUCTION	7
2. OBJECTIFS.....	9
3. MÉTHODOLOGIE	10
3.1 Échantillon	10
3.2 Évaluation de l'implantation du programme <i>Maitre de sa vie</i>	11
3.2.1 <i>Évaluation des caractéristiques des participants à l'entrée dans le programme Maitre de sa vie</i>	11
3.2.1.1 <i>Données sociodémographiques</i>	11
3.2.1.2 <i>Nature des traumatismes vécus</i>	11
3.2.1.3 <i>Symptômes traumatiques</i>	11
3.1.2.4 <i>Stratégies d'adaptation au stress</i>	12
3.2.2 <i>Évaluation de la fidélité d'implantation du programme</i>	12
3.2.3 <i>Évaluation de l'abandon du programme</i>	13
3.2.4 <i>Évaluation de la satisfaction des participants</i>	13
3.3 Évolution des participants du programme <i>Maitre de sa vie</i>	13
4. RÉSULTATS	14
4.1 Évaluation de l'implantation du programme <i>Maitre de sa vie</i>	14
4.1.1 <i>Caractéristiques des participants à l'entrée dans le programme Maitre de sa vie</i>	14
4.1.1.1 <i>Caractéristiques sociodémographiques</i>	15
4.1.1.2 <i>Nature des traumatismes vécus</i>	16
4.1.1.3 <i>Symptômes traumatiques</i>	17
4.1.1.4 <i>Stratégies d'adaptation au stress</i>	20

4.1.2 Description du programme Maitre de sa vie	20
4.1.3 Description de l'intervenante	23
4.1.4 Évaluation de la fidélité d'implantation du programme Maitre de sa vie	23
4.1.5 Présences aux ateliers et qualité de la participation	30
4.1.6 Abandon au programme	32
4.1.7 Satisfaction des participants	35
4.2 Évolution des participants au programme Maitre de sa vie	40
4.2.1 Évolution des scores du stress post-traumatique du T1 au T4	40
4.2.2 Évolution des seuils cliniques du stress post-traumatique du T1 au T4	41
4.2.3 Évolution des stratégies d'adaptation au stress du T1 au T4	44
4.2.4 Variables associées aux facteurs du stress post-traumatique à la fin du programme	45
4.2.4.1 Analyses de régressions univariées	46
4.2.4.2 Analyses de régressions multivariées	49
5. CONCLUSION.....	50
5.1 Implantation du programme	50
5.2 Évolution des participants au programme Maitre de sa vie	54
5.3 Recommandations	56
5.4 Limites de l'étude	58
6. RÉFÉRENCES.....	59

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques.....	15
Tableau 2. Natures des traumatismes subis à l'enfance et à l'âge adulte.....	16
Tableau 3. Facteur traumatique : Autoperturbation.....	17
Tableau 4. Facteur traumatique : Stress post-traumatique.....	18
Tableau 5. Facteur traumatique : Externalisation.....	19
Tableau 6. Facteur traumatique : Somatisation.....	19
Tableau 7. Stratégies d'adaptation au stress.....	20
Tableau 8. Thèmes et objectifs des ateliers du programme Maitre de sa vie.....	22
Tableau 9. Pourcentage des activités réalisées pour l'Atelier 1.....	24
Tableau 10. Pourcentage des activités réalisées pour l'Atelier 2.....	25
Tableau 11. Pourcentage des activités réalisées pour l'Atelier 3.....	26
Tableau 12. Pourcentage des activités réalisées pour l'Atelier 4.....	27
Tableau 13. Pourcentage des activités réalisées pour l'Atelier 5.....	28
Tableau 14. Pourcentage des activités réalisées pour l'Atelier 6.....	29
Tableau 15. Durée moyenne des ateliers.....	29
Tableau 16. Présences aux ateliers et qualité de la participation.....	31
Tableau 17. Satisfaction en lien avec les différents ateliers.....	35
Tableau 18. Satisfaction générale du programme.....	37
Tableau 19. Évolution des symptômes traumatiques du T1 au T4.....	40
Tableau 20. Évolution des seuils cliniques du stress post-traumatique du T1 au T4.....	42
Tableau 21. Évolution des stratégies d'adaptation aux stress du T1 au T4.....	44
Tableau 22. Analyses de régressions univariées.....	46
Tableau 23. Analyses de régressions multivariées.....	49

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Nombre d'ateliers complétés.....	30
Figure 2. Raisons d'abandon du programme Maitre de sa vie des participants en démarche de réinsertion socioprofessionnelle.....	34
Figure 3. Raisons d'abandon du programme Maitre de sa vie des participants en démarche de réadaptation.....	34
Figure 4. Évolution des symptômes traumatiques du T1 au T4.....	41
Figure 5. Évolution des seuils cliniques des facteurs du stress post-traumatique du T1 au T4.....	43
Figure 6. Évolution des stratégies d'adaptation aux stress du T1 au T4.....	45

1. INTRODUCTION

En 2012, 21,6 % des Canadiens avaient présenté un problème de dépendance à l'alcool ou aux drogues à un moment ou à un autre de leur vie, ce qui représente, plus ou moins, 6 millions de Canadiens (Pearson, Janz et Ali, 2013). La dépendance est perçue, par certains auteurs, comme une manifestation d'une autre problématique qui cause une détresse psychologique chez la personne ou qui lui permet d'éviter d'affronter certaines expériences internes négatives (Lavoie, Langlois, Simoneau et Guay, 2008) telles que celles reliées au vécu d'évènements traumatisants.

De 30 % à 75 % des personnes ayant une dépendance présenteraient un état de stress post-traumatique au cours de leur vie et cette cooccurrence affecterait davantage les femmes aux prises avec une dépendance (Najavits et Walsh, 2012; Ouimette et Read, 2014). Plus spécifiquement, près de 22 % des personnes en traitement pour une dépendance présenteraient un diagnostic d'état de stress post-traumatique. Les données empiriques démontrent que les personnes aux prises avec cette double problématique présentent un tableau clinique nettement plus détérioré à l'entrée dans un traitement de même qu'un pronostic beaucoup plus sombre comparativement aux personnes ayant uniquement l'un ou l'autre de ces diagnostics (Cohen et Hien, 2006; Mills *et al.*, 2006). En effet, les individus qui présentent ces deux troubles en concomitance tirent habituellement moins de bénéfices des traitements en dépendance (Campbell, Felker, Lîu, Yano, Kirchner et Chan, 2007; Mills *et al.*, 2005). D'ailleurs, certaines études suggèrent que les individus qui présentent deux problématiques simultanément seraient confrontés à un nombre plus important de rechutes pendant et après le traitement, de même qu'à une gravité de consommation supérieure (Campbell *et al.*, 2007; Heffner, Blom et Anthenelli, 2011; Kubiak, 2004).

Il est reconnu qu'une personne qui présente un état de stress post-traumatique a plus de difficultés à affronter les défis de la vie quotidienne (Brown, Read et Kahler, 2003; Hall et Queener, 2007). Dans un tel contexte, la consommation de psychotropes peut représenter une alternative adaptative pour la personne (Chen, Tyler, Whitbeck et Hoyt, 2004; Goldstein, Flett et Wekerle, 2010). Il semble que les individus qui présentent une

dépendance pourraient utiliser les psychotropes pour atténuer les symptômes traumatiques, notamment, l'insomnie, l'hypervigilance et la détresse psychologique (Chen *et al.*, 2004; Hall et Queener, 2007). Ainsi, la prise nocive de psychotropes peut être interprétée comme une automédication qui permet de gérer les symptômes traumatiques et de diminuer la souffrance (Hien, Cohen et Campbell, 2005; Lavoie *et al.*, 2008; Ouimette et Read, 2014). En ce sens, les effets positifs à court terme viendraient contribuer à renforcer la fréquence de la consommation et augmenteraient le risque de développer une dépendance (Somer, Altus et Ginzbug, 2010). Les études qui ont établi une relation causale entre la dépendance et le stress post-traumatique soutiennent que la dépendance succèderait au stress post-traumatique, ce qui viendrait soutenir l'hypothèse de la théorie de l'automédication (Hall et Queener, 2007; Lavoie *et al.*, 2008; Somer *et al.*, 2010). Différentes études démontrent, d'ailleurs, un déficit de stratégies adéquates d'adaptation chez les individus qui souffrent d'un stress post-traumatique (Hall et Queener, 2007). Cette explication théorique suppose que la réduction de la consommation de substances risquerait d'augmenter les symptômes traumatiques que cette consommation masquait.

Alors, il n'est pas surprenant de constater un taux de rechute qui varie de 40 % à 60 % chez les personnes en traitement pour une dépendance et qui présentent simultanément un état de stress post-traumatique (Douaihy, Stowell, Park et Daley, 2007). Ces résultats montrent que les traitements en dépendance actuellement offerts à cette clientèle sont peu efficaces. De plus, les personnes qui présentent une dépendance et un état de stress post-traumatique ont davantage de difficultés à trouver des services adaptés à leurs besoins (Farrugia *et al.*, 2011), puisque les traitements en dépendance n'incluent habituellement pas de composantes visant à réduire les symptômes traumatiques (Najavits et Walsh, 2012). Or, il semble que la sévérité du profil clinique des personnes qui présentent à la fois les deux problématiques exigerait un traitement particulier, d'une plus grande intensité (Effective Treatments for PTSD, 2009; Farrugia *et al.*, 2011).

Afin de répondre à sa mission première, soit développer les compétences essentielles à la croissance personnelle d'adultes qui présentent une dépendance à l'alcool ou aux drogues, le Centre de réadaptation Portage-Québec a ajouté, en septembre 2013, un nouveau programme à son offre de service qui comprend : 1) un programme de réadaptation qui vise l'arrêt de consommation et le maintien de l'abstinence; 2) un programme de réinsertion socioprofessionnelle qui vise l'intégration en emploi ou aux études.

Le programme *Maitre de sa vie*, adapté du programme *Seeking Safety* de Najavits (2001), s'adresse aux usagers dépendants aux psychotropes qui présentent également des symptômes liés à un ou des événements traumatiques incluant les agressions physiques, psychologiques ou sexuelles. Le programme *Maitre de sa vie*, offert sur une base hebdomadaire, comprend six ateliers d'une durée de 2h30. Afin de créer un climat de confiance et de sécurité ainsi que pour répondre aux besoins spécifiques, deux groupes fermés distincts sont formés : l'un rassemblant des femmes et l'autre des hommes. Il s'agit d'un traitement intégré, donc les difficultés liées à la dépendance et celles liées à l'état de stress post-traumatique sont traitées simultanément dans le but d'offrir les meilleures chances de rétablissement possible à la personne.

Pour assurer l'implantation rigoureuse de ce programme, puis pour évaluer son efficacité, le Centre de réadaptation Portage-Québec s'est vu octroyer une subvention du Bureau d'aide aux victimes d'actes criminels du ministère de la Justice du Québec. Ce rapport rend compte de la qualité d'implantation et de l'efficacité de ce programme novateur développé et adapté au contexte québécois.

2. OBJECTIFS

Les objectifs de la présente étude visent à évaluer (1) les différentes composantes de l'implantation du programme *Maitre de sa vie* et (2) l'évolution des participants.

3. MÉTHODOLOGIE

L'évaluation du programme *Maitre de sa vie* repose sur un devis mixte à mesures répétées incluant une collecte de données de nature qualitative et quantitative en quatre temps de mesure distincts. L'ensemble du projet a reçu une certification éthique de l'Université de Sherbrooke et les règles les plus strictes de confidentialité et de participation libre et éclairée ont été respectées.

Pour bien évaluer l'implantation des services en dépendance, l'Organisation mondiale de la santé en collaboration avec le United Nations International Drug Control Program et l'European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction a établi des lignes directrices (Marsden, Ogbourne, Farrell et Rush, 2000). Basé sur ces lignes directrices et tel que recommandé par Marsden *et al.* (2000), l'évaluation de l'implantation permettra de répondre aux grandes questions suivantes :

- 1) Quelles sont les caractéristiques des clients qui participent au programme?
- 2) Dans quelle mesure le programme de traitement est-il implanté tel que planifié (fidélité dans l'implantation du programme)?
- 3) Quels sont les aspects du programme que les clients n'ont pas appréciés et/ou qu'ils n'ont pas considérés comme des mesures d'aide efficaces?
- 4) Quels sont les motifs de l'abandon?

3.1 ÉCHANTILLON

Parmi les clients de l'organisme, ceux qui ont rapporté à l'entrevue initiale avoir vécu des événements traumatiques ont été invités à participer au programme intitulé *Maitre de sa vie*. La collecte de données a débuté en janvier 2014 et a été complétée en avril 2015.

L'échantillon est composé de 75 adultes dépendants aux psychotropes. Les femmes (n=37) sont âgées en moyenne de 33,2 ans (é.t.= 9,2) et les hommes (n=38) de 37,3 ans (é.t.= 11,5).

L'évaluation d'implantation porte sur le déroulement complet du programme auprès de 14 groupes, soit sept de femmes et sept d'hommes.

3.2 ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DU PROGRAMME MAITRE DE SA VIE

Pour évaluer la qualité d'implantation, quatre composantes ont été étudiées (Dane et Schneider, 1998) : (1) les caractéristiques de la clientèle à l'entrée dans le programme, (2) la fidélité d'implantation (la différenciation du programme, l'adhérence, le dosage, la participation de la clientèle), (3) l'abandon du programme et (4) la satisfaction des participants.

3.2.1 ÉVALUATION DES CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS À L'ENTRÉE DANS LE PROGRAMME MAITRE DE SA VIE

3.2.1.1 Données sociodémographiques

Les informations qui concernent les données sociodémographiques des participants ont été obtenues par la passation d'un questionnaire de 18 questions inspiré de l'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes (Valla *et al.*, 1994). Les questions à choix multiples ont permis de documenter le genre, l'âge, l'état civil, le niveau d'études complété ainsi que le revenu familial total annuel.

3.2.1.2 Nature des traumatismes vécus

Les traumatismes subis ont été mesurés à l'aide des questions du sondage initial de Marie-Vincent (2011) qui permettent de documenter les agressions physiques, psychologiques et sexuelles vécues durant l'enfance (0-17 ans) et celles vécues à l'âge adulte.

3.2.1.3 Symptômes traumatiques

Les symptômes traumatiques ont été évalués à l'aide de la version française du *Trauma symptom inventory-2* (TSI-2) (Brière, 2011). Le TSI-2 est conçu pour évaluer les symptômes traumatiques et d'autres séquelles psychologiques associées à des événements traumatiques, incluant les agressions physiques et sexuelles, la violence conjugale et les

agressions durant l'enfance. Le temps de passation est d'environ 20 minutes. Le TSI-2 est composé de 136 items de type Likert en quatre points (0 = jamais à 3 = souvent) qui évaluent un ensemble de symptômes traumatiques : la dissociation, la somatisation, le style d'attachement, l'affaiblissement de capacités et les troubles de comportement. Les items se compilent sous quatre grands facteurs : autoperurbation, stress post-traumatique, externalisation et somatisation. Pour chacun de ces grands facteurs, un score standardisé (score T) peut être établi. Un score T compris entre 60 et 64 représente un score problématique et un score T au-dessus de 64 est considéré comme signalant des problèmes d'intensité clinique.

3.1.2.4 Stratégies d'adaptation au stress

La version française de Mishara (1987) du *Ways of Coping Questionnaire (revised)* de Folkman et Lazarus (1985) a été utilisée pour évaluer les stratégies d'adaptation au stress. Composé de 67 items, le questionnaire se divise en huit sous-échelles qui représentent chacune une stratégie d'adaptation : (1) acceptation/confrontation, (2) résolution de problèmes, (3) contrôle de soi, (4) recherche de soutien social, (5) auto-accusation, (6) évitement, (7) distanciation et (8) réévaluation positive. Pour chacun des items, une échelle de Likert en quatre points allant de « jamais utilisée » à « beaucoup utilisée » permet d'évaluer si la personne utilise ou non la stratégie présentée et si oui, à quelle fréquence. L'étude de la cohérence interne à partir du présent échantillon démontre que quatre échelles présentent des alphas satisfaisants qui varient de 0,64 à 0,81. Pour cette raison, seules ces quatre échelles (résolution de problèmes, recherche de soutien social, évitement, réévaluation positive) ont été considérées.

3.2.2 ÉVALUATION DE LA FIDÉLITÉ D'IMPLANTATION DU PROGRAMME

Afin d'évaluer dans quelle mesure le programme est implanté tel que planifié, l'adhérence (respect des activités) et le dosage (durée des ateliers) ont été documentés. À la fin de chaque atelier, l'intervenante devait compléter des grilles de conformité et à l'aide de journaux de bord, elle pouvait expliquer les écarts entre les activités prévues et celles réalisées. Finalement, la présence des participants aux

ateliers et la qualité de leur participation pendant ceux-ci ont été évaluées. Une grille devait également être complétée par l'intervenante.

