

É

Réadaptation au travail

Études et recherches

RAPPORT R-819



Analyse d'un protocole d'intervention post-traumatique et de mesures de gestion associées au Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

*Henriette Bilodeau
André Marchand
Diane Berthelette
Stéphane Guay
Nicole Tremblay*



Solidement implanté au Québec depuis 1980, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) est un organisme de recherche scientifique reconnu internationalement pour la qualité de ses travaux.

NOS RECHERCHES

travaillent pour vous !

Mission

Contribuer, par la recherche, à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi qu'à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes;

Assurer la diffusion des connaissances et jouer un rôle de référence scientifique et d'expertise;

Offrir les services de laboratoires et l'expertise nécessaires à l'action du réseau public de prévention en santé et en sécurité du travail.

Doté d'un conseil d'administration paritaire où siègent en nombre égal des représentants des employeurs et des travailleurs, l'IRSST est financé par la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Pour en savoir plus

Visitez notre site Web ! Vous y trouverez une information complète et à jour. De plus, toutes les publications éditées par l'IRSST peuvent être téléchargées gratuitement. www.irsst.qc.ca

Pour connaître l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement au magazine Prévention au travail, publié conjointement par l'Institut et la CSST. Abonnement : www.csst.qc.ca/AbonnementPAT

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
2014
ISBN : 978-2-89631-726-4 (PDF)
ISSN : 0820-8395

IRSST - Direction des communications
et de la valorisation de la recherche
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : 514 288-1551
Télécopieur : 514 288-7636
publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca
© Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité du travail,
août 2014



Réadaptation au travail

Études et recherches

■ RAPPORT R-819

Analyse d'un protocole d'intervention post-traumatique et de mesures de gestion associées au Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

Avis de non-responsabilité

L'IRSST ne donne aucune garantie relative à l'exactitude, la fiabilité ou le caractère exhaustif de l'information contenue dans ce document. En aucun cas l'IRSST ne saurait être tenu responsable pour tout dommage corporel, moral ou matériel résultant de l'utilisation de cette information.

Notez que les contenus des documents sont protégés par les législations canadiennes applicables en matière de propriété intellectuelle.

*Henriette Bilodeau¹, André Marchand¹,
Diane Berthelette¹, Stéphane Guay², Nicole Tremblay¹*

¹UQAM

²Université de Montréal



Cette publication est disponible
en version PDF
sur le site Web de l'IRSST.

CONFORMÉMENT AUX POLITIQUES DE L'IRSS

Les résultats des travaux de recherche publiés dans ce document
ont fait l'objet d'une évaluation par des pairs.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les personnes qui ont collaboré à la réalisation de cette étude de phase 1 de même que leurs institutions. Il s'agit des personnes ou des organismes suivants :

1. Les collaborateurs du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU) soit :
 - a. La direction du CJM-IU et plus particulièrement, la cadre responsable de l'équipe de stress post-traumatique, madame Suzanne Rainville, ainsi que la coordonnatrice du soutien clinique, madame Martine Jacob pour leur précieuse collaboration à la réussite de ce projet de recherche; la consultante externe, madame Suzanne Comeau, pour sa disponibilité. Un merci spécial est adressé à Madame Anne Duret qui fut une collaboratrice des premières heures sans qui ce projet n'aurait pu être aussi solide tant sur le plan de la pertinence que du bien fondé;
 - b. Les concepteurs de la première heure ainsi que les membres actuels et passés de l'équipe d'intervention post-traumatique pour leur ouverture et leur générosité dans le partage d'information;
 - c. Le Service de la recherche du CJM-IU dont madame Rossitza Nikolova, pour le soutien technique dans la collecte des données et tout au cours de cette étude;
 - d. La direction des ressources humaines du CJM-IU pour l'aide précieuse accordée à l'élaboration des listes de courriels et d'employés visés par l'étude;
 - e. Les employés et gestionnaires de premier niveau du CJM-IU qui ont gracieusement répondu à notre questionnaire.
2. Les collaborateurs de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) dont, monsieur Charles Gagné, pour les liens tissés dans le milieu et pour la gestion des rencontres avec le comité consultatif. Ce comité a alimenté notre réflexion.
3. Les membres de notre comité consultatif qui ont manifesté leur intérêt et leur appui envers ce projet.
4. Les Centres jeunesse des autres régions du Québec qui ont participé à l'objectif 3 de cette étude, nous permettant ainsi de documenter les interventions actuellement en cours dans les différentes régions du Québec.

SOMMAIRE

L'importance des états de stress post-traumatique (ÉSPT) en milieu de travail est indéniable. Les statistiques de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) pour la période 2002 à 2004 indiquent que les travailleurs aux prises avec un ÉSPT ont entraîné des débours de 17 747 600 \$ ce qui est considérablement supérieur à ceux relatifs au stress et à l'anxiété (7 724 669 \$), aux états dépressifs (3 626 814 \$) et à l'épuisement professionnel (797 165 \$). Par ailleurs, l'ÉSPT entraîne des répercussions sur le fonctionnement psychosocial, le retour au travail et la qualité de vie des personnes atteintes. Malgré ces conséquences, rares sont les études qui ont évalué l'efficacité des interventions pour prévenir les ÉSPT et leurs résultats demeurent peu probants. Le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU), par sa mission d'aide, de protection et ses clientèles en difficultés présente un potentiel élevé d'exposition à des événements traumatiques. C'est dans ce contexte que le CJM-IU a conçu, en 1999, une intervention comprenant un protocole d'intervention post-traumatique (IPT) et des mesures de gestion associées, afin de prévenir et d'atténuer le développement de réactions post-traumatiques, d'état de stress aigu et d'état de stress post-traumatique chez les travailleurs ayant vécu de tels événements. Conscient de l'importance d'élaborer des interventions efficaces, le CJM-IU s'est engagé dans un processus visant à les évaluer scientifiquement.

L'objectif général de la recherche est de documenter les services offerts aux travailleurs victimes d'événements à potentiel traumatique et de connaître l'efficacité de l'intervention réalisée par le CJM-IU. La **Phase I**, l'objet de ce rapport, vise à décrire l'intervention du CJM-IU en contexte réel d'application, à en dégager la théorie sous-jacente et à documenter les interventions alternatives présentes dans les autres Centres jeunesse du Québec. La phase II visera à évaluer l'impact de l'intervention sur les travailleurs victimes d'événements traumatiques et fera l'objet d'un projet subséquent.

La phase I est exploratoire et descriptive. Des études de cas en profondeur appuyées sur des entrevues auprès des concepteurs de l'intervention, des membres de l'équipe d'intervention post-traumatique (ÉIPT), de la consultante externe de l'IPT, de la cadre responsable de l'ÉIPT et des gestionnaires impliqués dans des comités de coordination ont été réalisées. S'ajoute aux entrevues, l'examen des documents pertinents et des écrits scientifiques recensés. Les gestionnaires de premier niveau ainsi que les travailleurs à risque d'être exposés à des événements traumatiques ont participé à ce projet en répondant à un questionnaire. Finalement, une recension des interventions alternatives visant la prévention des ÉTSP dans les autres Centres jeunesse du Québec a été réalisée au moyen d'une enquête auprès des directions des ressources humaines des établissements. L'analyse des données qualitatives a été soutenue par le logiciel NVivo9. Les analyses des données quantitatives sont de nature descriptive et ont été réalisées par le biais du logiciel SPSS.