3.2.3 ÉVALUATION DE L'ABANDON DU PROGRAMME

L'évaluation de l'abandon du programme, une importante dimension du processus d'implantation, permet de déterminer le profil de la clientèle qui abandonne avant la fin du traitement et de mieux comprendre leurs motifs. À l'aide des données recueillies sur les caractéristiques des clients au début du programme, une comparaison a pu être établie entre les clients qui quittent prématurément le programme et ceux qui le terminent. Les motifs d'abandon ont, pour leur part, été colligés par l'intervenante.

3.2.4 ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DES PARTICIPANTS

L'évaluation de la satisfaction des participants a permis d'identifier les aspects appréciés de ce programme qui seront à consolider ainsi que les sources d'insatisfaction qui permettront de dégager des pistes d'amélioration, notamment en vue de mieux l'adapter à la clientèle visée. À la fin de chacun des ateliers, un questionnaire de satisfaction était rempli, en individuel, par les participants. À la fin du programme, la satisfaction générale a été évaluée de manière individuelle à l'aide du *Questionnaire de satisfaction des patients en clinique externe en psychiatrie* (QOSE-21, Perreault, Kateleros, Sabourin, Leichner et Desmarais, 2001) et en groupe, à l'aide de groupes par des discussion.

3.3 ÉVOLUTION DES PARTICIPANTS DU PROGRAMME *MAITRE DE SA VIE*

Pour évaluer l'évolution des participants, une collecte de données comprenant quatre temps de mesure a été effectuée. Au pré-test, soit à l'entrée dans le programme, les questionnaires définis précédemment ont été administrés aux participants. Pendant le déroulement du programme, une seconde évaluation comprenant le TSI-2 (Brière, 2011) et le *Working Alliance Inventory* (WAI, Horvath et Greenberg, 1989) a été utilisée. Immédiatement à la fin du programme, un post-test incluant tous les questionnaires du pré-test et le questionnaire portant sur l'alliance thérapeutique a été fait. Enfin, trois

mois après la fin du programme, une évaluation comprenant l'ensemble des questionnaires du pré-test a permis de finaliser la collecte de données.

Le *Working Alliance Inventory* (WAI, Horvath et Greenberg, 1989) est un questionnaire standardisé qui permet d'évaluer la qualité de l'alliance thérapeutique selon la théorie de Bordin (1979). Dans la présente étude, la version courte (WAI-S, Tracey et Kokotovic, 1989) traduite en français par Corbière, Bisson, Lauzon et Ricard (2006) a été utilisée. Cette version abrégée comprend 12 items de type Likert en sept points. Ce questionnaire peut être autorapporté par l'une ou l'autre des parties impliquées dans la relation thérapeutique, soit le sujet ou l'intervenant. Dans cette étude, seul le participant a rempli le questionnaire. L'ensemble des questions a été divisé en trois sous-échelles : le lien entre le thérapeute et le patient, l'accord sur les tâches et l'accord sur les buts. Ainsi, quatre scores (variables continues) peuvent être considérés soit le score total de l'échelle et un score pour chacune des trois sous-échelles. Dans la présente étude, l'alpha de Cronbach pour la cohérence interne pour l'échelle de score total est de 0,90. Pour les trois sous-échelles, les alphas de Cronbach pour la cohérence interne étaient de 0,57 pour la sous-échelle de l'accord sur les buts, de 0,86 pour l'accord sur la tâche et de 0,91 pour le lien avec le thérapeute. Seul le score total sera utilisé dans cette étude.

4. RÉSULTATS

4.1 ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DU PROGRAMME *MAITRE DE SA VIE*

4.1.1 CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS À L'ENTRÉE DANS LE PROGRAMME MAITRE DE SA VIE

Cette première section de résultats porte sur les caractéristiques des participants à l'entrée dans le programme. D'abord, les caractéristiques sociodémographiques dont l'état civil, la parentalité, le niveau d'études, la présence d'un travail rémunéré et le revenu annuel seront présentés. Puis, la nature des traumatismes vécus par les participants à l'enfance et à l'âge adulte sera repertoriée. Enfin, les symptômes traumatiques (autoperturbation, stress post-traumatique, externalisation, somatisation) et les stratégies d'adaptation au stress (résolution de problèmes, réévaluation positive,

recherche de soutien social, fuite/évitement) à l'entrée dans le programme seront identifiés.

4.1.1.1 Caractéristiques sociodémographiques

Sur le plan des caractéristiques sociodémographiques (tableau 1), la majorité des participants (86,7 %) sont célibataires et cette donnée est comparable chez les femmes et les hommes. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir des enfants. En effet, trois fois plus de femmes que d'hommes sont parents. La majorité des participants (84 %) ont fait des études secondaires, mais moins de la moitié (42,7 %) ont un diplôme d'études secondaires et un participant sur 10 a un diplôme d'études postsecondaires. Ces données ne diffèrent pas entre les hommes et les femmes.

TABLEAU 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Caractéristiques des participants	Hommes (n=37)	Femmes (n=37)	Total (n=74)	χ^2	<i>p</i>
État civil					
En couple	10,5 %	5,4 %	8,0 %	1,20	0,75
Divorcé/séparé	5,3 %	5,4 %	5,3 %		
Célibataire	84,2 %	89,2 %	86,7 %		
Parentalité					
A des enfants	23,7 %	64,9 %	44,0 %	12,90	0,00
Niveau d'études					
Études primaires	2,6 %	-	1,3 %	3,22	0,36
Études secondaires (sans diplôme)	44,7 %	37,8 %	41,3 %		
Diplômes d'études secondaires	34,2 %	51,4 %	42,7 %		
Diplôme post-secondaire	18,4 %	10,8 %	14,7 %		
Travail					
A un travail rémunéré	13,2 %	2,7 %	8,0 %	2,78	0,10
Revenu					
0 \$ - 11 999 \$	52,6 %	38,9 %	45,9 %	14,45	0,01
12 000 \$ - 24 999 \$	36,1 %	10,5 %	23,0 %		
25 000 \$ - 49 000 \$	13,9 %	18,4 %	16,2 %		
50 000 \$ et +	2,8 %	5,3 %	4,1 %		
Ne sait pas	8,3 %	-	4,1 %		

La moitié des participants ont un revenu annuel de moins de 12 000 \$. Les hommes ont un plus faible revenu annuel que les femmes.

Moins d'un participant sur 10 a un travail rémunéré et, conséquemment, la moitié d'entre eux ont un revenu annuel de moins de 12 000 \$. Les hommes ont un plus faible revenu annuel que les femmes.

4.1.1.2 Nature des traumatismes vécus

Sur le plan des agressions physiques, psychologiques et sexuelles subies à l'enfance et à l'âge adulte (tableau 2), aucune différence n'est observée entre les hommes et les femmes. À l'enfance, deux tiers des hommes et des femmes rapportent avoir été exposés à de la violence psychologique (menacé ou humilié par ses parents) et un participant sur deux rapporte avoir été témoin de violence familiale. En outre, un participant sur deux rapporte avoir vécu de la violence physique (être frappé ou battu par ses parents) et de la violence sexuelle (avoir subi des attouchements sexuels). Puis, toujours en lien avec la violence sexuelle, un participant sur quatre rapporte avoir été agressé sexuellement au cours de son enfance.

TABEAU 2. NATURES DES TRAUMATISMES SUBIS À L'ENFANCE ET À L'ÂGE ADULTE

Nature des traumatismes	Hommes (n=37)	Femmes (n=37)	Total (n=74)	χ^2	p
À l'enfance					
Menacé ou humilié par ses parents	73,7 %	67,6 %	70,7 %	0,34	0,56
Témoin de violence familiale	47,4 %	51,4 %	49,3 %	0,12	0,73
Frappé ou battu par ses parents	36,8 %	48,6 %	42,7 %	1,07	0,30
Attouchements sexuels	47,4 %	45,9 %	46,7 %	0,02	0,90
Agressions sexuels	34,2 %	18,9 %	26,7 %	2,24	0,13
À l'âge adulte					
Insulté par son partenaire	23,7 %	27,8 %	25,7 %	0,16	0,69
Battu par son partenaire	15,8 %	19,4 %	17,6 %	0,17	0,68
Relations sexuelles imposées	23,7 %	19,4 %	21,6 %	0,20	0,66

À l'âge adulte, un participant sur quatre indique avoir vécu de la violence psychologique (être insulté par son partenaire) et sexuelle (être forcé à avoir des

relations sexuelles). Un participant sur cinq rapporte avoir vécu de la violence physique (avoir été battu par son partenaire).

4.1.1.3 Symptômes traumatiques

Sur le plan des symptômes traumatiques, quatre facteurs et leurs sous-échelles ont été étudiés à partir du TSI-2 (Brière, 2011), et ce, dès l'entrée dans le programme. Le premier facteur, soit l'autoperturbation (tableau 3), est défini par un dérangement ou une altération de la perception de soi et des autres. Au score T global de ce facteur, bien que deux fois plus d'hommes que de femmes atteignent le seuil clinique, aucune différence significative n'est observée. Parmi les cinq sous-échelles de l'autoperturbation, celle qui regroupe les symptômes de dépression arrive en tête chez les hommes et les femmes. Chez les hommes, on retrouve également la sensibilité au rejet, les problèmes identitaires, l'évitement relationnel et le manque de direction. Chez les femmes, la dépression est suivie des problèmes identitaires, de la sensibilité au rejet, du manque de direction puis de l'évitement relationnel.

TABLEAU 3. FACTEUR TRAUMATIQUE : AUTOPERTURBATION

Facteur et sous-échelles	Score T moyen (é.t.)			t	p
	Hommes (n=37)	Femmes (n=37)	Total (n=74)		
Autoperturbation	63,00 (13,3)	58,65 (9,4)	60,82 (11,7)	-1,62	0,11
Dépression	18,11 (3,9)	17,57 (6,9)	17,84 (7,9)	-0,29	0,77
Évitement relationnel	7,43 (4,6)	7,27 (3,8)	7,35 (4,2)	-0,17	0,87
Sensibilité au rejet	8,73 (4,2)	8,35 (4,0)	8,54 (4,1)	-0,39	0,70
Problèmes identitaires	8,54 (4,4)	8,73 (3,5)	8,63 (4,0)	0,21	0,84
Manque de direction	6,84 (3,4)	7,46 (3,7)	7,15 (3,6)	0,75	0,46
				χ^2	p
Atteinte du seuil clinique	56,8 %	24,3 %	40,5 %	8,07	0,00***

Le deuxième facteur, le stress post-traumatique, représente les symptômes de l'état de stress post-traumatique et est composé de cinq sous-échelles (tableau 4). Au score T global de ce facteur, les hommes et les femmes obtiennent des moyennes comparables. Parmi les sous-échelles associées, celles de l'évitement, de l'anxiété et de l'expérience intrusive sont les plus présentes, et ce, tant chez les hommes et les femmes.

L'hypervigilance et la dissociation sont aussi de niveaux comparables. Bien que les hommes soient plus nombreux à atteindre le seuil clinique pour ce facteur, aucune différence significative n'est observée entre les deux groupes.

TABLEAU 4. FACTEUR TRAUMATIQUE : STRESS POST-TRAUMATIQUE

Facteur et sous-échelles	Score T moyen (é.t.)			t	p
	Hommes (n=37)	Femmes (n=37)	Total (n=74)		
Stress post-traumatique	63,14 (11,3)	62,44 (10,2)	62,74 (10,7)	-0,31	0,75
Dissociation	8,14 (6,2)	9,32 (7,4)	8,73 (6,9)	0,75	0,46
Évitement	18,27 (7,8)	20,32 (9,7)	19,30 (8,8)	1,00	0,32
Expériences intrusives	15,86 (6,4)	17,43 (7,0)	16,65 (6,7)	1,01	0,32
Anxiété	17,65 (6,8)	17,86 (6,0)	17,79 (6,4)	0,15	0,89
Hypervigilance	9,59 (3,7)	9,78 (3,1)	9,70 (3,4)	0,24	0,81
				χ^2	p
Atteinte du seuil clinique	54,1 %	35,1 %	44,6 %	2,68	0,10

Le troisième facteur, l'externalisation, est composé de comportements de colère et de réduction de tension, de dysfonctions sexuelles et de comportements suicidaires. Ce facteur est composé de six sous-échelles (tableau 5). Au score T global de ce facteur, les hommes et les femmes obtiennent une moyenne comparable. Parmi les sous-échelles, celles de la colère et des comportements de réduction de tension sont les plus élevées tant chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes, les idéations suicidaires, les comportements sexuels dysfonctionnels, les préoccupations sexuelles et les comportements suicidaires ont obtenu, en ordre décroissant, des scores moyens plus faibles. Les scores moyens à ces sous-échelles sont aussi moins élevés chez les femmes, selon l'ordre suivant : les préoccupations sexuelles, les comportements sexuels dysfonctionnels, les idéations suicidaires et les comportements suicidaires. Enfin, près d'un homme sur deux et une femme sur quatre atteignent le seuil clinique de ce facteur. Or, bien que les hommes atteignent le seuil clinique légèrement plus souvent que les femmes, aucune différence statistiquement significative n'est observée sur la base du sexe.

TABLEAU 5. FACTEUR TRAUMATIQUE : EXTERNALISATION

Facteur et sous-échelles	Score T moyen (é.t.)			t	p
	Hommes (n=37)	Femmes (n=37)	Total (n=74)		
Externalisation	62,89 (16,3)	58,30 (12,7)	60,60 (14,7)	-1,36	0,18
Colère	14,97 (7,4)	14,16 (7,0)	14,57 (7,1)	-0,49	0,63
Comportements de réduction de tension	10,22 (6,7)	10,27 (7,3)	10,24 (7,0)	0,03	0,97
Préoccupations sexuelles	3,35 (4,2)	4,62 (4,2)	4,00 (3,8)	1,44	0,15
Comportements sexuels dysfonctionnels	3,73 (4,2)	3,54 (4,0)	3,64 (4,1)	-0,20	0,84
Idéations suicidaires	4,92 (4,9)	3,08 (7,7)	4,00 (6,4)	-1,23	0,22
Comportements suicidaires	1,59 (2,9)	1,03 (3,0)	1,31 (3,0)	-0,83	0,41
				χ^2	p
Atteinte du seuil clinique	40,5 %	24,3 %	32,4 %	2,22	0,14

La somatisation est le quatrième facteur. Composé de deux sous-échelles (tableau 6), il représente une préoccupation générale à propos de sensations physiques, et ce, pour des raisons de dysfonction psychologique ou de maladie physique. Aucune différence significative n'est observée entre les hommes et les femmes de l'échantillon tant au score moyen global qu'aux scores de chacune des sous-échelles. La somatisation est le facteur pour lequel les participants sont les moins nombreux à atteindre le seuil clinique, soit moins d'une personne sur cinq.

TABLEAU 6. FACTEUR TRAUMATIQUE : SOMATISATION

Facteurs et sous-échelles	Score T moyen (é.t.)			t	p
	Hommes (n=37)	Femmes (n=37)	Total (n=74)		
Somatisation	53,16 (9,7)	54,81 (11,2)	54,00 (10,4)	0,68	0,50
Douleurs physiques	6,14 (3,2)	6,65 (3,2)	6,39 (3,1)	0,70	0,49
Douleurs générales	4,54 (3,2)	5,68 (4,0)	5,10 (3,6)	1,35	0,18
				χ^2	p
Atteinte du seuil clinique	13,5 %	18,9 %	16,2 %	0,40	0,53

4.1.1.4 Stratégies d'adaptation au stress

Sur le plan des stratégies d'adaptation au stress, à l'entrée dans le programme, aucune différence significative entre les hommes et les femmes n'est observée (tableau 7). La stratégie d'adaptation qui obtient le score le plus élevé est l'utilisation de la fuite/évitement, ce qui inclut la consommation d'alcool et de drogues. Les participants rapportent ensuite utiliser le soutien social, la réévaluation positive et la résolution de problèmes.

TABLEAU 7. STRATÉGIES D'ADAPTATION AU STRESS

Stratégies d'adaptation		Hommes (n=36)	Femmes (n=35)	Total (n=71)	t	p
Résolution de problèmes	M (é.t.)	10,74 (3,5)	9,94 (2,4)	10,35 (3,1)	-1,12	0,27
Réévaluation positive	M (é.t.)	11,32 (4,6)	10,66 (4,5)	11,00 (4,5)	-0,62	0,54
Recherche de soutien social	M (é.t.)	11,46 (4,1)	11,29 (3,2)	11,38 (3,7)	-0,19	0,85
Fuite/Évitement	M (é.t.)	12,47 (4,0)	14,56 (4,0)	13,46 (4,1)	2,16	0,35

4.1.2 DESCRIPTION DU PROGRAMME MAITRE DE SA VIE

L'identification des composantes du programme *Maitre de sa vie* a été réalisée afin de le distinguer de l'offre de service régulière du Centre de réadaptation Portage-Québec, lequel offre, depuis 1983, de l'aide aux personnes dépendantes via un centre de jour où sont accueillis des hommes et des femmes au sein de groupes mixtes. Plus précisément, deux services distincts sont offerts soit : (1) un programme de réadaptation d'une durée de 3 à 4 mois, à raison de 35 heures/semaine qui vise à maintenir l'abstinence, accroître l'autonomie dans les différentes sphères de la vie, développer des comportements responsables, augmenter l'estime et la confiance en soi, devenir un citoyen actif au sein de la société et 2) un programme de réinsertion socioprofessionnelle d'une durée qui varie de 4 à 12 semaines et qui vise notamment le retour aux études ou en emploi.

Le programme *Maitre de sa vie* a été mis en place en septembre 2013. Il a été intégré à l'offre de service régulière et est offert spécifiquement aux usagers qui présentent des symptômes liés à des événements traumatiques incluant les agressions physiques,

psychologiques et sexuelles. Le programme permet à la clientèle ciblée de (1) prendre conscience des impacts des traumatismes vécus, (2) de développer des stratégies adéquates et sécuritaires afin de maintenir un mode de vie sain, (3) de poursuivre ce cheminement en ayant recours aux ressources d'aide disponibles et (4) de comprendre les difficultés relationnelles liées aux événements vécus. En ce sens, le programme *Maitre de sa vie* est une offre de services intégrée, ce qui signifie que les problèmes liés aux événements traumatiques vécus et ceux liés à la dépendance à l'alcool et aux drogues sont traités simultanément dans le but d'offrir les meilleures chances de rétablissement possibles.

Le programme est composé de six ateliers (tableau 8). Offerts sur une base hebdomadaire, les ateliers sont d'une durée de 2h30. Afin de créer un climat de confiance et de sécurité ainsi que pour répondre aux besoins spécifiques des hommes et des femmes, deux groupes distincts sont formés. Les groupes sont fermés, c'est-à-dire que ce sont les mêmes personnes qui cheminent tout au long des rencontres; il n'y a donc pas d'admission dans le groupe en cours de démarche.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU PROGRAMME :

- Reconnaître les conséquences actuelles des événements traumatiques vécus et comprendre le lien avec le problème de consommation;
- Exclure l'abus de substances comme moyen utilisé pour gérer la détresse causée par les traumatismes;
- Développer des stratégies d'adaptation sécuritaires;
- Augmenter la confiance à surmonter les conséquences des traumatismes vécus et permettre ainsi aux participants de connaître les ressources disponibles et de recourir à toute l'aide nécessaire;
- Prévenir les comportements autodestructeurs (automutilation, idées suicidaires et passage à l'acte, relations sexuelles non protégées, violence familiale, abus de psychotropes, etc.);
- Développer l'aptitude à réguler les états émotionnels et les réactions aux stressants externes;
- Rendre l'utilisateur apte à traiter avec confiance les situations de la vie quotidienne impliquant des rapports interpersonnels.

TABLEAU 8. THÈMES ET OBJECTIFS DES ATELIERS DU PROGRAMME MAITRE DE SA VIE

Atelier 1 : Le traumatisme

Objectifs :

- Définir et comprendre ce qu'est un traumatisme, l'état de stress post-traumatique et les réactions possibles au traumatisme;
- Identifier les traumatismes vécus et les conséquences de ceux-ci aujourd'hui;
- Développer des stratégies d'adaptation afin d'apaiser les émotions.

Atelier 2 : La sécurité

Objectifs :

- Prendre conscience de la façon dont on réagit à divers traumatismes;
- Intérioriser l'importance de la sécurité;
- Trouver des moyens efficaces de faire face aux déclencheurs;
- Augmenter sa capacité à prendre soin de soi;
- Diminuer les comportements autodestructeurs au profit de stratégies d'adaptation sécurées.

Atelier 3 : La pensée axée sur le rétablissement

Objectifs :

- Comprendre les liens entre les traumatismes et le développement des croyances fondamentales;
- Remettre en question les pensées irrationnelles au profit de pensées rationnelles;
- Comprendre les comportements engendrés par les pensées automatiques.

Atelier 4 : Les stratégies d'adaptation sécurées

Objectifs :

- Comprendre le lien entre le problème de consommation et l'évènement traumatique;
- Exclure l'abus de substances comme moyen utilisé pour gérer la détresse causée par les traumatismes;
- Reconnaître les signes de danger et appliquer les stratégies d'adaptation appropriées.

Atelier 5 : Les relations saines

Objectifs :

- Prendre conscience que certaines personnes peuvent aider ou, au contraire, avoir un effet destructif sur le rétablissement;
- Approfondir les postulats de base en ce qui a trait aux relations saines;
- Aider les usagers à cerner leurs croyances au sujet des relations;
- Comprendre qu'ils ne peuvent avoir d'emprise que sur eux-mêmes et non sur les autres;
- Apprendre à fixer des limites saines.

Atelier 6 : L'heure du bilan

Objectifs

- Comprendre les concepts de colères destructives et colères constructives ainsi que les stratégies d'adaptation associées;
- Conserver une juste perspective des choses.

4.1.3 DESCRIPTION DE L'INTERVENANTE

Dominique Gauthier travaille comme intervenante au Centre de réadaptation Portage-Québec depuis 1998. Elle détient un certificat en toxicomanie. Depuis 17 ans, elle travaille à mettre en place et animer des activités de réadaptation et de réinsertion sociale dans le domaine de la toxicomanie. Elle a suivi plusieurs formations accréditées par l'ordre des psychologues du Québec, telles que : trouble de stress post-traumatique (Evelyne Donnini psychologue), deuil traumatique (Pascale Brillon Ph. D.), thérapie des schémas (Dr Pierre Cousineau). Elle détient différentes formations en toxicomanie, offertes par l'Université de Sherbrooke en partenariat avec l'Association des intervenants en dépendance du Québec. Depuis qu'elle coordonne l'ensemble des activités du programme *Maitre de sa vie*, elle a reçu de la supervision clinique et de la formation avec madame Isabelle Proulx, sexologue, sur différents thèmes; traumatismes, dépendance et délinquance sexuelle, attachement et santé mentale. Notons qu'elle a collaboré à tout le processus de mise en place du programme.

4.1.4 ÉVALUATION DE LA FIDÉLITÉ D'IMPLANTATION DU PROGRAMME MAITRE DE SA VIE

Pour évaluer dans quelle mesure le programme est implanté tel que planifié, l'adhérence a été documentée, soit le pourcentage des ateliers réalisés et le respect des contenus à aborder. Au total, 84 ateliers ont été planifiés et offerts. Ainsi, 100 % des ateliers planifiés ont été réalisés selon la formule retenue soit six ateliers par cohorte, ce qui représente sept groupes d'hommes et sept groupes de femmes. En ce qui a trait au respect des contenus à aborder, le pourcentage des activités réalisées a été établi pour l'ensemble des groupes offerts.

Pour le premier atelier qui porte sur le traumatisme, certaines activités ont été réalisées dans tous les groupes et présentent donc un pourcentage d'adhésion de 100 % (tableau 9). Or, d'autres activités n'ont pas été réalisées dans toutes les cohortes. Parmi celles-ci, on retrouve la technique d'impact (visages du traumatisme) et les métaphores. Dans son ensemble, en moyenne, 95,6 % des activités planifiées ont été réalisées.

TABLEAU 9. POURCENTAGE DES ACTIVITÉS RÉALISÉES POUR L'ATELIER 1

Activités à réaliser	
Présentation de l'animatrice et des participants	100 %
Présentation du programme et règles de vie	
Objectifs	100 %
Règles de vie	100 %
Citation	100 %
Technique d'impact et introduction de la définition d'un traumatisme	
Technique d'impact Les visages du traumatisme	35,7 %
Introduction	78,6 %
Définition d'un traumatisme	100 %
La réaction à un traumatisme	100 %
État de stress post-traumatique	100 %
Évènements traumatiques et conséquences	100 %
Techniques et métaphores	
Le moment présent	57,1 %
Film d'horreur	14,3 %
Technique du citron	14,3 %
Le Moment présent	50 %
Scène apaisante	100 %
Vérification finale	100 %
Conclusion	78,6 %
Pourcentage total des activités réalisées	95,6 %

Lors du premier atelier, l'intervenante indique que le fait d'introduire par la définition d'un traumatisme nécessite une bonne préparation, car le sujet suscite des réactions très différentes d'un participant à l'autre. L'ajout de techniques de relaxation permet d'apaiser les émotions parfois vives des participants. Dans ce premier atelier, l'installation d'un climat de confiance est primordiale aux dires de l'intervenante. Bien que chargé, le contenu de cet atelier est une bonne entrée en matière pour les suivants.

Parmi les raisons qui expliquent les écarts entre les activités planifiées et les activités réalisées, l'intervenante note d'abord le manque de temps. Elle indique également que certaines activités n'ont pu être réalisées puisque les participants étaient trop émotifs et

avaient davantage besoin d'écoute. Enfin, d'autres activités n'ont pas été réalisées par manque de pertinence.

Pour le second atelier qui porte sur la sécurité (tableau 10), les activités planifiées, qui ont un pourcentage moyen d'adhérence sont les activités qui portent sur la technique d'impact, la notion de sécurité, les moyens pour diminuer l'effet des déclencheurs et les solutions possibles si l'ancrage dans la réalité ne donne pas les résultats escomptés. Dans son ensemble, en moyenne, 93,4 % des activités planifiées ont été réalisées.

TABLEAU 10. POURCENTAGE DES ACTIVITÉS RÉALISÉES POUR L'ATELIER 2

Activités à réaliser	
Citation	100 %
Vérification initiale	100 %
Technique d'impact et introduction à la notion de sécurité	
Technique d'impact	64,3 %
La notion de sécurité	85,7 %
Remémorations (flashback)	100 %
Les déclencheurs	
Définition	100 %
Exercice	100 %
Stratégies pour surmonter les effets indésirables du traumatisme	
Moyens pour diminuer l'effet des déclencheurs	85,7 %
Technique du "Qui, quoi, où"	92,9 %
Ancrage dans la réalité	100 %
Exercice d'ancrage dans la réalité	100 %
Solutions possibles si l'ancrage dans la réalité ne donne pas les résultats escomptés	85,7 %
Vérification finale	100 %
Pourcentage total des activités réalisées	93,4 %

Parmi les activités réalisées, l'intervenante considère que l'identification des déclencheurs est importante. Comme cette activité fait ressurgir des émotions, cela peut prendre beaucoup de temps et limiter la réalisation des autres activités. Les techniques d'ancrage sont très appréciées par les participants puisqu'elles sont efficaces et faciles à assimiler. Les stratégies pour surmonter les effets indésirables du

traumatisme sont simples. Les pratiquer en groupe permet aux participants de les reproduire à la maison.

Pour expliquer les écarts entre les activités planifiées et les activités réalisées, l'intervenante indique d'abord un manque de temps. Comme une activité de l'atelier 1 a été reportée à l'atelier 2, le temps consacré pour les activités prévues s'est trouvé à être limité. D'un autre côté, certaines activités ont été annulées puisqu'elles étaient trop semblables à d'autres activités déjà réalisées.

Pour le troisième atelier qui porte sur la pensée axée sur le rétablissement (tableau 11), seule *la conclusion* n'a pas été réalisée, et ce, à une seule reprise. L'intervenante a mis de côté cette activité en raison d'une discussion qui se devait d'être complétée. Dans l'ensemble, elle indique qu'il s'agit d'un atelier bien équilibré et que les activités ont toutes leur importance. Dans son ensemble, en moyenne, 99,3 % des activités planifiées ont été réalisées.

TABLEAU 11. POURCENTAGE DES ACTIVITÉS RÉALISÉES POUR L'ATELIER 3

Activités à réaliser	
Citation	100 %
Vérification initiale	100 %
Retour sur les techniques proposées précédemment	100 %
Introduction de la notion de dimension cognitive	
Notion de schémas cognitifs	100 %
Notion de « Situation-pensées-émotions-réactions »	100 %
Notion de pensées automatiques	100 %
Exercice (histoire de cas au choix)	100 %
Contre son schéma de pensée à l'aide du journal cognitif	100 %
Conclusion	92,9 %
Vérification finale	100 %
Pourcentage total des activités réalisées	99,3 %

Selon l'intervenante, il faut partir d'exemples concrets basés sur le passé des participants pour l'activité qui porte sur les schémas cognitifs. Il est préférable de faire le journal cognitif en groupe plutôt qu'en devoir à la maison, puisque c'est une activité

difficile qui peut s'avérer confrontante. Toutefois, cet outil est très apprécié et permet d'identifier les pensées automatiques et les moyens pour modifier celles-ci.

Pour le quatrième atelier qui porte sur les stratégies d'adaptation sécurées (tableau 12), seule la vérification finale n'a pas été réalisée, et ce, à une seule reprise. L'intervenante explique que l'activité n'a pas eu lieu afin de permettre aux participants de s'exprimer sur un sujet difficile. Dans son ensemble, en moyenne, 99,8 % des activités planifiées ont été réalisées.

TABLEAU 12. POURCENTAGE DES ACTIVITÉS RÉALISÉES POUR L'ATELIER 4

Activités à réaliser	
Citation	100 %
Vérification initiale	100 %
Événements traumatiques et abus de substances	100 %
Stratégies d'adaptation sécurées	100 %
Un plan de sécurité personnalisé	100 %
Vérification finale	92,9 %
Pourcentage total des activités réalisées	99,8 %

Parmi les activités réalisées, les stratégies d'adaptation sécurées permettent aux participants d'envisager des façons saines de faire face à leurs difficultés. Selon l'intervenante, deux activités spécifiques permettent concrètement aux participants l'atteinte des objectifs de la rencontre soit « signes de danger, signes de sécurité » et « plan de sécurité ».

Parmi les activités réalisées, les stratégies d'adaptation sécurées permettent aux participants d'envisager des façons saines de faire face à leurs difficultés. Selon l'intervenante, deux activités spécifiques permettent concrètement aux participants l'atteinte des objectifs de la rencontre soit « signes de danger, signes de sécurité » et « plan de sécurité ».

Pour le cinquième atelier qui porte sur les relations saines (tableau 13), celles qui ont un pourcentage d'adhérence moins élevé sont les croyances malsaines et les limites saines

dans les relations. Dans son ensemble, en moyenne, 91,3 % des activités planifiées ont été réalisées.

TABLEAU 13. POURCENTAGE DES ACTIVITÉS RÉALISÉES POUR L'ATELIER 5

Activités à réaliser	
Citation	100 %
Vérification initiale	100 %
Le soutien, un besoin prioritaire	100 %
Relations saines	92,9 %
Changer les croyances malsaines	78,6 %
Fixer des limites saines dans ses relations	
Partie 1 : Apprendre à dire NON	78,6 %
Partie 2 : Apprendre à dire OUI	78,6 %
Mises en situation	100 %
Vérification finale	92,9 %
Pourcentage total des activités réalisées	91,3 %

Parmi les activités réalisées, celle qui portent sur les relations saines apparait comme la plus importante et suscite des réactions positives. Les jeux de rôles, à partir des expériences personnelles aident les participants à exprimer ce qu'ils vivent et à parfaire leurs apprentissages.

Pour expliquer les écarts entre les activités planifiées et les activités réalisées, l'intervenante indique d'abord le manque de temps. Un horaire chargé et le besoin de revenir sur certains aspects des ateliers précédents (journal cognitif) pour en assurer la bonne compréhension sont à l'origine de l'écart. Certaines activités n'ont été que partiellement réalisées (changer les croyances malsaines). Après quelques semaines, ce thème a été remplacé par des expériences personnelles vécues par les participants.

Pour le sixième atelier, soit le bilan (tableau 14), seule la citation n'a pas été réalisée, et ce, à une seule reprise. L'écart s'explique par la présence d'un seul participant aux activités prévues. En moyenne, 98,8% des activités planifiées ont été réalisées.

TABLEAU 14. POURCENTAGE DES ACTIVITÉS RÉALISÉES POUR L'ATELIER 6

Activités à réaliser	
Citation	92,9 %
Vérification initiale	100 %
La colère, une réaction humaine naturelle	100 %
Gestion de la colère en trois étapes	100 %
L'heure du bilan	100 %
Reconnaissance des acquis	100 %
Pourcentage total des activités réalisées	98,8 %

Parmi les activités réalisées, les notions de résilience et la gestion de la colère interpellent beaucoup les participants. Toutefois, pour les activités qui portent sur la colère, les exemples ont dû être adaptés pour être plus représentatifs. Selon l'intervenante, le bilan de ce dernier et sixième atelier est fort utile parce qu'il permet aux participants de réviser les outils enseignés et expérimentés depuis le début du programme et de conclure sur leurs apprentissages.