Le modèle de l'IPT a été validé auprès des concepteurs et a fait l'objet d'une analyse logique. Cette analyse a permis de démontrer la pertinence théorique et empirique de l'intervention du CJM-IU. Celle-ci intègre les principales données scientifiques disponibles concernant la prévention des réactions post-traumatiques à la fois secondaire et tertiaire. Les interventions immédiates et post immédiates du CJM-IU s'appuient sur les recommandations des organismes

officiels américains et britanniques œuvrant en santé mentale. La documentation de la mise en application de l'IPT a permis de vérifier que globalement cette intervention jouit d'un haut niveau de conformité dans son application. Les rencontres effectuées par les intervenants de l'ÉIPT respectent le cadre d'intervention prévu. Les stratégies d'intervention préconisées sont utilisées par les intervenants et adaptées selon les besoins particuliers des personnes touchées. Quelques lacunes ont cependant été révélées dans l'application de certaines stratégies cognitives et comportementales telles que la respiration diaphragmatique, le questionnement socratique et l'inoculation au stress. Ces résultats suggèrent la poursuite des efforts réalisés en formation continue et en supervision des intervenants de l'ÉIPT dans leurs activités. En outre, une réflexion s'avère nécessaire sur le temps de libération des membres de l'ÉIPT. Nous avons observé une pression exercée, d'une part, par les exigences professionnelles et, d'autre part, par la disponibilité des membres pour réaliser leurs activités de formation ou simplement, pour mener leur intervention.

À plus long terme, une fois les deux phases (I et II) complétées, nous disposerons de données probantes pour formuler des recommandations aux Centres jeunesse du Québec et aux autres organisations, dont les travailleurs sont à risque d'exposition élevé à un événement traumatique, et qui souhaitent implanter des programmes efficaces de gestion et de prévention des incapacités au travail liés aux ÉTSP.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	I
SOMMAIRE	III
1. INTRODUCTION.....	1
2. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	2
3. MÉTHODE	3
3.1 Devis	3
3.2 Objectif 1 – Modèle théorique de l'IPT et sa théorie sous-jacente.....	3
3.2.1 Recension de la documentation relative à l'IPT	3
3.2.2 Entrevues individuelles avec les concepteurs de l'IPT.....	3
3.2.3 Processus de validation du modèle théorique	4
3.2.4 Logique sous-jacente	4
3.3 Objectif 2 – Mise en œuvre de l'IPT en contexte réel.....	4
3.3.1 Volet quantitatif	4
3.3.2 Volet qualitatif	5
3.4 Objectif 3 – Interventions post traumatiques dans les autres centres jeunesse du Québec.....	8
3.4.1 Participants et procédure.....	8
3.4.2 Instrument	8
3.4.3 Analyse des documents.....	8
4. RÉSULTATS.....	9
4.1 Objectif 1 – Modèle théorique de l'IPT et sa théorie sous-jacente.....	9
4.1.1 Modèle d'intervention post-traumatique du CJM-IU	9
4.1.2 Modèle logique de l'intervention : pertinence et adéquation du protocole d'IPT en lien avec les données probantes les plus récentes	16
4.2 Objectif 2 – Mise en œuvre de l'IPT en contexte réel.....	24
4.2.1 La consultante externe	25
4.2.2 Participation des membres de l'ÉIPT aux activités de formation et de supervision.....	30
4.2.3 Les membres de l'ÉIPT	33
4.2.4 Les questionnaires de premier niveau.....	52
4.2.5 Les employés	64
4.2.6 Analyse des écarts.....	67

4.3	Objectif 3 – Interventions post traumatiques dans les autres centres jeunesse du Québec.....	85
5.	CONCLUSION.....	86
6.	LIMITES DE L'ÉTUDE.....	88
7.	BIBLIOGRAPHIE.....	89
8.	ANNEXE 1.....	94
8.1	Objectif 2 - Formation initiale de 2011.....	94
9.	ANNEXE 2.....	96
	TYPE DE MESURES MISES EN PLACE POUR PRÉVENIR L'ÉSPT DANS LES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC.....	96
9.1	Établissement : 01.....	96
9.2	Établissement : 02.....	96
9.3	Établissement : 03.....	97
9.4	Établissement : 05.....	98
9.5	Établissement : 06.....	98
9.6	Établissement : 07.....	99
9.7	Établissement : 08.....	100
9.8	Établissement : 10.....	100
9.9	Établissement : 12.....	101
9.10	Établissement : 14.....	101
9.11	Établissement : 15.....	102

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Déroulement de la formation initiale de 2009 et maîtrise des objectifs de formation	27
Tableau 2	Rencontre de groupe de l'ÉIPT 2010-2011.....	29
Tableau 3	Participation des membres de l'ÉIPT aux activités de formation et de supervision.....	30
Tableau 4	Caractéristiques des membres de l'ÉIPT	34
Tableau 5	Nombre et type d'événements ayant fait l'objet d'une demande IPT entre le 1^{er} avril 2006 et le 31 mars 2011).....	35
Tableau 6	Nombre et caractéristiques des personnes ayant demandé le soutien de l'ÉIPT entre le 1^{er} avril 2006 et le 31 mars 2011 et nombre de rencontres par demande	36
Tableau 7	Type d'événements et caractéristiques des demandeurs des 14 cas analysés	37
Tableau 8	Délais de la prise en charge des 14 cas analysés.....	39
Tableau 9	Cadre des rencontres des 14 cas analysés.....	40
Tableau 10	Les interventions effectuées lors des rencontres pour les 14 cas analysés.....	42
Tableau 11	Les autres aspects liés aux 14 cas analysés	50
Tableau 12	Caractéristiques sociodémographiques des gestionnaires	53
Tableau 13	Connaissance par les gestionnaires de la politique d'IPT.....	54
Tableau 14	Connaissance du rôle d'informateur parmi les gestionnaires ayant informé leurs employés	55
Tableau 15	Connaissance du rôle du gestionnaire lors d'un ÉT touchant ses employés dans la période du 0-4 heures de l'IPT	56
Tableau 16	Connaissance du rôle du gestionnaire lors d'un ÉT touchant ses employés dans la période du 4 à 72 heures de l'IPT.....	57
Tableau 17	Connaissance du rôle du gestionnaire lors d'un ÉT touchant ses employés dans la période des 72 heures ou + de l'IPT.....	58
Tableau 18	Actions réalisées par le gestionnaire de premier niveau lors d'un ÉT touchant ses employés au cours de l'année 2011 ou 2010 dans la période du 0-4 heures de l'IPT	60

Tableau 19	Actions réalisées par le gestionnaire de premier niveau lors d'un ÉT touchant ses employés au cours de l'année 2011 ou 2010 dans la période du 4 à 72 heures de l'IPT	61
Tableau 20	Actions réalisées par le gestionnaire de premier niveau lors d'un ÉT touchant ses employés au cours de l'année 2011 ou 2010 dans la période des 72 heures ou + de l'IPT.....	63
Tableau 21	Caractéristiques sociodémographiques des employés	64
Tableau 22	Connaissance de l'IPT par les employés du CJM-IU	66
Tableau 23	Connaissance des employés des actions à poser lorsqu'ils sont présents lors d'un événement à potentiel traumatique	66
Tableau 24	Écarts entre les formations initiales de 2009, de 2011 et la formation initiale prévue par le modèle.....	68
Tableau 25	Conformité de l'intervention au modèle du protocole validé à l'objectif 1 ...	72