Le dosage a été documenté par la durée des ateliers. Ainsi, la plupart d'entre eux ont duré le temps prescrit (tableau 15). Toutefois, la durée de deux ateliers dans la même cohorte a été écourtée en raison du nombre de participants. En effet, seuls deux participants étaient présents aux ateliers 4 et 5 alors qu'à l'atelier 6, un seul d'entre eux s'est présenté. D'un autre côté, la durée a été prolongée pour le premier et le sixième atelier de certaines cohortes, et ce, pour permettre à chacun des participants de s'exprimer.

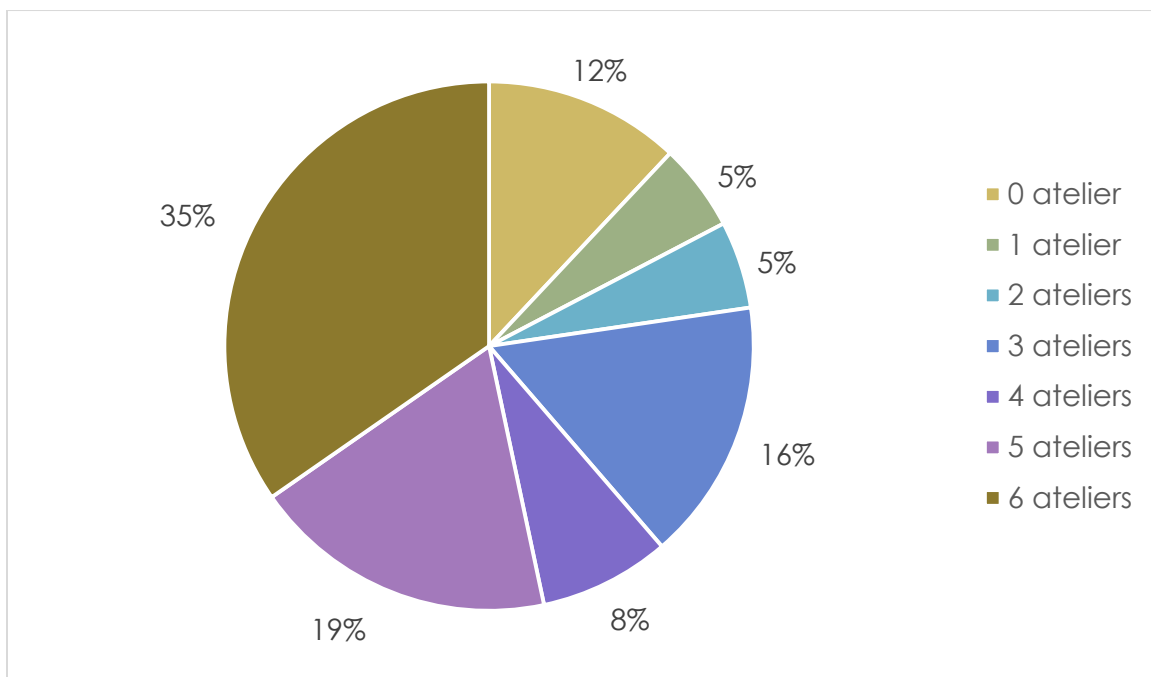
TABLEAU 15. DURÉE MOYENNE DES ATELIERS

Atelier	Durée moyenne	Minimum-maximum
Atelier 1	186,33 minutes	160 minutes – 180 minutes
Atelier 2	165,00 minutes	165 minutes – 165 minutes
Atelier 3	165,00 minutes	165 minutes – 165 minutes
Atelier 4	158,33 minutes	105 minutes – 165 minutes
Atelier 5	156,67 minutes	90 minutes – 165 minutes
Atelier 6	156,67 minutes	60 minutes – 180 minutes

4.1.5 PRÉSENCES AUX ATELIERS ET QUALITÉ DE LA PARTICIPATION

Au total, 75 personnes ont complété le processus d'admission au programme *Maitre de sa vie*. Parmi celles-ci, 57 étaient des usagers du programme de réadaptation alors que 18 étaient inscrits au programme de réinsertion socioprofessionnelle. De ces personnes, 9 n'ont pas débuté le programme, elles ont tout de même été incluses dans la liste des abandons puisqu'elles avaient participé à l'évaluation initiale. Ainsi, parmi les personnes qui ont débuté le programme, 4 ont participé à un seul atelier, 4 à deux ateliers, 12 à trois ateliers, 6 à quatre ateliers, 14 à cinq ateliers et 26 ont assisté à tous les ateliers (voir figure 1). En moyenne, les participants ont assisté à 3,97 ateliers (é.t.=2,10). Bien qu'ils n'aient pas assisté à tous les ateliers, 50 participants ont complété le programme dont 39 du programme de réadaptation et 11 du programme de réinsertion socioprofessionnelle.

FIGURE 1. NOMBRE D'ATELIERS COMPLÉTÉS



Pour chacun des ateliers, la proportion des participants y ayant assisté et la qualité de leur participation (peu attentif, attentif, actif) ont été établies (tableau 16).

TABLEAU 16. PRÉSENCES AUX ATELIERS ET QUALITÉ DE LA PARTICIPATION

Atelier 1 : Le traumatisme			
Taux de présence	Qualité de la participation		
86,4 %	Peu attentif	Attentif	Actif
	10,0 %	24,0 %	66,0 %
Atelier 2 : La sécurité			
Taux de présence	Qualité de la participation		
86,4 %	Peu attentif	Attentif	Actif
	10,2 %	38,8 %	51,0 %
Atelier 3 : La pensée axée sur le rétablissement			
Taux de présence	Qualité de la participation		
82,0 %	Peu attentif	Attentif	Actif
	21,6 %	25,5 %	52,9 %
Atelier 4 : Les stratégies d'adaptation sécurées			
Taux de présence	Qualité de la participation		
69,7 %	Peu attentif	Attentif	Actif
	12,2 %	12,2 %	75,6 %
Atelier 5 : Les relations saines			
Taux de présence	Qualité de la participation		
60,6 %	Peu attentif	Attentif	Actif
	8,8 %	23,5 %	67,6 %
Atelier 6 : L'heure du bilan			
Taux de présence	Qualité de la participation		
66,7 %	Peu attentif	Attentif	Actif
	10,3 %	20,5 %	69,2 %

Une forte proportion des participants a assisté au premier atelier qui porte sur le traumatisme (86,4 %). Dans l'ensemble, les participants évaluent, en grande majorité (90%), qu'ils ont été attentifs, voire actifs pendant la rencontre. Pour le second atelier qui traite de la sécurité, 86,4% des participants y ont assisté. Les participants évaluent, encore une fois en grande majorité (89,8 %), qu'ils étaient attentifs ou actifs au cours de la rencontre. Pour le troisième atelier portant sur la pensée axée sur le rétablissement, 82 % des participants étaient présents et parmi ceux-ci, 88,4 % étaient attentifs ou actifs. Pour le quatrième atelier qui traite des stratégies d'adaptation sécurées, le taux de participation est légèrement plus faible (69,7 %), mais la qualité de participation est

comparable, soit 87,8 %. C'est au cinquième atelier qui porte sur les relations saines que le taux de participation est le moins élevé (60,6 %). Enfin pour le sixième atelier, le bilan, le taux de participation est de 66,7 % et pour 89,7 % la qualité de leur participation est bonne.

4.1.6 ABANDON AU PROGRAMME

La dernière dimension de l'évaluation du processus d'implantation permet d'établir le profil de la clientèle qui abandonne avant la fin du programme et de mieux comprendre leurs motifs. Parmi les 75 personnes invitées à participer à celui-ci, 25 participants n'ont pas complété le programme. À l'aide des données recueillies sur les caractéristiques des clients au début du programme, une comparaison a pu être établie entre les clients qui quittent prématurément le programme et ceux qui le terminent. Les motifs d'abandon ont été colligés par l'intervenante. En regard des caractéristiques sociodémographiques et de la nature des agressions vécues, aucune différence significative n'a été observée entre les participants qui ont abandonné le programme et ceux qui l'ont complété. Toutefois, certaines différences sont observées en ce qui concerne les symptômes traumatiques.

Ainsi, qu'il s'agisse du genre, de l'âge, de l'état civil, du niveau d'études complétées et du revenu familial total annuel, aucune différence ne permet de distinguer les participants qui ont abandonné le programme de ceux qui l'ont complété. Plus précisément, parmi les participants qui ont abandonné, 44 % sont des femmes et 56 % sont des hommes et l'âge moyen est de 35,5 ans. Quant à l'état civil, 86 % étaient seuls et 16 % en couple.

Bien que les participants qui ont un niveau d'études plus élevé aient tendance à compléter le programme, aucune différence significative n'est observée. Ainsi, parmi ceux qui ont abandonné, 4 % ont un niveau d'études primaires, 92 % un niveau d'études secondaires et 4 % un niveau collégial. Sur le plan de l'emploi, 12 % ont un emploi rémunéré. Finalement, 63 % ont un revenu total se situant entre 0 et 11 999 \$, 17 % entre 12 000 et 24 999 \$, 8 % entre 25 000 et 39 999 \$ et 8 % ont un revenu familial de plus de 50 000 \$.

En ce qui concerne la nature des traumatismes vécus, aucune différence significative n'est observée entre les participants qui ont abandonné le programme de ceux qui l'ont complété, et ce, peu importe la nature du traumatisme (physique, psychologique ou sexuelle). En lien avec les agressions physiques, 95,7 % rapportent avoir déjà reçu la fessée à l'enfance et 52,2 % avoir été frappé. Pour les agressions psychologiques, 47,8 % ont été témoin de violence physique et 79,9 % ont personnellement vécu de la violence psychologique. Pour les agressions sexuelles, 43,5 % ont subi des attouchements sexuels et 17,4 % des agressions sexuelles. Or, les participants qui ont abandonné le programme présentent davantage de symptômes traumatiques [(M=65,35, é.t.=9,9); t=-2,22, p=0,03] et de somatisation [(M=65,57, é.t.=15,0); t=-1,92, p=0,05].

Les raisons invoquées pour justifier l'abandon sont variées et ne sont pas toutes problématiques. L'abandon peut être motivé par des raisons intrinsèques, qui sont en lien avec un choix personnel (insatisfaction du programme, nouvel emploi, rechute de la consommation) ou des raisons extrinsèques, qui ne sont pas sous le contrôle du participant (décès d'un proche, maladie, hospitalisation, détention, référence à un autre programme).

Ainsi, parmi les personnes qui ont abandonné le programme, sept étaient inscrites dans la démarche de réinsertion socioprofessionnelle (voir figure 2). Outre la personne qui n'a pas débuté le programme, d'autres ont justifié l'abandon par l'obtention d'un emploi (3), une personne a dû mettre en priorité d'autres obligations et une autre a été référée vers une ressource plus adaptée à ses besoins. Finalement l'abandon d'une personne ne peut être justifié puisqu'il a été impossible de la joindre suite à son départ.

Chez les participants inscrits dans la démarche de réadaptation, 18 ont abandonné le programme (voir figure 3). Outre les huit participants qui n'ont pas débuté le programme pour diverses raisons, d'autres ont justifié l'abandon par un retour en détention (1), rechute (1), deuil (1). De plus, 3 participants ont été référés vers des ressources autres. Enfin, l'abandon de quatre d'entre eux ne peut être expliqué puisqu'il a été impossible de les joindre suite à leur départ.

FIGURE 2. RAISONS D'ABANDON DU PROGRAMME MAITRE DE SA VIE DES PARTICIPANTS EN DÉMARCHE DE RÉINSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE

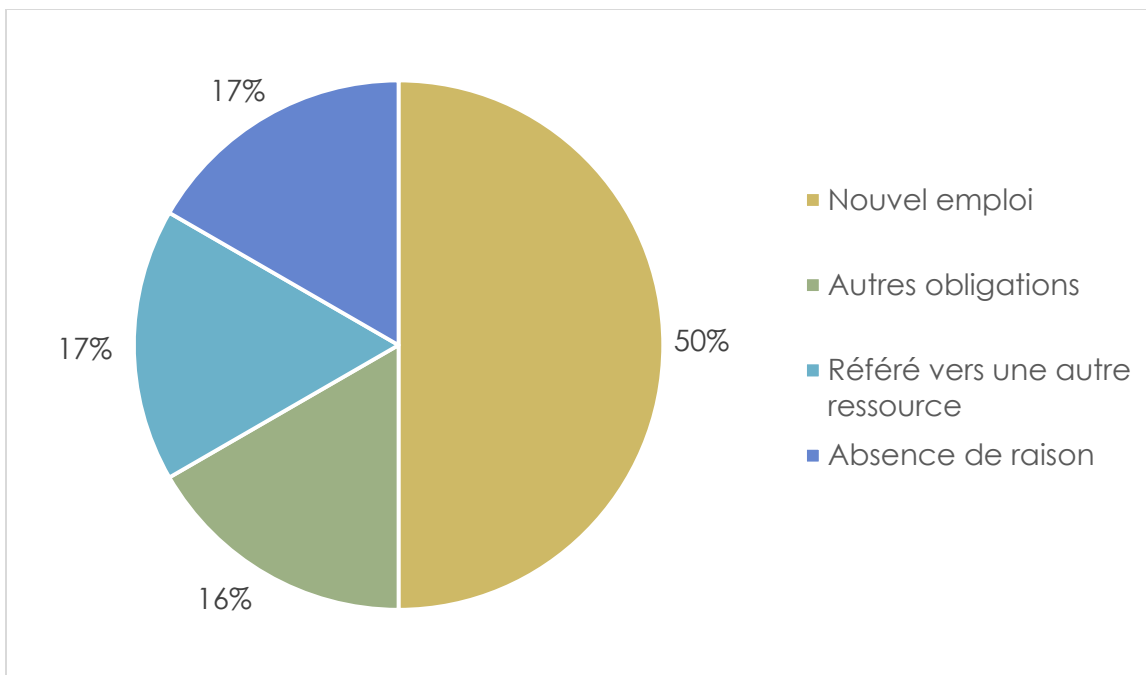
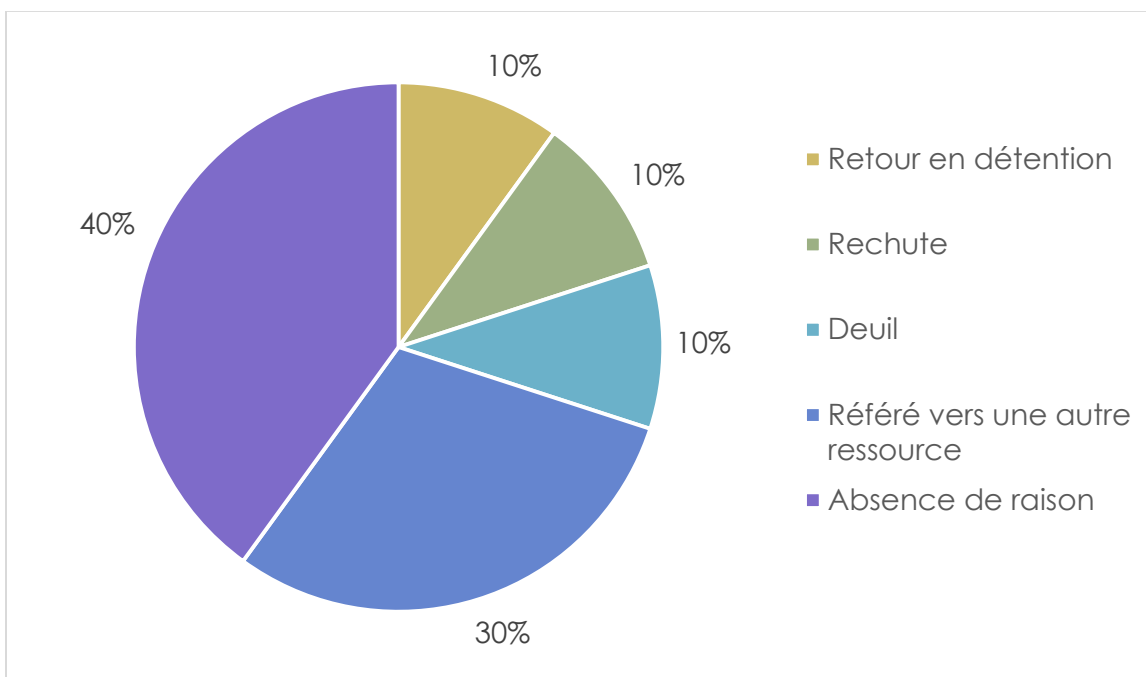


FIGURE 3. RAISONS D'ABANDON DU PROGRAMME MAITRE DE SA VIE DES PARTICIPANTS EN DÉMARCHE DE RÉADAPTATION



4.1.7 SATISFACTION DES PARTICIPANTS

Pour chacun des ateliers, puis pour l'ensemble du programme, la satisfaction de la clientèle a été évaluée. À la fin de chacun des ateliers, les participants avaient l'opportunité de communiquer par écrit et de manière individuelle leurs commentaires et d'indiquer dans quelle mesure l'atelier proposé avait répondu à leurs besoins. De plus, à la fin du programme, ils ont complété une évaluation écrite pour faire part de leur satisfaction quant à l'ensemble du programme. Ils ont également pu partager leurs impressions lors de groupes de discussion.

L'ensemble des ateliers semble avoir été apprécié (tableau 17). En effet, un faible taux de participants a rapporté des insatisfactions quant au contenu des ateliers. L'atelier 6 ayant pour objectif de faire le bilan, l'atelier 4 portant sur les stratégies d'adaptation sécurées et l'atelier 5 portant sur les relations saines sont les ateliers qui ont été les plus appréciés. Ceux-ci semblent avoir permis des prises de conscience importantes et l'acquisition d'outils pratiques comme de nouvelles stratégies d'adaptation.

TABLEAU 17. SATISFACTION EN LIEN AVEC LES DIFFÉRENTS ATELIERS

Atelier 1 : Le traumatisme			
Satisfaction	Totalement satisfait	Satisfait	Peu satisfait
	59,3 %	40,7 %	-
Réponse aux besoins	Totalement	Assez	Peu
	42,6 %	57,4 %	-
<i>« J'ai grandement apprécié cet atelier et les discussions. »</i> <i>« Je me suis bien remis dans les événements passés sans trop les revivre. »</i> <i>« Je sors pensif et interrogateur sur le partage de mon collègue qui m'a fait sortir plein de sentiments et d'émotions. »</i>			
Atelier 2 : La sécurité			
Satisfaction	Totalement satisfait	Satisfait	Peu satisfait
	54,7 %	43,4 %	1,9 %
Réponse aux besoins	Totalement	Assez	Peu
	52,8 %	39,6 %	7,5 %
<i>« La section sur les remémorations et les déclencheurs est instructive et nécessaire, mais pénible et inquiétante. »</i>			

TABLEAU 17. SATISFACTION EN LIEN AVEC LES DIFFÉRENTS ATELIERS (SUITE)

Atelier 3 : La pensée axée sur le rétablissement			
Satisfaction	Totalement satisfait	Satisfait	Peu satisfait
	55,8 %	42,3 %	1,9 %
Réponse aux besoins	Totalement	Assez	Peu
	46,2 %	50,0 %	3,8 %
Atelier 4 : Les stratégies d'adaptation sécurées			
Satisfaction	Totalement satisfait	Satisfait	Peu satisfait
	76,1 %	19,6 %	4,3 %
Réponse aux besoins	Totalement	Assez	Peu
	78,3 %	17,4 %	4,3 %
<p>« J'ai pris conscience du chemin que j'ai déjà fait et je suis agréablement surpris ! »</p> <p>« Très bien en général, des outils très utiles dans mon quotidien et tout au long de ma vie. »</p> <p>« Le plan de sécurité personnalisé est essentiel dans cet atelier. »</p> <p>« C'est très concluant mettre des mots sur les maux. »</p> <p>« C'est merveilleux, je mettrais cet atelier en deuxième atelier. Très constructif. »</p> <p>« Je suis arrivé contrarié, envie de consommer et j'en suis sorti reposé, plus envie de consommer, plus en paix. »</p>			
Atelier 5 : Les relations saines			
Satisfaction	Totalement satisfait	Satisfait	Peu satisfait
	65,8 %	31,6 %	2,6 %
Réponse aux besoins	Totalement	Assez	Peu
	69,4 %	27,8 %	2,8 %
<p>« J'ai adoré cet atelier très bénéfique pour moi. »</p> <p>« TRÈS CONSTRUCTIF! J'ai encore beaucoup de travail à faire sur moi pour réussir à entrer sainement en relation. Mais, je vois aussi que j'ai beaucoup d'outils. »</p> <p>« Très intéressante la rencontre d'aujourd'hui. Je commence à aimer cela et c'est l'avant-dernière rencontre. Au début, je trouvais cela dur, mais j'ai pris mes aises avec le temps. »</p>			
Atelier 6 : L'heure du bilan			
Satisfaction	Totalement satisfait	Satisfait	Peu satisfait
	78,1 %	19,5 %	2,4 %
Réponse aux besoins	Totalement	Assez	Peu
	78,1 %	19,5 %	2,4 %
<p>« Trop rapide (pas assez de temps) pour les portions "la colère" et la "résilience". »</p> <p>« J'ai bien aimé ces ateliers. J'ai fait beaucoup de prises de conscience. »</p> <p>« J'ai réalisé que je me servais déjà de certains outils et j'en ai découvert d'autres. »</p> <p>« Je trouve que 6 ateliers c'est trop court. »</p>			

Les différentes activités du programme Maître de sa vie ont également été appréciées par les participants. Les taux de satisfaction varie, en moyenne, de 2,33/3 à 2,93/3 (1= pas apprécié, 2= apprécié et 3= très apprécié). Parmi les activités les plus appréciées on retrouve le moment présent (atelier 1), l'exercice sur les évènements déclencheurs (atelier 2), l'activité qui porte sur les situations-pensées-émotions-réactions (atelier 3), le plan de sécurité personnalisé (atelier 4), les relations saines (atelier 5) et l'activité qui porte sur la colère, une réaction humaine naturelle (atelier 6). Les participants rapportent également que les ateliers 4, 5, et 6 sont ceux qui répondent le plus aux raisons pour lesquelles ils se sont engagés dans le programme.

Lorsque questionnés sur l'appréciation générale du programme (tableau 18), les participants apprécient le lieu, le moment, l'ambiance des rencontres ainsi que les thèmes proposés. Toutefois, ils auraient apprécié avoir plus d'explications avant de débiter le programme et plus d'informations sur leur progression au cours de celui-ci. De plus, ils auraient aimé avoir plus de rencontres et que celles-ci soient plus longues afin d'avoir davantage de temps pour s'exprimer plus en profondeur quant aux traumatismes, aux "blessures" vécues.

TABLEAU 18. SATISFACTION GÉNÉRALE DU PROGRAMME

Critères de satisfaction générale des participants	Hommes (n=19)	Femmes (n=21)
Lieu des rencontres		
Oui, entièrement	94,7 %	90,5 %
Oui, en partie	5,3 %	9,5 %
Moment des rencontres		
Oui, entièrement	84,2 %	90,5 %
Oui, en partie	15,8 %	9,5 %
Explications du programme		
Oui, entièrement	52,6 %	66,7 %
Oui, en partie	42,1 %	33,3 %
Non	5,3 %	-
Accueil		
Oui, entièrement	94,7 %	95,2 %
Oui, en partie	5,3 %	4,8 %

TABLEAU 18. SATISFACTION GÉNÉRALE DU PROGRAMME (SUITE)

Critères de satisfaction générale des participants	Hommes (n=19)	Femmes (n=21)
Ambiance		
Oui, entièrement	84,2 %	90,5 %
Oui, en partie	10,5 %	9,5 %
Non	5,3 %	-
Nombre de rencontres		
Oui, entièrement	47,4 %	36,8 %
Oui, en partie	31,5 %	15,8 %
Non	21,1 %	47,4 %
<p>« J'aurais aimé qu'il y ait plus de rencontres, que le programme dure plus longtemps. » « J'aurais aimé continuer, peut-être à la fréquence de 1 fois par mois! Je veux continuer à travailler sur les traumatismes. Pour moi c'est la seule façon d'avoir une vie équilibrée. » « J'aurais aimé que ça dure plus que 6 semaines, mais j'ai fini ce programme avec beaucoup d'outils pour mieux cheminer. »</p>		
Durée des rencontres		
Oui, entièrement	68,4 %	38,1 %
Oui, en partie	21,1 %	19,0 %
Non	10,5 %	42,9 %
<p>« Des rencontres échelonnées sur une journée entière seraient appréciées. » « Il faudrait avoir plus de temps pour parler de nos traumatismes. Avoir plus de rencontres ou des rencontres plus longues. » « Manque de temps pour discuter et ventiler et aussi pour approfondir les sujets. »</p>		
Réponses aux besoins		
Oui, entièrement	63,2 %	40,0 %
Oui, en partie	26,3 %	55,0 %
Information progression		
Oui, entièrement	52,6 %	47,6 %
Oui, en partie	36,8 %	47,6 %
Non	10,6 %	4,8 %
Thèmes des rencontres		
Oui, entièrement	73,7 %	85,7 %
Oui, en partie	21,1 %	14,3 %
Non	5,2 %	-

TABLEAU 18. SATISFACTION GÉNÉRALE DU PROGRAMME (SUITE)

Critères de satisfaction générale des participants	Hommes (n=19)	Femmes (n=21)
Recommanderiez-vous ce programme?		
Oui, entièrement	78,9 %	100 %
Oui, en partie	15,8 %	-
Non	5,3 %	-
« Ça prend une bonne patience pour compléter le programme, car c'est difficile émotivement. »		
« Besoin d'un suivi après le groupe pour ma part. Les ateliers donnent des trucs, mais ne vont pas en profondeur dans mes blessures. »		
« J'aurais apprécié plus de dynamisme dans le groupe et une meilleure participation de l'intervenante. Elle ne semblait pas toujours à l'aise. »		
« Travailler plus sur les techniques d'ancrage pratique telles que la respiration, et ce, à chaque rencontre. »		
« Vraiment satisfaisant, j'ai fait plusieurs liens importants dans mon cheminement. »		

Lors de l'évaluation, l'intervenante a rapporté que les évènements traumatiques vécus et nommés par les candidats, vont au-delà du fait d'avoir été victime d'agressions physiques, psychologiques et sexuelles. À titre d'exemple, ils ont nommé avoir vécu des évènements tels que des accidents graves, incarcérations, deuils, négligence, abandons, maladie grave, hospitalisations prolongées, avortements répétées, placements en milieu substitut.

Ce constat a permis à l'intervenante de prendre conscience que le programme *Maitre de sa vie* s'adapte à tous types d'évènements traumatiques. Elle affirme que les objectifs sont pertinents, bénéfiques et réalistes malgré la diversité des évènements vécus. Toujours selon l'intervenante, la perception personnelle concernant une expérience traumatique étant subjective, la motivation de chaque participant à faire partie du programme peut également varier. D'emblée, elle n'a donc pas tenté de discriminer les participants sur la nature ou la gravité de leur traumatisme. Ce choix semble justifié par les effets observés.

En terme de complémentarité, l'intervenante rapporte que les objectifs du programme s'intègre tout à fait avec les objectifs du service de réadaptation. Ce dernier s'en voit même optimisé par la communication et les discussions de cas cliniques qui ont lieu

avec les divers intervenants. Enfin, la satisfaction des participants a créé un effet d'engouement à faire partie du groupe *Maitre de sa vie*.

4.2 ÉVOLUTION DES PARTICIPANTS AU PROGRAMME MAITRE DE SA VIE

La section suivante présente l'évolution des participants en comparant les symptômes traumatiques et les stratégies d'adaptation au stress à l'entrée dans le programme, en cours de programme puis suite à celui-ci. L'effet a été étudié en considérant le genre, la qualité de l'alliance thérapeutique et l'exposition. À partir des résultats obtenus, le programme *Maitre de sa vie* suggère une influence positive sur les symptômes traumatiques et sur les stratégies d'adaptation au stress.

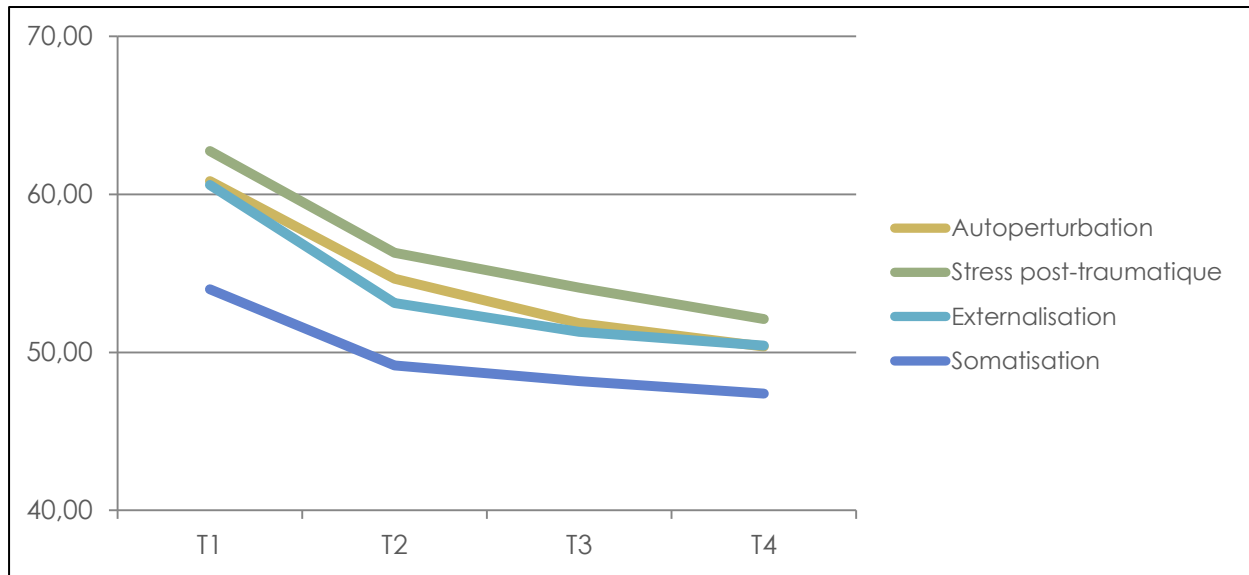
4.2.1 ÉVOLUTION DES SCORES DU STRESS POST-TRAUMATIQUE DU T1 AU T4

Le programme tel que proposé est associé à une diminution significative sur les quatre facteurs du stress post-traumatique. Tel que présenté dans le tableau 19 et dans la figure 4, il est possible de constater que les scores moyens de chacun des facteurs diminuent, et ce, pour chacun des temps de mesure.

TABLEAU 19. ÉVOLUTION DES SYMPTÔMES TRAUMATIQUES DU T1 AU T4

T1			T2			T3			T4		
H (n=37)	F (n=37)	Total (n=74)	H (n=27)	F (n=24)	Total (n=51)	H (n=23)	F (n=25)	Total (n=48)	H (n=17)	F (n=18)	Total (n=35)
Autoperturbation - Score M (é.t.)											
63,00 (13,3)	58,65 (9,4)	60,32 (11,7)	55,78 (11,7)	53,42 (9,8)	54,67 (10,8)	52,17 (11,6)	51,52 (8,7)	51,83 (10,1)	50,06 (12,3)	50,67 (10,6)	50,37 (11,0)
Stress post-traumatique - Score M (é.t.)											
63,14 (11,3)	62,35 (10,2)	62,74 (10,7)	56,30 (9,3)	56,29 (10,5)	56,29 (9,7)	53,04 (8,6)	55,04 (9,4)	54,08 (9,0)	51,53 (10,7)	52,67 (11,7)	52,11 (11,1)
Externalisation - Score M (é.t.)											
62,89 (16,3)	58,30 (12,7)	60,59 (14,7)	53,22 (10,9)	53,00 (10,7)	53,12 (10,7)	51,52 (8,0)	51,08 (8,7)	51,29 (8,3)	49,94 (12,4)	50,89 (11,3)	50,43 (11,7)
Somatisation - Score M (é.t.)											
53,16 (9,6)	54,81 (11,2)	53,99 (10,4)	47,70 (7,0)	50,91 (12,6)	49,18 (10,0)	46,04 (8,3)	50,16 (11,1)	48,19 (10,0)	44,71 (5,7)	50,06 (11,5)	47,38 (9,3)

FIGURE 4. ÉVOLUTION DES SYMPTÔMES TRAUMATIQUES DU T1 AU T4



Des différences significatives sont observées entre les scores obtenus à l'entrée dans le programme (T1) et ceux obtenus à la fin (moyenne des scores T3 et T4), pour l'ensemble des facteurs du stress post-traumatique [autoperturbation ($t=5,90$, $p=0,00$); stress post-traumatique ($t=8,13$, $p=0,00$); externalisation ($t=5,68$, $p=0,00$); somatisation ($t=5,21$, $p=0,00$)].

4.2.2 ÉVOLUTION DES SEUILS CLINIQUES DU STRESS POST-TRAUMATIQUE DU T1 AU T4

À partir des scores obtenus pour chacun des facteurs du stress post-traumatique, il est possible d'identifier les participants qui présentent suffisamment de difficultés pour atteindre un seuil clinique qui indique la présence d'un problème. Le tableau 20 fait état du pourcentage de participants qui présentent ou non un score cliniquement significatif, et ce, pour les quatre temps de mesure.