LISTE DES FIGURES

Figure 1 **Protocole d'intervention post-traumatique et mesures de gestion associées..11**

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARH	Agent(e) de relations humaines
APPR	Agent(e) de planification et programmation de la recherche
CA	Conseil d'administration
CET	Centre d'études sur le trauma
CJ	Centre jeunesse
CJM-IU	Centre Jeunesse de Montréal-Institut universitaire
CSCS	Coordonnatrice/ Coordination du soutien clinique spécialisé
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DG	Directeur général
DGA	Directeur général adjoint
DRH	Direction des ressources humaines
ÉIPT	Équipe d'intervention post-traumatique
ÉSA	État de stress aigu
ÉSPT	État de stress post-traumatique
ÉT	Événement traumatique
IPT	Intervention post-traumatique
IVAC	Indemnisation des victimes d'actes criminels
PAE	Programme d'aide aux employés
TAS	Technicien(ne) en assistance sociale
TCC	Thérapie cognitive et comportementale
TS	Travailleur(se) social(e)
PTSD	<i>Post traumatic stress disorder</i>

1. INTRODUCTION

Notre étude porte sur une intervention novatrice en matière de prévention du développement du stress post-traumatique à la suite d'une exposition à un événement traumatique (ÉT) au travail.

L'état de stress post-traumatique (ÉSPT) est un trouble mental qui se distingue de la plupart des autres troubles – ou de concepts plus globaux comme la détresse psychologique – par le fait que son origine est clairement identifiable : il fait suite à un ÉT. Un événement est considéré traumatique lorsqu'il implique un facteur de stress traumatique au cours duquel la vie d'un individu, son intégrité physique ou celles d'autrui ont été menacées et pendant lequel la personne victime ou témoin a ressenti une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Plusieurs travailleurs sont à risque d'être exposés à un ÉT et certains, en raison des fonctions qu'ils exercent, le sont beaucoup plus que d'autres. Notamment, les travailleurs dont les tâches impliquent le contact avec le public, particulièrement avec des personnes en détresse ou instables, s'avèrent plus à risque de violence. L'enquête sociale générale sur la victimisation révèle que le tiers de tous les cas de violence en milieu de travail au Canada a impliqué une victime qui travaillait dans les secteurs de l'assistance sociale ou des services de soins de santé (De Léséleuc, 2007). Les résultats d'un sondage auprès de travailleurs québécois du secteur de la santé et des services sociaux indiquent que 76% des répondants ont été victimes ou témoins de différents types d'actes de violence au moins une fois au cours des 12 derniers mois, le nombre moyen d'actes vécus étant de 14,5 durant cette période (Guay et al, 2013). Les Centres jeunesse (CJ) de par leur mission d'aide vis-à-vis une clientèle composée de jeunes et de familles en difficulté présentent un risque élevé d'exposition à des événements potentiellement traumatiques. Ceux-ci peuvent prendre des formes très variées : agression physique, menace, intimidation, suicide, mort subite en contexte d'intervention, etc. Selon des données récentes, un éducateur sur deux travaillant dans un CJ du Québec serait victime d'une agression de la part d'un usager au cours d'une année (Goeffrion, 2011). De plus, 95% d'entre eux seraient témoins d'au moins un incident de violence dans leur milieu de travail par année.

Les travailleurs exposés à des ÉT en milieu de travail sont susceptibles de développer des problèmes de santé mentale tels que l'anxiété, l'insomnie, la dépression et des troubles de stress post-traumatiques (Schat et Kelloway, 2005; Aquino et Thau, 2009; Guay et coll., 2013). Sur le plan professionnel, les conséquences liées aux ÉT se manifestent par des coûts exorbitants pour l'individu et l'organisation : baisse de la satisfaction au travail, absentéisme, changement d'emploi, baisse de productivité, etc. (De Mol, 1998; MacDonald et coll., 2003; Aucoin et Beauchamps, 2004; Guay et coll., 2013). Selon une récente étude, plus du tiers des éducateurs en CJ victimes d'une agression ont dû s'absenter du travail suite à l'ÉT et 40% ont songé à quitter leur emploi (Goeffrion et Ouellet, 2013). Ainsi, une organisation dans laquelle les employés sont victimes de violence devra gérer notamment un absentéisme accru, une plus grande fréquence d'arrêts de travail, une perte de productivité, une réduction de rentabilité, un plus grand roulement de travailleurs et des primes d'assurance plus élevées (Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, 2010).

Conscient du risque, le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU) a développé une intervention afin de prévenir le développement de l'ÉSPT, et ce, à partir de consultations et

des rares données probantes dans le domaine. Cette intervention touche de nombreuses facettes du soutien à la personne ayant vécu un ÉT et comprend, un protocole d'intervention post-traumatique (IPT) et des mesures de gestion associées afin de prévenir et d'atténuer le développement de réactions post-traumatiques, d'état de stress aigu (ÉSA) et d'ÉSPT. Cette intervention vise le personnel du CJM-IU, les clientèles et leur famille.

L'intervention comporte différentes mesures d'ordre clinique, de gestion interne et finalement lorsque requises, des mesures d'ordres administratif, parajudiciaire ou judiciaire. Une équipe d'intervention post-traumatique (ÉIPT), composée d'intervenants du CJM-IU formés au post-trauma, est chargée des mesures cliniques de l'intervention. Ces trois types de mesure utilisés conjointement confèrent à l'intervention élaborée par le CJM-IU un caractère novateur dans la prévention de l'ÉSPT. Aucune intervention de cette nature n'a été décrite ou évaluée dans la littérature scientifique entre 2000 et 2013.

2. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif général de cette étude vise à documenter les services offerts dans le cadre de l'IPT aux travailleurs victimes d'événements à potentiel traumatique afin de pouvoir évaluer l'efficacité de l'intervention réalisée par le CJM-IU dans le cadre d'une étude subséquente.

Trois objectifs spécifiques sont poursuivis :

- 1) **Dégager le modèle théorique de l'intervention et la théorie sous-jacente de l'IPT du CJM-IU.** Par la réalisation de l'objectif 1, nous évaluons la plausibilité et le bien-fondé de l'intervention du CJM-IU. Nous répondons alors à la question d'évaluation : est-ce que l'intervention telle qu'elle a été planifiée peut fonctionner? Il s'agit ici de poser un jugement sur le modèle logique théorique de l'IPT et plus particulièrement sur ses fondements théoriques et empiriques.
- 2) **Décrire les variations dans l'implantation de l'IPT; c'est-à-dire les caractéristiques des ressources, des activités, de la formation offerte aux membres de l'ÉIPT par une psychologue consultante externe ainsi que de l'information communiquée aux gestionnaires de premier niveau par les membres de l'ÉIPT, puis de l'information transmise à l'ensemble des employés du CJM-IU par les gestionnaires de premier niveau.** La réalisation de l'objectif 2 nous permet de juger de la conformité de l'intervention dans son application, et ce, dans toutes ses composantes. Nous répondons alors à la question d'évaluation : est-ce que l'IPT a été implantée comme prévu au niveau de sa structure et de son processus? Cette appréciation normative de la structure et du processus de l'IPT s'appuie sur l'intervention planifiée qui est la norme à atteindre tant en matière des ressources matérielles et humaines que des différentes activités à réaliser.