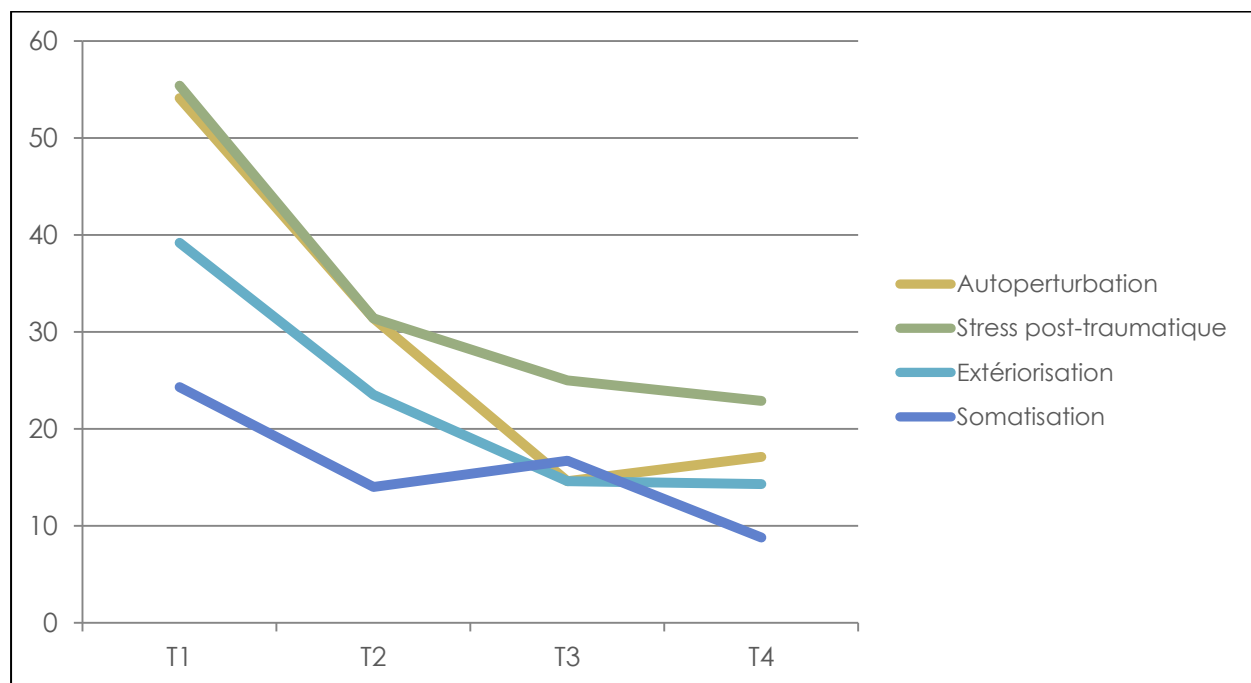
TABLEAU 20. ÉVOLUTION DES SEUILS CLINIQUES DU STRESS POST-TRAUMATIQUE DU T1 AU T4

	T1			T2			T3			T4		
	H (n=37)	F (n=37)	Total (n=74)	H (n=27)	F (n=24)	Total (n=51)	H (n=23)	F (n=25)	Total (n=48)	H (n=17)	F (n=18)	Total (n=35)
Autoperturbation												
Aucun problème	35,1 %	54,8 %	45,9 %	63,0 %	75,0 %	68,6 %	82,6 %	88,0 %	85,4 %	82,4 %	83,3 %	82,9 %
Cliniquement significatif	64,9 %	43,2 %	54,1 %	27,0 %	25,0 %	31,4 %	17,4 %	12,0 %	14,6 %	17,7 %	16,7 %	17,1 %
Stress post-traumatique												
Aucun problème	40,5 %	48,6 %	44,6 %	66,7 %	78,8 %	68,6 %	78,3 %	72,0 %	75,0 %	82,4 %	72,2 %	77,1 %
Cliniquement significatif	59,5 %	51,4 %	55,4 %	33,3 %	29,2 %	31,4 %	21,7 %	28,0 %	25,0 %	17,7 %	27,8 %	22,9 %
Externalisation												
Aucun problème	51,4 %	70,3 %	60,8 %	70,4 %	83,3 %	76,5 %	82,6 %	88,0 %	85,4 %	82,4 %	88,9 %	85,7 %
Cliniquement significatif	48,6 %	29,7 %	39,2 %	29,6 %	16,6 %	23,5 %	17,4 %	12,0 %	14,6 %	17,6 %	11,1 %	14,3 %
Somatisation												
Aucun problème	75,5 %	75,7 %	75,7 %	88,9 %	82,6 %	86,0 %	91,3 %	76,0 %	83,3 %	100 %	82,4 %	91,2 %
Cliniquement significatif	24,3 %	24,3 %	24,3 %	11,1 %	17,4 %	14,0 %	8,6 %	24,0 %	16,7 %	-	17,6 %	8,8 %

Pour les facteurs d'autoperturbation (χ^2 de McNemar = 0,00), de stress post-traumatique (χ^2 de McNemar = 0,00) et d'externalisation (Khi² de McNemar = 0,00), une diminution significative est observée. De façon plus spécifique, pour chacun de ces facteurs, le pourcentage de participants qui atteignent le seuil clinique diminue de plus de la moitié de l'entrée à la fin du programme. Toutefois, bien que le pourcentage de participants qui présentent un seuil clinique à l'entrée dans le programme au facteur de somatisation diminue à la fin de celui-ci, la différence observée n'est pas significative (χ^2 de McNemar = 0,06). Le nombre plus faible de participants qui présentent un seuil clinique de somatisation peut avoir limité la puissance statistique qui permet de constater une différence significative pour ce facteur. Ainsi, non seulement ils voient leur score aux facteurs du stress post-traumatique diminuer, mais ils sont également moins nombreux à atteindre les seuils cliniques pour trois facteurs du stress post-traumatique sur quatre à la fin du programme.

La figure 5 illustre bien la diminution du pourcentage des participants qui présentent un seuil clinique à l'entrée dans le programme et à la fin de celui-ci.

FIGURE 5. ÉVOLUTION DES SEUILS CLINIQUES DES FACTEURS DU STRESS POST-TRAUMATIQUE DU T1 AU T4



4.2.3 ÉVOLUTION DES STRATÉGIES D'ADAPTATION AU STRESS DU T1 AU T4

La participation à ce programme est associée à une augmentation significative de l'emploi des trois stratégies positives d'adaptation au stress (résolution de problèmes, réévaluation positive et recherche de soutien social). De fait, le tableau 21 et la figure 6 démontrent que les scores moyens augmentent entre le T1 et le T4, soit de l'entrée dans le programme et la fin de celui-ci. Il est également possible de constater que le score moyen diminue pour la stratégie de fuite/évitement.

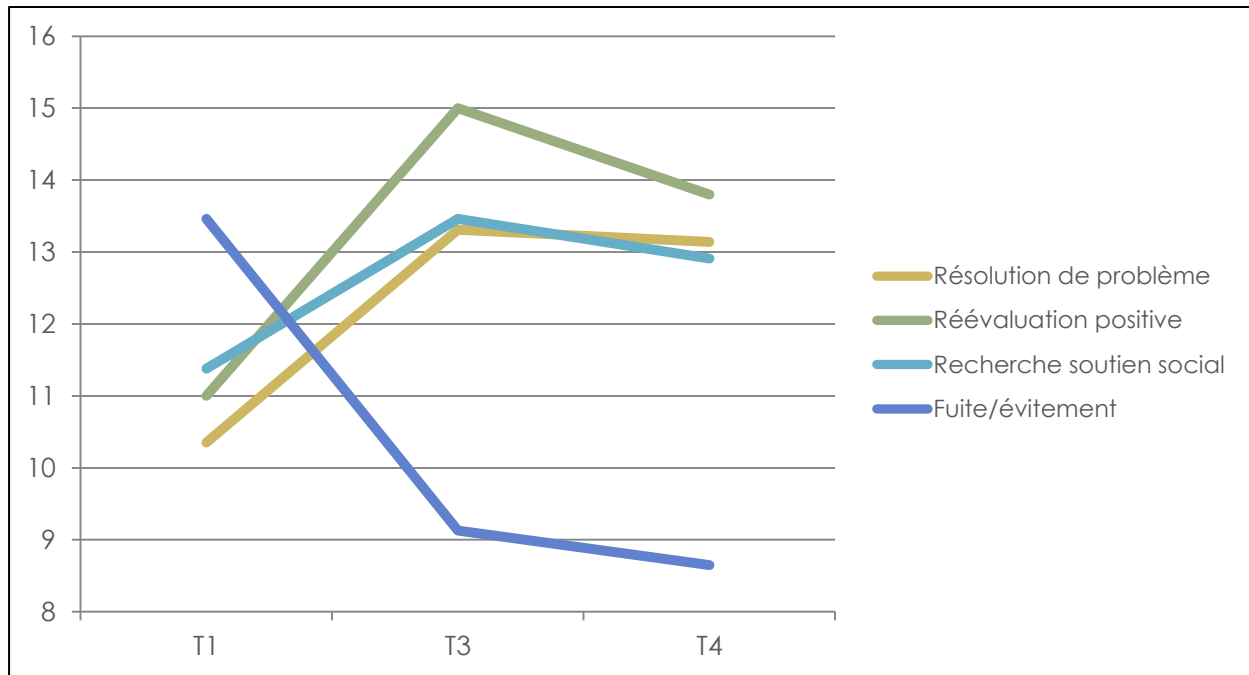
Des différences significatives sont observées entre les scores obtenus à l'entrée dans le programme (T1) et ceux obtenus à la fin du programme (moyenne des scores T3 et T4)¹, pour l'ensemble des stratégies d'adaptation au stress [résolution de problème ($t=5,90$, $p=0,00$); réévaluation positive ($t=4,68$, $p=0,00$); recherche de soutien social ($t=3,35$, $p=0,02$); fuite/évitement ($t=6,90$, $p=0,00$)].

TABEAU 21. ÉVOLUTION DES STRATÉGIES D'ADAPTATION AUX STRESS DU T1 AU T4

T1			T3			T4		
H (n=36)	F (n=35)	Total (n=71)	H (n=23)	F (n=25)	Total (n=48)	H (n=17)	F (n=18)	Total (n=35)
Résolution de problèmes - Score M (é.t.)								
10,74 (3,5)	9,94 (4,6)	10,35 (3,1)	14,13 (2,1)	12,56 (2,4)	13,31 (2,4)	13,53 (2,3)	12,78 (2,5)	13,14 (2,5)
Réévaluation positive - Score M (é.t.)								
11,05 (4,0)	10,94 (5,0)	11,00 (4,5)	14,91 (3,4)	15,08 (4,0)	15,00 (3,7)	13,12 (3,7)	14,44 (4,0)	13,80 (3,9)
Recherche de soutien social - Score M (é.t.)								
11,47 (3,9)	11,29 (3,4)	11,38 (3,7)	13,52 (2,6)	13,40 (3,2)	13,46 (2,9)	12,76 (3,9)	13,06 (2,9)	12,91 (3,4)
Fuite/Évitement - Score M (é.t.)								
12,89 (3,8)	14,09 (4,4)	13,46 (4,1)	8,50 (3,0)	9,74 (3,2)	9,13 (3,1)	7,19 (3,0)	9,94 (4,6)	8,65 (4,2)

¹ Rappelons que le questionnaire portant sur les stratégies d'adaptation n'a pas été administré au T2 de la collecte de données.

FIGURE 6. ÉVOLUTION DES STRATÉGIES D'ADAPTATION AUX STRESS DU T1 AU T4



4.2.4 VARIABLES ASSOCIÉES AUX FACTEURS DU STRESS POST-TRAUMATIQUE À LA FIN DU PROGRAMME

D'abord, pour mesurer les effets du programme sur les quatre facteurs du stress post-traumatique, des analyses de régressions univariées ont été réalisées. Pour chacun des modèles de régression, la valeur du facteur au T1, le sexe des participants et leur âge ont été introduits. Le dosage moyen d'exposition au programme, la qualité de l'alliance thérapeutique à la fin du programme et les scores moyens (T3 et T4) des stratégies d'adaptation ont ensuite été introduits.

Puis, pour chacun des quatre facteurs du stress post-traumatique, deux autres analyses de régression, cette fois-ci, multivariées ont été réalisées. Dans une première et même analyse, la valeur du facteur au T1, le sexe des participants et leur âge, le dosage moyen d'exposition au programme et la qualité de l'alliance thérapeutique à la fin du programme ont été introduits. Une seconde analyse a permis d'introduire la valeur du facteur au T1, le sexe des participants, leur âge et les scores moyens (T3 et T4) des stratégies d'adaptation.

4.2.4.1 Analyses de régressions univariées

Tous les modèles de régressions univariées sont statistiquement significatifs (tableau 22). Ces analyses permettent de prédire la variance d'un phénomène à l'aide d'un facteur explicatif. Ici, elles permettent d'expliquer de manière significative les différences observées quant au niveau des scores moyens des différents facteurs à l'entrée et à la sortie du programme. Pour chacun des facteurs étudiés, le score à l'entrée permet de prédire le score à la sortie du programme. Bien que les participants diminuent leurs symptômes au cours du programme, ceux ayant les scores les plus élevés à l'entrée dans le programme sont également ceux ayant les scores les plus élevés à la fin de celui-ci.

TABLEAU 22. ANALYSES DE RÉGRESSIONS UNIVARIÉES

Modèles de régression	Autoperturbation		Stress post-traumatique		Externalisation		Somatisation	
	β	p	β	p	β	p	β	p
Modèle 1								
• Facteur T1	0,61	0,00	0,74	0,00	0,74	0,00	0,65	0,00
• Sexe du participant	-0,09	0,47	-0,14	0,13	-0,04	0,68	-0,21	0,04
• Âge du participant	0,11	0,37	0,19	0,04	0,00	0,98	0,23	0,02
• Dosage	-0,09	0,46	-0,18	0,05	-0,09	0,40	-0,21	0,04
	Pseudo R ² : 40,8 %		Pseudo R ² : 66,0 %		Pseudo R ² : 55,3 %		Pseudo R ² : 60,9 %	
Modèle 2								
• Facteur T1	0,51	0,00	0,76	0,00	0,65	0,00	0,65	0,00
• Sexe du participant	-0,13	0,34	-0,20	0,05	-0,11	0,32	-0,26	0,02
• Âge du participant	0,05	0,72	0,19	0,06	-0,04	0,72	0,20	0,08
• Alliance thérapeutique	-0,27	0,06	-0,17	0,11	-0,33	0,01	-0,15	0,19
	Pseudo R ² : 29,6 %		Pseudo R ² : 66,5 %		Pseudo R ² : 57,0 %		Pseudo R ² : 59,0 %	
Modèle 3								
• Facteur T1	0,69	0,00	0,78	0,00	0,78	0,00	0,66	0,00
• Sexe du participant	-0,07	0,54	-0,14	0,13	-0,01	0,96	-0,23	0,04
• Âge du participant	0,10	0,39	0,22	0,02	-0,01	0,91	0,26	0,02
• Augmentation de la recherche de soutien social	0,27	0,03	0,33	0,00	0,28	0,01	0,23	0,04
	Pseudo R ² : 43,7 %		Pseudo R ² : 68,4 %		Pseudo R ² : 60,5 %		Pseudo R ² : 55,4 %	

TABEAU 22. ANALYSES DE RÉGRESSIONS UNIVARIÉES (SUITE)

Modèles de régression	Autoperturbation		Stress post-traumatique		Externalisation		Somatisation	
	β	p	β	p	β	p	β	p
Modèle 4								
• Facteur T1	0,68	0,00	0,78	0,00	0,76	0,00	0,71	0,00
• Sexe du participant	-0,09	0,42	-0,15	0,07	-0,05	0,65	-0,21	0,03
• Âge du participant	0,11	0,32	0,22	0,01	0,01	0,89	0,26	0,01
• Augmentation de la résolution de problèmes	0,26	0,03	0,29	0,00	0,20	0,04	0,28	0,01
	Pseudo R ² : 46,3 %		Pseudo R ² : 71,0 %		Pseudo R ² : 54,3 %		Pseudo R ² : 63,9 %	
Modèle 5								
• Facteur T1	0,77	0,00	0,80	0,00	0,83	0,00	0,67	0,00
• Sexe du participant	-0,15	0,18	-0,19	0,03	-0,08	0,42	-0,24	0,02
• Âge du participant	0,04	0,74	0,16	0,06	-0,04	0,70	0,22	0,02
• Augmentation de la réévaluation positive	0,37	0,00	0,33	0,00	0,29	0,01	0,26	0,01
	Pseudo R ² : 50,7 %		Pseudo R ² : 72,7 %		Pseudo R ² : 58,8 %		Pseudo R ² : 63,8 %	
Modèle 6								
• Facteur T1	0,76	0,00	0,76	0,00	0,78	0,00	0,66	0,00
• Sexe du participant	-0,03	0,83	-0,10	0,33	0,00	0,99	-0,18	0,08
• Âge du participant	0,08	0,51	0,19	0,07	-0,03	0,76	0,24	0,02
• Diminution de la fuite/évitement	-0,35	0,01	-0,26	0,01	-0,18	0,12	-0,30	0,00
	Pseudo R ² : 50,4 %		Pseudo R ² : 63,7 %		Pseudo R ² : 54,8 %		Pseudo R ² : 62,6 %	

Pour le facteur d'autoperturbation, les participants qui utilisent davantage des stratégies positives d'adaptation (recherche de soutien social, résolution de problèmes, réévaluation positive) et qui utilisent moins de stratégies négatives (fuite/évitement) présentent des symptômes moindres à la sortie du programme. Ces différents modèles de régression permettent d'expliquer entre 29,6 % et 50,7 % de la variance du facteur d'autoperturbation de l'entrée à la sortie du programme.

Les modèles 2 et 5 démontrent que le sexe des participants est une variable importante quant au niveau de stress post-traumatique vécu. Ainsi, être un homme prédit un score

plus faible de stress post-traumatique. Dans les modèles 1, 3 et 4, on constate que moins les participants sont âgés, moins le score de stress post-traumatique est élevé. Parmi les autres variables étudiées, une plus grande exposition au programme (dosage), l'augmentation de l'utilisation de stratégies positives d'adaptation (recherche de soutien social, résolution de problèmes, réévaluation positive) et la diminution de stratégies négatives d'adaptation (fuite/évitement) sont associées à un score plus faible de stress post-traumatique. Ces différents modèles de régression permettent d'expliquer entre 63,7 % et 72,7 % de la variance du facteur de stress post-traumatique de l'entrée, à la sortie du programme.

La qualité de l'alliance thérapeutique est significativement associée au facteur d'externalisation. Ainsi, une meilleure qualité de l'alliance thérapeutique prédit un score plus faible à ce facteur à la fin du programme. Puis dans les modèles de régression 3, 4 et 5, l'augmentation de l'utilisation de stratégies positives d'adaptation (recherche de soutien social, résolution de problèmes, réévaluation positive) est associée à un score plus faible d'externalisation. Ces différents modèles de régression permettent d'expliquer entre 54,8 % et 60,5 % de la variance de ce facteur de l'entrée, à la sortie du programme.

Dans cinq des six modèles de régression liés au facteur de somatisation, le sexe et l'âge des participants sont significativement associés au score de somatisation à la fin du programme. Ainsi, le fait d'être un homme et d'être moins âgé est associé significativement à moins de symptômes de somatisation à la sortie du programme. Parmi les autres variables étudiées, une plus grande exposition au programme (dosage), l'augmentation de l'utilisation de stratégies positives d'adaptation (recherche de soutien social, résolution de problèmes, réévaluation positive) et la diminution de stratégies négatives d'adaptation (fuite/évitement) sont associées à un score plus faible de somatisation à la fin du programme. Ces différents modèles de régression permettent d'expliquer entre 55,4 % et 63,9 % de la variance de ce facteur de l'entrée, à la sortie du programme.

4.2.4.2 Analyses de régressions multivariées

Tous les modèles de régressions multivariées sont statistiquement significatifs (tableau 23). Ces analyses sont utilisées dans le but d'expliquer ou prédire la variance d'un phénomène à l'aide d'une combinaison de facteurs explicatifs. Ici, elles permettent d'expliquer de manière significative la variation des scores obtenus pour les différents facteurs à la sortie du programme. Sans surprise, la gravité du score à l'entrée permet de prédire le score à ce même facteur à la sortie du programme.

TABEAU 23. ANALYSES DE RÉGRESSIONS MULTIVARIÉES

Modèles de régression	Autoperturbation		Stress post-traumatique		Externalisation		Somatisation	
	β	p	β	p	β	p	β	p
Modèle 1								
• Facteur T1	0,51	0,00	0,73	0,00	0,65	0,00	0,65	0,00
• Sexe du participant	-0,10	0,49	-0,14	0,14	-0,09	0,46	-0,20	0,06
• Âge du participant	0,04	0,78	0,17	0,07	-0,05	0,65	0,18	0,08
• Dosage	-0,17	0,24	-0,26	0,01	-0,13	0,25	-0,27	0,01
• Alliance thérapeutique	-0,27	0,06	-0,16	0,08	-0,38	0,01	-0,14	0,17
	Pseudo R ² : 40,0 %		Pseudo R ² : 72,8 %		Pseudo R ² : 58,7 %		Pseudo R ² : 64,0 %	
Modèle 2								
• Facteur T1	0,82	0,00	0,82	0,00	0,78	0,00	0,67	0,00
• Sexe du participant	-0,09	0,46	-0,14	0,14	0,01	0,95	-0,16	0,12
• Âge du participant	0,02	0,85	0,15	0,11	-0,01	0,94	0,25	0,02
• Augmentation de la recherche de soutien social	-	-	-	-	0,31	0,01	-	-
• Augmentation de la réévaluation positive	0,43	0,00	0,37	0,00	-	-	-	-
• Diminution de la fuite/évitement	-	-	-	-	-	-	-0,31	0,00
	Pseudo R ² : 53,7 %		Pseudo R ² : 69,3 %		Pseudo R ² : 58,6 %		Pseudo R ² : 63,7 %	

Pour les facteurs de stress post-traumatique et de somatisation, une plus grande exposition au programme (dosage), prédit un plus faible score à la sortie du programme. Pour les facteurs d'autoperturbation et d'externalisation, c'est plutôt une

meilleure qualité de l'alliance thérapeutique qui prédit un plus faible score à la sortie du programme. En regard des stratégies d'adaptation au stress, en raison de la taille de l'échantillon, le manque de puissance statistique n'a permis de faire ressortir qu'une seule stratégie d'adaptation pour chacun des facteurs de stress post-traumatique, celle la plus fortement associée. Ainsi, pour les facteurs d'autoperturbation et de stress post-traumatique, l'augmentation de la stratégie d'adaptation de réévaluation positive est associée à un plus faible score. Pour le facteur d'externalisation, c'est plutôt l'augmentation de la recherche de soutien social qui est le plus fortement associé à un faible score à la fin du programme. Enfin, pour le facteur de somatisation, c'est la diminution de la stratégie d'adaptation de fuite et d'évitement, lorsqu'associé au fait d'être moins âgé qui permettrait de prédire un plus faible score suite au programme *Maitre de sa vie*.

5. CONCLUSION

La présente étude avait pour objectif d'évaluer le processus d'implantation et l'efficacité du programme *Maitre de sa vie* au Centre de réadaptation Portage-Québec. Les résultats obtenus permettent de conclure en une bonne qualité d'implantation du programme et en une évolution positive chez les participants.

5.1 IMPLANTATION DU PROGRAMME

À l'entrée dans le programme *Maitre de sa vie*, la majorité des participants étaient célibataires, les femmes étant, toutefois, plus nombreuses que les hommes à avoir des enfants. La majorité des participants ont fait des études secondaires, mais moins de la moitié ont un diplôme d'études secondaires et un participant sur dix a un diplôme d'études post-secondaires. Moins d'un participant sur dix a un travail rémunéré et, conséquemment, la moitié des participants ont un revenu annuel de moins de 12 000\$. Les hommes qui participent au programme ont un plus faible revenu annuel que les femmes.

Sur le plan des agressions subies à l'enfance ou à l'âge adulte, près d'un participant sur deux avait vécu des attouchements sexuels et un participant sur quatre des agressions

sexuelles. Ces prévalences sont comparables chez les hommes et les femmes. Toutefois, ces taux, plus élevés que dans la population générale (Bouchard, Tourigny, Joly, Hébert et Cyr, 2008; Perreault et Brennan, 2009) étaient toutefois attendus, considérant que la présence de toutes formes d'agressions était un critère de sélection des participants dans le cadre de ce programme. Les traumatismes subis ne sont pas sans conséquence puisque l'ensemble des participants présente des symptômes traumatiques. Près de la moitié des participants présentent des symptômes importants et atteignent de ce fait, un seuil clinique. Pour les facteurs d'autoperturbation et de stress post-traumatique c'est près d'un participant sur deux qui atteint le seuil clinique. Pour le facteur d'externalisation, un participant sur trois atteint le seuil clinique et pour le facteur de somatisation, c'est un participant sur cinq. À l'entrée dans le programme, peu de différences sont observées entre les hommes et les femmes sur le plan des facteurs de stress post-traumatique, si ce n'est que les hommes sont plus nombreux à atteindre le seuil clinique au facteur d'autoperturbation. Ce fait va à l'encontre de la plupart des études qui démontrent qu'habituellement, chez les personnes qui présentent une consommation problématique de psychotropes associée à des antécédents d'agressions, ce serait plutôt les femmes qui vivraient davantage de symptômes traumatiques (Driessen *et al.*, 2008; Lehavot, Stappenbeck, Luterek, Kaysen et Simpson, 2014; Schäfer *et al.*, 2009).

Pour pallier ces différents symptômes traumatiques, les participants ont, au fil des années, développé des stratégies d'adaptation. À l'entrée dans le programme, quatre stratégies ont été documentées soit trois stratégies positives (la recherche de soutien social, la résolution de problèmes et la réévaluation positive) et une stratégie négative (fuite/évitement). Ces différentes stratégies semblent être utilisées de manière comparable selon le sexe des participants; la fuite et l'évitement obtenant le score le plus élevé. Ce résultat fait écho aux explications théoriques avancées par différents chercheurs à l'effet que la consommation abusive de psychotropes chez les personnes ayant subi des agressions pourrait prendre la forme d'une stratégie d'évitement de la souffrance psychique reliée à ces traumas (Chen *et al.*, 2004; Goldstein *et al.*, 2010). Ceci expliquerait que cette stratégie est celle utilisée par les participants au début du programme.

De septembre 2013 à mai 2015, 75 participants ont été admis au programme. Cela représente 14 cohortes dont sept d'hommes et sept de femmes. Tout cela, pour un total de 84 ateliers, soit six par cohorte. L'implantation du programme *Maitre de sa vie* peut être qualifiée de très satisfaisante. Du point de vue de l'adhérence, 100 % des ateliers prévus ont été implantés et en moyenne, 97,8 % des activités ont été réalisées. On peut donc conclure à une implantation très fidèle puisque les résultats obtenus sont égaux ou supérieurs à 75 % (Dusenbury, Brannigan, Falco et Hansen, 2003). Pour ce qui est du dosage, la plupart des ateliers ont duré le temps prévu. Notons que deux ateliers ont été plus courts puisque moins de participants étaient présents. Finalement, la durée du sixième atelier a été prolongée à quelques reprises afin de leur permettre de s'exprimer.

Pour expliquer les écarts entre les activités planifiées et les activités réalisées, le manque de temps, la redondance et le manque de pertinence de certaines activités ont été rapportés par l'intervenante. Celle-ci précise que l'identification des déclencheurs est une activité importante, mais comme cela génère beaucoup d'émotions chez les participants, cela peut prendre beaucoup de temps et limiter la réalisation des autres activités. Les techniques d'ancrage sont très appréciées puisqu'elles sont faciles à assimiler. Pour les schémas cognitifs, il est préférable de partir d'exemples concrets basés sur le vécu des participants. En ce qui concerne le journal cognitif, il semble préférable de le réaliser en groupe plutôt qu'en devoir à la maison, puisque c'est une activité difficile qui peut s'avérer confrontante. Cependant, cet outil est très apprécié et permet d'identifier les pensées automatiques et les moyens de les modifier. Quant aux stratégies d'adaptation saines, elles permettent d'envisager des façons saines de faire face aux difficultés. Deux activités apparaissent comme importantes, soit « signes de danger, signes de sécurité » et le « plan de sécurité ». Il en va de même pour l'activité qui porte sur les relations saines. Les jeux de rôles, à partir des expériences personnelles les aident à s'exprimer et à parfaire leurs apprentissages. Les notions de résilience et la gestion de la colère interpellent beaucoup les participants. Toutefois, pour les activités qui portent sur la colère, les exemples ont dû être adaptés pour être plus représentatifs. Le sixième atelier permet de faire le bilan des apprentissages. Ainsi, les contenus concrets et l'importance accordée au vécu semblent être appréciés et contribue davantage à l'évolution positive. La dynamique de groupe doit permettre

aux participants de prendre conscience que d'autres personnes ont vécu des évènements semblables et éprouvent des émotions similaires (Yalom et Lezcz, 2008). L'universalité qui est un facteur thérapeutique important de l'intervention de groupe prend, ici, tout son sens (Plourde, Jennis et Bédard-Nadeau, 2015).

Parmi l'ensemble des personnes invitées à participer au programme *Maitre de sa vie*, 36,1 % ont assisté à tous les ateliers. Selon l'intervenante, les participants étaient pour la grande majorité, attentifs ou actifs au cours des rencontres. En moyenne, les participants ont assisté à 4 ateliers et 50 ont complété le programme. En regard des caractéristiques sociodémographiques, de la nature des traumatismes vécus, aucune différence significative n'a été observée entre les participants qui ont abandonné le programme et ceux qui l'ont complété. Toutefois, certaines différences sont observées en ce qui concerne les symptômes traumatiques. Les participants qui ont abandonné présentaient, à l'entrée dans le programme, davantage de symptômes de stress post-traumatique et de somatisation que ceux qui l'ont complété. Les raisons pour abandonner le programme sont variées et ne sont pas toutes négatives. En effet, les deux principales raisons évoquées sont l'obtention d'un nouvel emploi et une référence dans une autre ressource considérant la gravité de la situation. Des 25 personnes qui ont abandonnées le programme, neuf n'ont pas du tout débuté le programme et 16 personnes ont abandonné en cours de démarche. En somme, sur les 75 participants inscrits, ce sont 16 participants qui n'ont pas complété le programme, soit 7,5% pour le programme de réadaptation et 4,5 % pour le programme de réinsertion socioprofessionnelle. Ces résultats portent à croire que c'est un programme prometteur dans lequel la direction de Portage doit investir.

L'ensemble des ateliers a été apprécié par les participants. Peu ont rapporté des insatisfactions quant au contenu des ateliers. L'atelier 6 qui a pour objectif de faire le bilan, l'atelier 4 qui porte sur les stratégies d'adaptation sécurées et l'atelier 5 qui porte sur les relations saines sont les ateliers qui ont été les plus appréciés. Ils semblent avoir été appréciés parce qu'ils permettent des prises de conscience sur des situations personnelles en plus de faciliter l'acquisition d'outils pratiques et de nouvelles stratégies d'adaptation. Plus précisément, parmi les activités les plus appréciées, on retrouve le

moment présent (atelier 1), l'exercice sur les évènements déclencheurs (atelier 2), l'activité sur les situations-pensées-émotions-réactions (atelier 3), le plan de sécurité personnalisé (atelier 4), les relations saines (atelier 5) et l'activité qui porte la colère, une réaction humaine naturelle (atelier 6).

Lorsque questionnés sur l'appréciation générale du programme, les participants apprécient le lieu, le moment, l'ambiance ainsi que les thèmes proposés lors des rencontres. Toutefois, un complément d'information avant le début du programme ainsi que des rencontres individuelles permettant de situer la progression auraient été appréciés. Enfin, ils ont nommé leur intérêt à avoir plus de rencontres et que celles-ci soient plus longues. Certains résultats convergent donc pour recommander que le programme soit prolongé d'une ou deux rencontres afin de permettre une meilleure intégration des apprentissages. Une rencontre individuelle avec l'animatrice à mi-parcours pourrait être utile pour certains membres du groupe. Cette rencontre pourrait être offerte sur une base volontaire selon le besoin de chacun. Comme certains participants désirent poursuivre le cheminement entamé, il demeure essentiel de maintenir le lien qui s'est installé auprès des différentes ressources et de professionnels pour y référer les usagers.

5.2 ÉVOLUTION DES PARTICIPANTS AU PROGRAMME *MAITRE DE SA VIE*

En ce qui concerne l'évolution des participants, ceux-ci montrent une évolution positive sur les symptômes traumatiques et sur les stratégies d'adaptation au stress. Les participants évoluent favorablement sur les quatre facteurs du stress post-traumatique entre chacun des temps de mesure. Non seulement voient-ils leur score diminuer à chacun des facteurs, mais ils sont également significativement moins nombreux à atteindre les seuils cliniques du stress post-traumatique à la fin du programme. Le programme *Maitre de sa vie* a également un effet positif significatif sur les quatre stratégies d'adaptation au stress entre chacun des temps de mesure. En ce sens, le programme influence l'augmentation de l'utilisation des stratégies positives d'adaptation et la diminution de l'utilisation de la fuite et de l'évitement

Tous les modèles de régressions univariées et multivariées réalisés pour mesurer l'évolution des participants se sont avérés statistiquement significatifs. L'analyse a permis de constater qu'être un homme et être moins âgé prédit un score plus faible de stress post-traumatique et de somatisation à la fin du programme. Toutefois, ces résultats soulèvent plusieurs questionnements. Est-ce que les groupes d'hommes offrent un meilleur soutien afin de contrer les conséquences post-traumatiques que les groupes de femmes? Comme les hommes sont reconnus pour demander moins d'aide que les femmes (Gudjonsson et Sigurdsson, 2003), le groupe leur offre peut-être une occasion moins menaçante de discuter de leurs préoccupations et leurs difficultés. Aussi, la présence d'un score plus faible de stress post-traumatique et de somatisation à la fin du programme chez les participants plus jeunes pourrait, quant à elle, être expliquée par une moins grande chronicité des difficultés.