Enfin :

- 3) **Identifier et décrire les interventions alternatives implantées dans les autres CJ du Québec afin de prévenir l'incidence des ÉSPT.** Ce troisième objectif vise à connaître les interventions réalisées dans les autres CJ du Québec. Cette connaissance nous permettra

d'identifier les interventions les plus utilisées et de faire un choix éclairé de l'intervention de comparaison pour l'évaluation des effets prévue lors de la phase 2 du projet.

Ce rapport présente une synthèse des principaux résultats de cette étude exploratoire et descriptive. Vous y trouverez une description de l'intervention conçue par le CJM-IU en contexte réel d'application, une présentation de ses fondements théoriques ainsi que des écarts observés entre l'intervention planifiée et celle réalisée. Vous trouverez également un inventaire des interventions effectuées dans les autres CJ du Québec afin de réduire l'apparition du stress post-traumatique.

Les résultats présentés dans ce rapport s'inscrivent dans une démarche de construction des connaissances sur l'efficacité des interventions de prévention secondaire et tertiaire de l'ÉSPT et de gestion des ÉT.

3. MÉTHODE¹

3.1 Devis

L'étude utilise une méthodologie de recherche exploratoire et descriptive mixte. Son devis est principalement qualitatif auquel nous avons ajouté un volet quantitatif dans le cadre de l'objectif 2. La méthode est présentée par objectif de recherche.

3.2 Objectif 1 – Modèle théorique de l'IPT et sa théorie sous-jacente

3.2.1 Recension de la documentation relative à l'IPT

Dans un premier temps, une recension de la documentation relative au protocole d'IPT produite par le CJM-IU entre 2005 et 2011 a été examinée. À l'aide de ces documents, nous avons élaboré un premier modèle schématique de l'intervention post-traumatique.

3.2.2 Entrevues individuelles avec les concepteurs de l'IPT

Dans un deuxième temps, les 11 concepteurs du protocole d'IPT ont été sollicités par courriel pour participer à l'étude. Six d'entre eux ont accepté. Cinq sont à l'emploi des CJ depuis 10 à 35 ans et un agit à titre de consultant externe depuis 11 ans. Tous ont participé à la révision de l'IPT en 2005-2006 qui a donné lieu à la *Politique d'intervention post-traumatique et mesures de gestion associées* actuellement en vigueur au CJM-IU. L'entrevue semi-dirigée visait à définir les différentes composantes de l'intervention et à saisir ses mécanismes d'action sur la prévention de l'ÉSPT. Les questions ont été élaborées à partir du modèle d'IPT décrit dans les documents recensés. Les entrevues ont été enregistrées et retranscrites. Une analyse du contenu a été effectuée par thèmes homogènes selon les composantes de l'intervention.

¹ Tous les questionnaires, grilles d'entrevue et d'observation ainsi que les grilles de codification sont disponibles sur demande auprès des chercheurs.

3.2.3 Processus de validation du modèle théorique

À partir des documents recensés et des résultats de l'analyse du contenu des entrevues, une synthèse du modèle théorique de l'IPT a été produite. Ce modèle a été soumis à quatre des six concepteurs interviewés, à la coordonnatrice du soutien clinique spécialisé (CSCS) et à la cadre responsable de l'ÉIPT lors d'une réunion de groupe afin d'être commenté et validé. La discussion, enregistrée sur support audio, a permis d'apporter des clarifications et des précisions au modèle. Une seconde rencontre avec les deux concepteurs ayant eu une implication majeure dans l'élaboration du modèle, l'un en matière organisationnelle et l'autre en matière clinique, a permis de finaliser la validation. Ce modèle final de l'IPT constitue l'étalon de référence auquel sera comparée l'application de l'intervention en situation réelle dans le cadre de l'objectif 2.

3.2.4 Logique sous-jacente

Une recension des connaissances théoriques et empiriques sur la prévention de l'ÉSPT a été effectuée par un des chercheurs, expert du domaine du trauma, afin d'évaluer la pertinence de chacune des composantes de l'intervention et la plausibilité des hypothèses de production des effets.

3.3 Objectif 2 – Mise en œuvre de l'IPT en contexte réel

3.3.1 Volet quantitatif

3.3.1.1 Participants

Employés. Sur l'ensemble des 2 712 employés du CJM-IU (excluant les membres de la direction et les gestionnaires de premier niveau), les groupes à risque d'être exposés ou témoins d'un ÉT ont été identifiés en collaboration avec la direction des ressources humaines (DRH) et les collaborateurs du CJM-IU. La nature du poste occupé, le site de travail et l'exposition à la clientèle du CJ sont les critères qui ont servi à identifier les groupes cibles. À la demande de la direction du CJM-IU, un échantillonnage a été fait afin de réduire l'ampleur de la sollicitation. Ainsi, un total de 2 059 employés a été sollicité dont 838 ont répondu au questionnaire, pour un taux de participation de 40,7 %.

Gestionnaires. L'ensemble des 122 gestionnaires de premier niveau (chefs de service et chefs de la permanence) a été invité à participer à l'étude. De ce nombre, 80 gestionnaires ont répondu positivement pour un taux de participation de 65,6 %.

3.3.1.2 Procédure

Un message diffusé sur l'intranet du CJM-IU a annoncé que des employés et gestionnaires seraient sollicités pour participer à une étude sur l'IPT. Les employés réguliers ayant accès à un poste informatique dans le cadre de leur travail (les éducateurs, les agent(e)s de relations humaines (ARH), les technicien(ne)s en assistance sociale (TAS), les professionnel(le)s, le personnel administratif, les gestionnaires de premier niveau) ont reçu un courriel expliquant les objectifs de

l'étude et les invitant à remplir un questionnaire. Un hyperlien donnant accès au questionnaire en ligne (*survey monkey*) était inclus au courriel. Le participant devait indiquer son consentement à la première page du questionnaire pour accéder aux questions suivantes. Aucun dispositif ne permettait d'identifier le répondant. Les employés réguliers n'ayant pas accès à un poste informatique dans le cadre de leur travail (les agent(e)s d'intervention, les surveillants d'établissement, les préposé(e)s, le personnel de soutien et les employés sur la liste de rappel) ont reçu un questionnaire sur support papier à leur attention par courrier interne ou à domicile par courrier postal pour les employés figurant sur la liste de rappel.

3.3.1.3 Instruments

Questionnaire des employés. Le questionnaire vise à évaluer dans quelle mesure l'IPT est diffusée et connue des employés du CJM-IU. Les 28 questions portent principalement sur la connaissance de leur rôle dans le déroulement de l'IPT.

Questionnaire des gestionnaires. Le questionnaire vise à évaluer la connaissance, la diffusion et l'application de l'IPT par les gestionnaires de premier niveau. Les 50 questions portent sur la connaissance de leur rôle dans l'IPT et l'application de celui-ci lors d'un événement.

3.3.2 Volet qualitatif

3.3.2.1 Participants

La consultante externe de l'IPT, sept des 12 intervenants de l'ÉIPT actifs au cours de l'année fiscale 2010-2011², la cadre responsable de l'équipe ainsi que 11 des 17 gestionnaires ayant œuvré dans un comité de coordination dans le cadre de l'IPT pendant la période du 1^{er} avril 2008 au le 31 mars 2011 ont participé à une entrevue individuelle.

3.3.2.2 Procédure

Entrevues. La cadre responsable de l'ÉIPT a identifié toutes les personnes concernées. Celles-ci ont été invitées par courriel à une entrevue individuelle. Afin de faciliter et d'abrèger le déroulement des entrevues de la consultante externe et des membres de l'ÉIPT, un questionnaire sur les activités de formation de la dernière année fiscale (2010-2011) a été transmis par courriel avant la rencontre. Les entrevues individuelles semi-dirigées ont été menées par une professionnelle de recherche, psychologue clinicienne. Les entrevues se sont déroulées au bureau des participants ou dans un local d'un établissement du CJM-IU. Elles ont été enregistrées et retranscrites intégralement.

Observation non participative de la formation initiale de 2011. La chercheuse principale et la professionnelle de recherche ont assisté à la formation de trois jours et demi des nouveaux membres de l'ÉIPT de 2011. Elles ont observé et noté, à l'aide d'une grille d'observation, le déroulement de la totalité de la formation.

² Une année fiscale débute le 1^{er} avril de chaque année et se termine le 31 mars de l'année suivante.

3.3.2.3 Instruments

Les questionnaires de pré-entrevue. Ces questionnaires visaient à décrire les activités de formation et de supervision offertes aux membres de l'ÉIPT par la consultante externe au cours de la dernière année, soit du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2011. Les questions sont de nature factuelle.

Entrevue de la consultante externe. Les questions de l'entrevue semi-structurée ont été élaborées à partir de la description des activités de formation prévues et citées dans le guide de pratique et de formation des membres de l'ÉIPT du CJM-IU. Les questions visaient à obtenir une description du déroulement de la formation initiale et des activités de formation et de supervision données aux membres de l'ÉIPT entre le 1^{er} avril 2010 et le 31 mars 2011.

Entrevue des membres de l'ÉIPT. L'entrevue semi-structurée se divise en deux sections. La première vise à décrire et recueillir les perceptions des membres de l'ÉIPT sur le déroulement de la formation initiale et les différentes activités de formation et de supervision auxquelles ils ont participé au cours de la dernière année. La deuxième section de l'entrevue vise à décrire le déroulement de deux interventions effectuées dans le cadre de l'IPT. Les cas explorés ont été sélectionnés par les chercheurs à partir du bilan des activités 2010-2011 de l'ÉIPT. Les cas sélectionnés réfèrent aux deux interventions les plus récentes. En explorant des cas spécifiques et récents plutôt que des questions d'ordre général, nous tentions de minimiser les biais de rappel qui surviennent fréquemment dans ce type d'étude. Les questions relatives aux interventions ont été élaborées à partir du modèle d'IPT validé dans le cadre de l'objectif 1 de l'étude.

Entrevue des gestionnaires. Les questions de l'entrevue ont été élaborées à partir de la description des activités du comité de coordination décrites dans les documents du CJM-IU et du modèle d'IPT validé dans le cadre de l'objectif 1. Elles portaient sur le rôle et les activités du gestionnaire à chaque phase de l'intervention.

Grille d'observation de la formation initiale de 2011. Les éléments observés ont été élaborés à partir du guide de formation des membres de l'ÉIPT de 2009 et des données de l'entrevue avec la consultante externe. Au total, la grille comptait 14 thèmes. Tout autre contenu abordé ainsi que des observations globales quant au déroulement de la formation devaient aussi être notés.

3.3.2.4 Analyse des entrevues

Le contenu des entrevues des membres de l'ÉIPT et des gestionnaires a été codifié et analysé à l'aide du logiciel d'analyse qualitative *NVivo* (version 9). Le contenu de l'entrevue de la consultante externe a été subdivisé en thèmes homogènes à partir des questions de l'entrevue. L'ensemble de la codification a été effectué par une professionnelle de recherche également psychologue clinicienne (Ph. D.).

Codification des entrevues des intervenants de l'ÉIPT. Une grille d'analyse a été élaborée, selon une approche déductive, à partir des questions de l'entrevue et du modèle d'IPT validé à l'objectif 1. Deux entrevues choisies au hasard ont permis de vérifier l'exhaustivité des codes de contenu. La grille d'analyse initiale était formée de quatre grandes catégories, soit la formation et

l'expérience professionnelle des participants, les activités de formation et de supervision de l'ÉIPT, le déroulement d'une intervention post-traumatique et les aspects généraux. Chacune des catégories était subdivisée en sous-catégorie comportant un total de 86 codes de contenu. L'ensemble du contenu des entrevues a été codifié à l'aide des 86 codes de la grille initiale. Après codification, l'examen du contenu de chacun des codes a mené à la création de 19 nouveaux sous-codes. Les codes relatifs au déroulement d'une intervention post-traumatique ont été soumis à une analyse par cas permettant de faire ressortir le déroulement de chacune des 14 interventions. Un jugement sur la présence ou l'absence de chacune des stratégies d'intervention prévues par le modèle d'IPT a été posé.

Codification des entrevues des gestionnaires. Une grille d'analyse a été élaborée, selon une approche déductive et inductive, à partir des questions de l'entrevue, du modèle d'IPT validé à l'objectif 1 et des thèmes qui ont émergé du discours des participants. La grille a été conçue à partir de trois entrevues choisies au hasard. La grille d'analyse initiale est formée de quatre grandes catégories, soit la formation et l'expérience professionnelle des participants, les informations et la connaissance sur l'IPT, la gestion de l'ÉT et les perceptions sur les activités de l'IPT. Chacune des catégories est subdivisée en sous-catégorie comportant un total de 81 codes de contenu. Après codification, l'examen de chacun des codes a mené à la création de 14 nouveaux sous-codes. Les codes relatifs à la gestion de l'ÉT ont été soumis à une analyse par événement et par séquence temporelle afin de saisir le déroulement de chacune des interventions. Afin de vérifier la validité de la codification, deux entrevues choisies de façon aléatoire ont été codifiées par deux juges indépendants. Le pourcentage d'accord sur les codes varie entre 85,6 % et 100 % (M = 98,09 %). Les résultats des analyses qualitatives portant sur la description du déroulement des interventions post-traumatiques impliquant un comité de coordination ne seront pas présentés dans ce rapport. Seule la conformité relative aux actions attendues et un bref sommaire des observations seront présentés (réf. Tableau 25 et sous-section 4.2.6.3.2). Les résultats descriptifs sont disponibles sur demande auprès des auteurs.

Codification de l'entrevue de la cadre responsable de l'ÉIPT. Le contenu relatif à la formation et à l'expérience professionnelle, aux activités de formation et de supervision et au déroulement d'une intervention post-traumatique sans comité de coordination a été codifié à l'aide de la grille d'analyse des intervenants de l'ÉIPT à l'intérieur des codes existants. Huit codes spécifiques au contenu de l'entrevue de la cadre responsable ont été ajoutés à la grille. Le contenu relatif au déroulement d'une intervention ayant nécessité une coordination a été codifié à l'aide de la grille des gestionnaires.

3.3.2.5 Analyse de la formation

Les observations notées par les deux observatrices ont été regroupées et compilées. Une comparaison des contenus des séances d'observation a été effectuée afin de s'assurer de couvrir l'ensemble des informations.