Parmi les autres variables étudiées, une plus grande exposition au programme (dosage) prédit un plus faible score à la sortie du programme. Or, si une plus grande exposition est associée à l'amélioration de certains symptômes traumatiques, il demeure impossible de préciser à combien d'heures minimalement devraient être exposés les participants pour observer un changement. La participation à toutes les séances du programme doit continuer à être encouragée. Pour les facteurs d'autoperturbation et d'externalisation, c'est plutôt la qualité de l'alliance thérapeutique qui prédit un plus faible score à la sortie du programme. Tel que reconnu dans la littérature, ces résultats confirment que la qualité de l'alliance thérapeutique influe sur l'amélioration de la situation des participants (Horvath, Del Re, Flückiger et Symonds, 2011).

Les participants qui utilisent davantage des stratégies positives d'adaptation (recherche de soutien social, résolution de problèmes, réévaluation positive) et moins de stratégies négatives (fuite/évitement) présentent moins de symptômes traumatiques à la sortie du programme. Pour le facteur d'externalisation, l'augmentation de l'utilisation de stratégies positives d'adaptation (recherche de soutien social, résolution de problèmes, réévaluation positive) permet de faire diminuer les symptômes qui y sont associés (colère, tensions, idéations et comportements suicidaires).

Parmi les différentes stratégies utilisées, la réévaluation positive de la situation est celle la plus fortement associée à la diminution du score d'autoperturbation et du score de stress post-traumatique. La réévaluation positive de sa situation, c'est-à-dire voir l'expérience traumatique selon un nouvel angle, lui accorder une valeur plus positive peut sans doute amener l'individu à améliorer la perception qu'il a de lui-même (moins de sentiment de culpabilité) et modifier les pensées négatives qu'ils entretenaient au sujet de la situation vécue (Bertera, 2005). Parallèlement, l'augmentation de la recherche de soutien social est plus fortement associée à un faible score au facteur d'externalisation. La présence d'un réseau de soutien positif est reconnue comme un facteur de protection dans la gestion des comportements agressifs et autodestructeurs. Pouvoir se confier à une personne significative peut diminuer le risque de passage à l'acte chez un individu (Platt, Keyes et Koenen, 2014). Enfin, la diminution de la fuite et de l'évitement permet, quant à elle, de prédire un plus faible score de somatisation à la suite de la participation au programme. Le fait d'échanger avec d'autres personnes qui ont vécu des expériences adverses similaires et d'être accompagné par un groupe pour gérer la souffrance associée aux traumatismes peut possiblement réduire les stratégies d'évitement et de fuite ainsi que les symptômes de somatisation.

5.3 RECOMMANDATIONS

À la lumière de ces résultats, certaines recommandations sont possibles. On peut affirmer qu'un programme qui s'adresse spécifiquement aux individus qui présentent des symptômes traumatiques dans un organisme en dépendance contribue à la diminution des symptômes traumatiques et à l'adoption de meilleures stratégies d'adaptation au stress.

Les différences observées entre les genres et l'aspect sensible des sujets traités militent en faveur de sous-groupes séparés pour les hommes et les femmes. La présence de participants qui vivent des situations difficiles sur le plan émotif suggère d'offrir le programme à de petits groupes fermés (six participants maximum). Bien que les participants souhaitent l'ajout de séances, un programme de 18 heures permet d'observer des améliorations significatives. Le fait d'amorcer les activités en début de

démarche ou dans le cadre du programme de réinsertion socioprofessionnelle semble à l'achèvement du programme. Idéalement, les activités devraient commencer à mi-parcours, soit entre les 4^e et 6^e semaines suivant l'intégration aux services de réadaptation. Offrir la possibilité de débiter le programme *Maitre de sa vie* au tout début de la démarche de réadaptation ou aux usagers du programme de réinsertion professionnelle qui sont en démarche de recherche d'emploi semble limiter les chances de voir les participants compléter le programme. Dans certains cas, une intervention individuelle pourrait être souhaitable dans un premier temps afin d'aider l'utilisateur aux prises avec une intensité de symptômes post-traumatiques. L'utilisateur pourrait intégrer le programme une fois ces symptômes mieux contrôlés.

En ce qui a trait au contenu du programme, les activités qui proposent des actions concrètes (techniques d'ancrage, journal cognitif, plan de sécurité personnalisé) sont à reconduire. Même si certaines de ces activités sont plus difficiles sur le plan émotif, offertes dans un contexte encadré et de confiance, elles s'avèrent positives pour les participants. Il convient alors pour l'intervenant de bien évaluer les retombées émotives possibles des activités et d'offrir celles-ci dans un contexte sécurisant. L'utilisation des expériences personnelles des participants semble également très appréciée. Cette façon de faire a d'ailleurs été utilisée à maintes reprises dans différents ateliers. Il est suggéré, à cet effet, de modifier le guide d'animation du programme afin de favoriser l'utilisation des expériences personnelles des participants pour illustrer les concepts et pour susciter la réflexion. Les groupes formés dans le cadre du programme *Maitre de sa vie* sont dits thérapeutiques puisqu'ils poursuivent des buts de modification de cognitions, de comportements et de résolution de problèmes (Plourde *et al.*, 2015). En ce sens, l'animateur doit ici être un expert de la problématique traitée et il doit favoriser le partage des expériences communes (Plourde *et al.*, 2015). L'animateur du programme *Maitre de sa vie* doit avoir une expérience significative auprès des personnes dépendantes qui présentent des symptômes traumatiques, mais aussi en intervention de groupe. Donc, il est recommandé d'établir des critères de sélection de la personne chargée de l'animation de manière à assurer la pérennité du programme si l'intervenante actuelle devait quitter.

Enfin, cibler l'amélioration des stratégies d'adaptation contribue à la diminution des symptômes traumatiques. En ce sens, les activités qui visent à conscientiser les participants aux stratégies d'adaptation habituellement utilisées en situation de stress, à identifier des stratégies plus adaptées et moins destructrices et à pratiquer ces nouvelles stratégies sont à maintenir.

5.4 LIMITES DE L'ÉTUDE

Ces différents résultats doivent, toutefois, être interprétés en tenant compte de certaines limites. La plus importante est l'absence d'un groupe contrôle. En effet, en l'absence d'un tel groupe, il est impossible d'affirmer avec certitude que la participation au programme *Maitre de sa vie* produit les améliorations observées. Dans le même ordre d'idée, il est difficile de différencier les effets possibles du programme *Maitre de sa vie* de celui du programme de réadaptation. La présence d'un groupe contrôle, c'est-à-dire des individus qui présentent à la fois une consommation problématique et symptômes liés à des événements traumatiques, mais qui n'aurait participé qu'au programme destiné à vaincre leur dépendance aurait permis d'isoler davantage les effets propres au programme *Maitre de sa vie*. Il pourrait être possible d'en créer un a posteriori.

La taille de l'échantillon a limité la puissance statistique et donc, les analyses pouvant être réalisées. Il aurait été intéressant d'introduire davantage de variables différentes dans les modèles de régression pour identifier les variables les plus fortement associées aux effets du programme. Un échantillon plus important aurait permis d'introduire dans une même analyse, des variables associées au programme (dosage, alliance thérapeutique) et celles associées aux caractéristiques des participants (caractéristiques sociodémographiques, nature des traumatismes vécus, symptômes traumatiques, stratégies d'adaptation).

6. RÉFÉRENCES

- Bertera, E. M. (2005). Mental health in U.S. adults: The role of positive social support and social negativity in personal relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22(1), 33-48.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.
- Bouchard, E. M., Tourigny, M., Joly, J., Hébert, M. et Cyr, M. (2008). Les conséquences à long terme de la violence sexuelle, physique et psychologique vécue pendant l'enfance. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 56(5), 333-344.
- Brière, J. (2011). *Trauma Symptom Inventory-2 professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Brown, P. J., Read, J. P. et Kahler, C. W. (2003). Comorbid posttraumatic stress disorder and substance use disorders: Treatment outcomes and the role of coping. In P. Ouimette, P. J. Brown (Eds.), *Trauma and substance abuse: Causes, consequences, and treatment of comorbid disorders*, (p. 171-188). Washington, DC US: American Psychological Association.
- Burgdorf, K., Chen, X., Walker, T., Porowski, A. et Herrell, J.M. (2004). The prevalence and prognostic significance of sexual abuse in substance abuse treatment of women. *Addictive disorders and their treatment*, 3(1), 1-13.
- Campbell, D.G., Felker, B. L., Liu, C-F., Yano, E.M., Kirchner, J.E. et Chan, D. (2007). Prevalence of depression-PTSD comorbidity: Implications for clinical practice guidelines and primary care-based interventions. *Journal of General Internal Medicine*, 22(6), 711-718.
- Chen, X., Tyler, K. A., Whitbeck, L. B. et Hoyt, D. R. (2004). Early sexual abuse, street adversity, and drug use among female homeless and runaway adolescents in the Midwest. *Journal of Drug Issues*, 34(1), 1-22.
- Cohen, L. R. et Hien, D. A. (2006). Treatment outcomes for women with substance abuse and PTSD who have experienced complex trauma. *Psychiatric Services*, 57(1), 100-106.
- Corbière, M., Bisson, J., Lauzon, S. et Ricard, N. (2006). Factorial validation of a French short-form of the Working Alliance Inventory. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15(1), 36-45.
- Dane, A. V. et Schneider, B. H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: are implementation effects out of control?. *Clinical psychology review*, 18(1), 23-45.

- Driessen, M., Schulte, S., Luedecke, C., Schaefer, I., Sutmann, F., Ohlmeier, M. et al. (2008). Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug, or dual dependence: A multi-center study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(3), 481-488.
- Douaihy, A., Stowell, K.R., Park, T.W. et Daley, C.D. (2007). Relapse prevention: clinical strategies for substance use disorders. In K. Witkiewitz et G.A. Marlatt (Eds.), *Therapist's guide to evidence-based relapse prevention* (p. 37-71). New-York : Elsevier Inc.
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M., & Hansen, W. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: Implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research*, 18(2), 237-256.
- Effective Treatments for PTSD (2009). *Practice guidelines from the international society for traumatic stress studies*. 2ième édition. New York: The Guilford Press.
- Farrugia, P.L., Mills, K.L., Barrett, E., Back, S.E., Teesson, M., Baker, A., Sannibale, C., Hopwood, S., Merz, S., Rosenfeld, J. et Brady, K.T. (2011). Childhood trauma among individuals with co-morbid substance use and post-traumatic stress disorder. *Mental health and substance use*, 4(4), 314-326.
- Folkman, S. et Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-170.
- Goldstein, A. L., Flett, G. L. et Wekerle, C. (2010). Child maltreatment, alcohol use and drinking consequences among male and female college students: An examination of drinking motives as mediators. *Addictive Behaviors*, 35(6), 636-639.
- Gudjonsson, G. H. et Sigurdsson, J. F. (2003). The relationship of compliance with coping strategies and self-esteem. *European Journal Of Psychological Assessment*, 19(2), 117-123.
- Hall, D. H. et Queener, J. E. (2007). Self-medication hypothesis of substance use: Testing Khantzian's updated theory. *Journal Of Psychoactive Drugs*, 39(2), 151-158.
- Heffner, J. L., Blom, T. J. et Anthenelli, R. M. (2011). Gender differences in trauma history and symptoms as predictors of relapse to alcohol and drug use. *American Journal on Addictions*, 20(4), 307-311.
- Hien, D., Cohen, L. et Campbell, A. (2005). Is traumatic stress a vulnerability factor for women with substance use disorders? *Clinical Psychology Review*, 25(6), 813-823.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. et Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16
- Horvath, A.O. et Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233.

- Kubiak, S. (2004). The Effects of PTSD on Treatment Adherence, Drug Relapse, and Criminal Recidivism in a Sample of Incarcerated Men and Women. *Research On Social Work Practice, 14*(6), 424-433.
- Lavallée, C., Clarkson, M. et Chénard, L. (1992). *Enquête sociale et de Santé, 2^{ème} édition*, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement Québec.
- Lavoie, V., Langlois, R., Simoneau, H. et Guay, S. (2008). État de stress post- traumatique et troubles liés à l'utilisation d'une substance: Interrelations et modèles thérapeutiques intégrés. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 18*(3), 92-97.
- Lehavot, K., Stappenbeck, C. A., Luterek, J. A., Kaysen, D. et Simpson, T. L. (2014). Gender differences in relationships among PTSD severity, drinking motives, and alcohol use in a comorbid alcohol dependence and PTSD sample. *Psychology Of Addictive Behaviors, 28*(1), 42-52.
- Marsden, J., Ogborne, A., Farrel, M. et Rush, B. (2000). *International guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive use disorders*. World Health Organisation.
- Mills, K. L., Teesson, M., Ross, J., Darke, S. et Shanahan, M. (2005). The costs and outcomes of treatment for opioid dependence associated with posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Services, 56*(8), 940-945.
- Najavits, L.M. (2001). *Seeking Safety A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse*. New York : Guilford Press.
- Najavits, L. M. et Walsh, M. (2012). Dissociation, PTSD, and substance abuse: An empirical study. *Journal of Trauma and Dissociation, 13*(1), 115-126.
- Ouimette, P., Goodwin, E. et Brown, P. J. (2006). Health and well being of substance use disorder patients with and without posttraumatic stress disorder. *Addictive Behaviors, 31*(8), 1415-1423.
- Ouimette, P. et Read, J. P. (2014). *Trauma and substance abuse: Causes, consequences, and treatment of comorbid disorders (2^{ème} éd.)*. Washington: American Psychological Association.
- Pearson, C., Janz, T. et Ali, J. (2013). *Mental and substance use disorder in Canada*. Ottawa : Statistics Canada.
- Perreault, M., Kateleros, T. E., Sabourin, S., Leichner, P. et Desmarais, J. (2001). Information as a distinct dimension for satisfaction of outpatient psychiatric services. *International Journal of Health Care Quality Assurance, 14*(3), 111-120.
- Perreault, S. et Brennan, S. (2010). La victimisation criminelle au Canada, 2009. *Juristat, 30*(2), 85-002.

- Pirard, S., Sharon, E., Kang, S.K., Gustavi, A.A. et Gastfriend, D.R. (2005). Prevalence of physical and sexual abuse among substance abuse patients and impact on treatment outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 78(1), 57-64.
- Platt, J., Keyes, K. M. et Koenen, K. C. (2014). Size of the social network versus quality of social support: Which is more protective against PTSD? *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 49(8), 1279-1286.
- Plourde, C., Jenniss, E. et Bédard-Nadeau, M-E. (2015). Outil d'observation, d'évaluation et de structuration d'activités de groupe: une solution pour encadrer notre pratique et optimiser le vécu éducatif partagé en groupe. Dans G. Paquette, C. Plourde et K. Gagné (Eds), *Au cœur de l'intervention de groupe* (p. 37-75). *Nouvelles pratiques psychoéducatives*, Collection Psychoéducation. Longueuil: Éditions Béliveau.
- Schäfer, I., Langeland, W., Hissbach, J., Luedecke, C., Ohlmeier, M. D., Chodzinski, C. et al. (2009). Childhood trauma and dissociation in patients with alcohol dependence, drug dependence, or both—A multi-center study. *Drug and alcohol dependence*, 109(1-3), 84-89.
- Schneider, R., Cronkite, R. et Timko, C. (2008). Lifetime physical and sexual abuse and substance use treatment outcomes in men. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35(4), 353-361.
- Somer, E., Altus, L. et Ginzburg, K. (2010). Dissociative psychopathology among opioid use disorder patients: Exploring the 'chemical dissociation' hypothesis. *Comprehensive Psychiatry*, 51(4), 419-425.
- Substance abuse and mental health services administration office of applied studies (2008). *Treatment episode data set (TEDS): 2005*. Discharges from substance abuse treatment services. U.S. department of health and human services.
- Tracey, T.J. et Kokotovic, A.M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment*, 1(3), 207-210.
- Valla, J. P., Breton, J. J., Bergeron, L., Gaudet, N., Berthiaume, C., St-George, M. et al. (1994). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes 6 à 14 ans, 1992 : Rapport synthèse*. Hôpital Rivières des Prairies et Santé Québec en collaboration avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Yalom, D. et Leszcz, M. (2008). *The theory and practice of group psychotherapy* (5e éd.). New York : Basic Books.