3.3.2.6 Analyse des écarts

La conformité de chacune des composantes de l'intervention a été évaluée à partir de la comparaison de l'ensemble des données (qualitatives et quantitatives) obtenues dans le cadre de

l'objectif 2 avec celles du modèle validé à l'objectif 1. La conformité des activités de formation et celles réalisées par les membres de l'ÉIPT et les gestionnaires ayant participé à un comité de coordination ont été évaluées par jugement consensuel à partir des données issues de l'analyse qualitative des entrevues. Celles des employés et des gestionnaires de premier niveau ont été évaluées à partir des données quantitatives issues des questionnaires. La conformité relative aux connaissances de l'IPT est établie lorsque 90 % des employés ou des gestionnaires ont identifié correctement une action prévue par son rôle dans l'intervention. La conformité des actions réalisées par le gestionnaire est basée sur les réponses de ceux qui rapportent avoir eu des employés exposés à des ÉT au sein de leur équipe au cours de l'année 2010 ou 2011 (n=47). Seule la conformité des actions jugées essentielles par le protocole a été évaluée. Celle-ci est établie lorsque 90 % des gestionnaires rapportent avoir effectué *systématiquement* ou *souvent* (*dès qu'une situation l'exigeait*) l'action prévue. La conformité des actions déployées au besoin, qui impliquent un jugement de la situation et du contexte, n'est pas évaluée.

3.4 Objectif 3 – Interventions post traumatiques dans les autres centres jeunesse du Québec

3.4.1 *Participants et procédure*

La liste de tous les CJ du Québec et leurs coordonnées ont été recueillies à partir du site Web de l'Association des centres jeunesse du Québec. Le responsable de la santé et de la sécurité au travail de la DRH de chacun des 15 établissements répertoriés a été contacté par téléphone et invité à participer à l'étude. La participation consistait à fournir de l'information sur les interventions mises en place par l'établissement pour prévenir l'ÉSPT chez les employés victimes d'un ÉT. Un bref questionnaire a été envoyé par courriel à chaque établissement participant. Ce dernier était également invité à fournir toute documentation décrivant les mesures ou politiques mises en place. Onze établissements nous ont fourni des informations sur leurs pratiques à l'égard des ÉT.

3.4.2 *Instrument*

Un questionnaire fut élaboré afin de recueillir des informations relatives aux interventions implantées dans les autres CJ du Québec. Les questions portaient sur l'existence et la description des mesures d'ordres clinique, administratif ou autres qui ont été mises en place.

3.4.3 *Analyse des documents*

Des documents reçus, une description de la situation dans les autres CJ du Québec a été extraite. L'existence d'un programme, sa nature (interne/externe), la clientèle visée, et d'autres informations permettaient d'avoir un tableau de la situation générale.

4. RÉSULTATS

4.1 Objectif 1 – Modèle théorique de l'IPT et sa théorie sous-jacente

Le premier objectif de l'étude visait à dégager le modèle théorique de l'intervention. Ce modèle constitue l'intervention standard de l'IPT auquel sera comparée l'application de l'IPT en situation réelle mesurée dans le cadre de l'objectif 2. Puis nous devons dégager la logique théorique sous-jacente à la base de l'IPT afin de juger de sa capacité à produire les effets attendus (validité interne). Le jugement sur le bien-fondé de l'IPT reposait sur les écrits scientifiques, les résultats d'études empiriques, les recensions d'écrits et méta-analyses permettant de faire des comparaisons entre les différentes composantes de l'IPT et les conclusions tirées de ces études.

4.1.1 *Modèle d'intervention post-traumatique du CJM-IU*

Le premier protocole d'IPT a été adopté en 1999 et marqua le début des activités de l'ÉIPT. Cette équipe, composée d'intervenants du CJM-IU formés à l'intervention post-traumatique, est chargée des mesures cliniques de l'intervention. En 2005, une révision du protocole a été effectuée afin de tenir compte des avancées scientifiques dans le domaine de l'intervention post-traumatique. Cette révision a donné lieu à la *Politique d'intervention post-traumatique et mesures de gestions associées* actuellement en vigueur au CJM-IU. Cette politique définit la séquence et la nature des interventions à exécuter ainsi que les mesures de gestion qui y sont associées lorsque survient un ÉT pouvant toucher le personnel ou les usagers du CJM-IU. La nature et l'ampleur des événements guidaient le type d'intervention et de mesures à mettre en place. Les événements traumatiques porteurs de violence physique ou psychologique (p.ex., agression physique et verbale, menace, intimidation, décès en contexte d'intervention, etc.) touchant un ou quelques individus impliquent des mesures de soutien post-traumatique centrées sur les personnes touchées. Par ailleurs, certains événements, de par leur nature et leur gravité, nécessiteront des interventions et des mesures particulières. Selon la politique établie en 2006, une équipe de gestionnaires assurant la coordination des actions doit être mise sur pied dès qu'un événement majeur est susceptible de percuter tout un milieu. Le type d'intervention déployée dépendra de la nature de l'événement. Une situation impliquant un **suicide** (d'un usager ou d'un employé dans le cadre de ses fonctions) nécessitera une intervention de postvention³ en plus de la mise sur pied d'une équipe de coordination. L'intervention de postvention ne fait pas partie de l'étude évaluative car elle n'a pas été implantée ni mise en œuvre de façon systématique au cours de la période étudiée.

4.1.1.1 Description détaillée du modèle d'IPT

La Figure 1 présente l'intervention post-traumatique et les mesures de gestion qui y sont associées lors d'un événement porteur de violence (autre qu'un suicide) touchant une ou plusieurs personnes (employé, membre de la famille d'un bénéficiaire, stagiaire, bénévole). Une

³ La postvention réfère à un ensemble d'interventions soutenues et promptement offertes visant principalement à contrer l'effet de contamination des gestes suicidaires.

description détaillée et complète du rôle de chacun des acteurs à chaque étape temporelle de l'intervention est disponible sur demande auprès des auteurs.

4.1.1.1 Intervention immédiate (0 - 4 heures)

L'intervention immédiate vise essentiellement à assurer la sécurité physique de la ou des personnes touchée(s) et à lui fournir les premiers soins physiques et psychologiques nécessaires. Le personnel présent est alors directement sollicité et avise le supérieur immédiat. Il incombe au supérieur ou à son remplaçant⁴ d'évaluer la situation, les besoins et d'organiser les mesures à prendre. À cette étape, il peut consulter le cadre responsable de l'ÉIPT s'il a besoin d'être conseillé sur les actions à prendre. Vous trouverez sur la Figure 1 les différents acteurs impliqués à cette étape et leurs principaux rôles.

4.1.1.2 Intervention court terme (4 – 72 heures)

Lorsque la situation est maîtrisée et que la sécurité des personnes touchées est assurée, un soutien direct et personnalisé leur est offert. Le supérieur immédiat est la porte d'entrée au soutien offert par l'ÉIPT. Selon les demandes et les souhaits de chaque personne touchée et de son évolution par rapport à l'événement, le supérieur immédiat peut lui offrir différentes options de soutien (l'ÉIPT, le programme d'aide aux employés (PAE), une ressource spécialisée, etc.). Ce gestionnaire a également la responsabilité d'initier et d'appliquer les différentes mesures de soutien administratif (p. ex., congés) auprès des employés touchés. Tout au long de la démarche, il peut avoir recours au cadre responsable de l'ÉIPT pour recevoir ses conseils et se faire guider dans ses décisions. Aussi, dès qu'il est en contact avec l'employé touché et avec son accord, l'intervenant de l'ÉIPT peut lui faire part de ses recommandations. Mais au final, c'est le supérieur immédiat qui possède le pouvoir décisionnel concernant l'application des mesures de soutien administratif auprès de son employé. La Figure 1 décrit les différents acteurs impliqués à cette étape et leurs principaux rôles. La séquence temporelle entre ces différentes actions n'est pas nécessairement linéaire. Par exemple, le supérieur peut contacter le cadre responsable de l'ÉIPT *avant* ou *après* avoir fait l'offre du soutien de l'ÉIPT à l'employé touché. Dans certains cas, il peut demander conseil et vérifier préalablement auprès du cadre de l'ÉIPT la pertinence de proposer une offre et, dans d'autres cas, il peut faire directement l'offre à l'employé et en informer le cadre de l'ÉIPT par la suite.

⁴ Le supérieur immédiat réfère au chef de service et son remplaçant au chef de la permanence

FIGURE 1 : PROTOCOLE D'INTERVENTION POST-TRAUMATIQUE DU CJM-IU

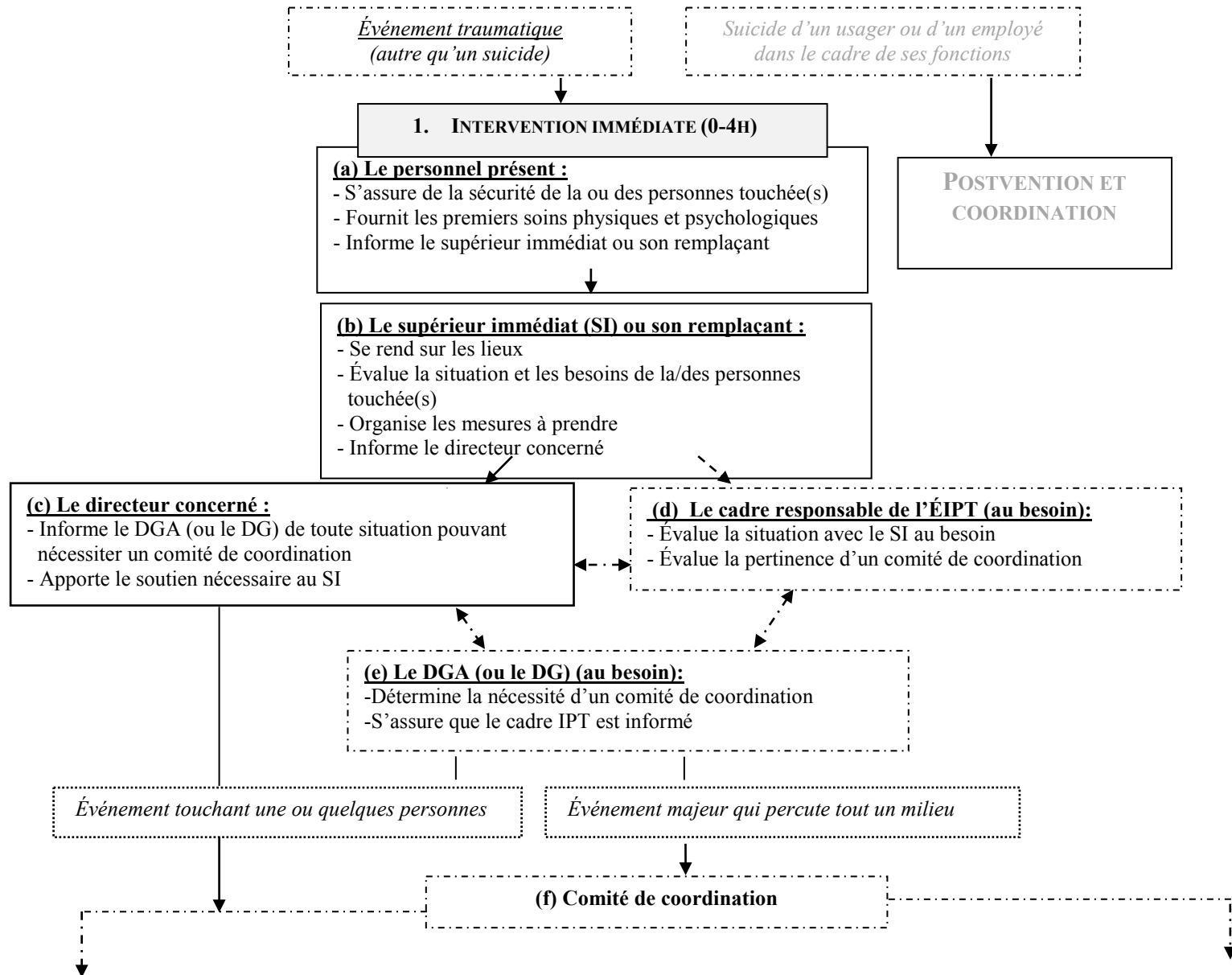
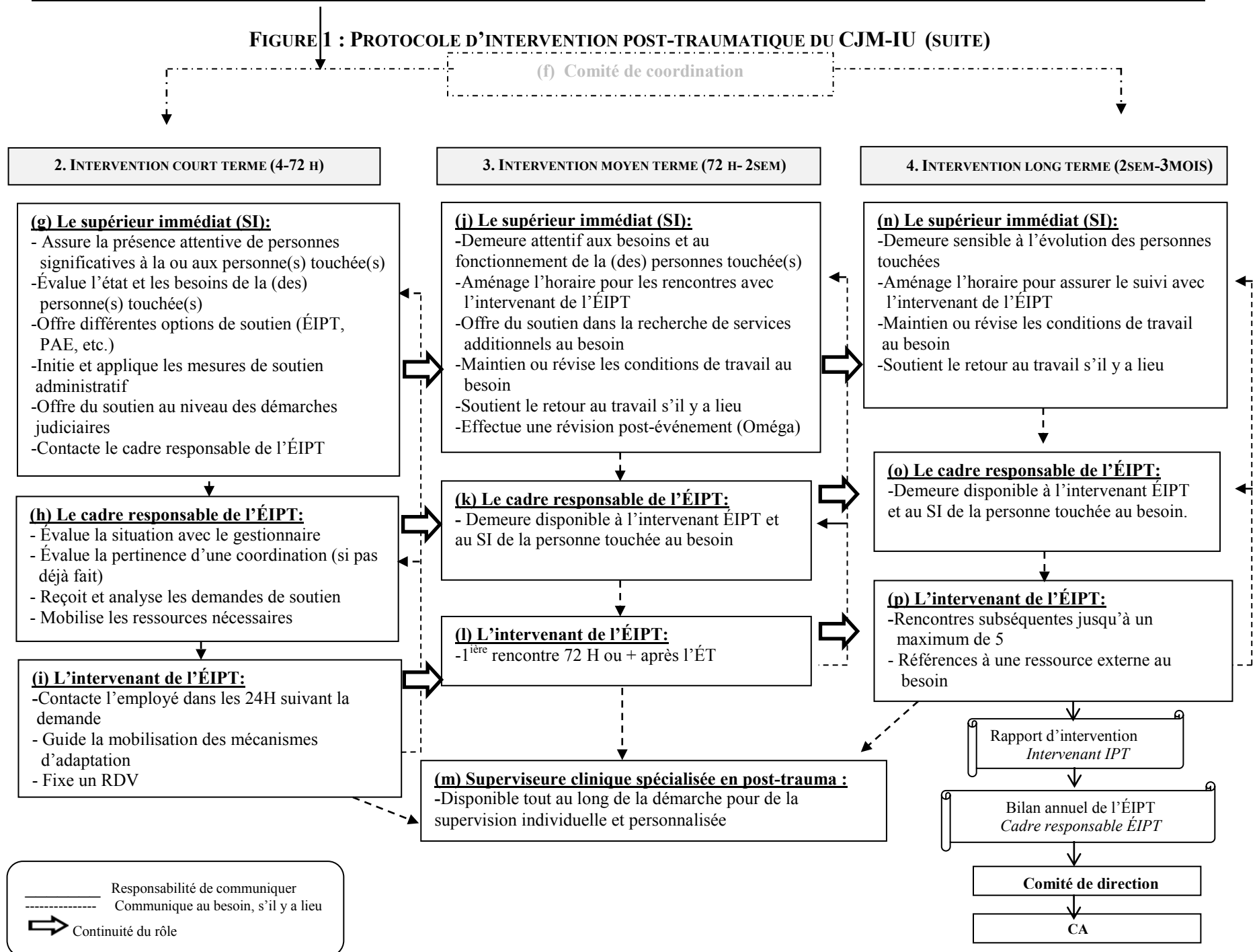


FIGURE 1 : PROTOCOLE D'INTERVENTION POST-TRAUMATIQUE DU CJM-IU (SUITE)



4.1.1.1.3 Intervention moyen terme (72 heures – 2 semaines)

Pour les personnes ayant accepté l'offre de soutien de l'ÉIPT, cette phase marque le début des rencontres avec l'intervenant de l'ÉIPT. Par le biais d'interventions spécifiques, ces rencontres visent à favoriser l'intégration de l'événement et l'adaptation de la personne touchée. La démarche n'a pas une visée psychothérapeutique, mais psychoéducative. Les principales cibles et stratégies d'intervention prévues sont le récit de l'événement, la psychoéducation, l'évaluation des symptômes de l'ÉSA et de l'ÉSPT et leur évolution, la sensibilisation à la mise en place d'un réseau de soutien et à l'utilisation de mécanismes d'adaptation positifs, la recommandation d'un suivi médical, l'évaluation de l'évolution dans le milieu de travail à la suite de l'ÉT, la diminution de l'activation neurovégétative par la respiration diaphragmatique et la relaxation, la restructuration cognitive des pensées dysfonctionnelles par le questionnement socratique ainsi que la prévention de l'évitement au moyen de l'inoculation au stress.⁵ La démarche est adaptée en fonction des besoins particuliers de la personne touchée. Les rencontres se déroulent selon le format suivant :

- Durée des rencontres :
 - La première rencontre : au moins 90 minutes (à moins qu'il y ait absence de symptômes post-traumatiques)
 - Les rencontres suivantes : 60 à 90 minutes (90 minutes s'il y a présence d'activation neurovégétative ou si du contenu émotionnel est abordé)
- Fréquence des rencontres :
 - 5 à 10 jours d'intervalle, mais la fréquence peut être ajustée selon les besoins de la personne touchée
- Lieu des rencontres :
 - au choix de la personne touchée
 - son site de travail ou un autre site du CJM-IU
- Nombre de rencontres prévues :
 - 2 à 5
 - Après trois rencontres, l'intervenant informe le cadre responsable de l'ÉIPT

Par ailleurs, le supérieur immédiat, le cadre responsable de l'ÉIPT et la superviseure clinique spécialisée en post-trauma demeurent disponibles en soutien, tout au long de la démarche (voir Figure 1).

4.1.1.1.4 Intervention long terme (2 semaines - 3 mois)

À cette étape, la démarche entamée avec l'intervenant de l'ÉIPT se poursuit. Le travail d'intégration se continue et une attention est portée à l'évolution des symptômes et au dépistage des personnes à risque de développer un ÉSPT. Au besoin, la personne touchée sera référée à des ressources externes. L'intervenant de l'ÉIPT, guidé par la superviseure externe au besoin, juge du moment de la fin de l'intervention.

⁵ Ces différentes stratégies d'intervention seront explicitées dans la Section 4.1.2.3.3 décrivant les mécanismes d'action de l'intervention à partir de 72 heures.

Le supérieur immédiat demeure sensible à l'évolution des personnes touchées et soutient le retour au travail (aménagement d'horaire, de conditions de travail, etc.). Le cadre responsable de l'ÉIPT demeure disponible à l'intervenant de l'ÉIPT et au supérieur de la personne touchée au besoin. Vous trouverez à la Figure 1 les différents acteurs impliqués à cette étape et leurs principaux rôles.

4.1.1.1.5 Production des rapports

- Le **cadre responsable de l'ÉIPT** produit un *Bilan annuel* des activités de l'équipe à partir des *rapports d'intervention*
- Un *Bilan annuel* est déposé au **Comité de Direction** puis au **CA**
- Un *Bilan annuel* est présenté au **Comité de vigie sur la sécurité du CJM-IU** et, sur demande, au **Comité paritaire de santé et sécurité au travail**

4.1.1.2 Sélection des intervenants de l'ÉIPT

Selon les données recueillies (documents et entrevues des concepteurs), l'ÉIPT est composée de membres du personnel provenant de différentes directions du CJM-IU et ayant une bonne crédibilité en matière clinique auprès de leurs pairs. Ces professionnels doivent posséder une formation universitaire en psychologie, en travail social, en psychoéducation ou en criminologie et œuvrer dans divers secteurs du CJM-IU comme cliniciens ou gestionnaires. Ils doivent avoir cumulé plus de dix ans d'expérience en soins cliniques. Les membres ne sont pas libérés de leurs tâches régulières de travail pour exercer leur rôle dans l'ÉIPT. Ils doivent accepter de participer aux activités de formation et d'intervenir selon un cadre défini. L'équipe est formée de 11 membres actifs. Lors du recrutement, un appel à tous est lancé. Depuis la mise en vigueur du nouveau protocole, un recrutement a lieu environ aux deux ans.

4.1.1.3 Activités de formation et de supervision prévues

Le *guide de pratique des membres de l'ÉIPT* du CJM-IU (janvier 2010) spécifie que tous les intervenants reçoivent une formation professionnelle à l'intervention clinique préventive en situation traumatique. Cette formation d'une durée de deux jours est élaborée et diffusée par une psychologue consultante spécialisée dans l'évaluation et le traitement de l'ÉSPT. Le *guide de formation des membres de l'ÉIPT* du CJM-IU (septembre 2009) précise le contenu des 14 objectifs visés par la formation. Les objectifs visent à habiliter les membres de l'ÉIPT à :

- 1) Connaître la définition et les caractéristiques cliniques du stress post-traumatique ;
- 2) Être en mesure d'identifier les événements potentiellement traumatiques ;
- 3) Comprendre les conséquences sur les plans professionnel, personnel et familial d'un événement potentiellement traumatique ;
- 4) Connaître les facteurs protecteurs et les facteurs prédisposant, précipitant et de maintien de l'ÉSPT ;
- 5) Comprendre les avantages d'une action préventive concertée dans l'organisation ;
- 6) Connaître l'historique des procédures de désamorçage et des séances de verbalisation ;
- 7) Connaître les mesures d'intervention immédiate à la suite d'un événement traumatique ;
- 8) Connaître les mesures d'intervention post-immédiates à la suite d'un événement traumatique ;

- 9) Connaître les rôles respectifs des intervenants et des participants lors des interventions immédiates et post-immédiates ;
- 10) Être sensibilisé à la prévention de l'usure de compassion chez les intervenants eux-mêmes ;
- 11) Comprendre les principes de l'intervention cognitive et comportementale;
- 12) Maîtriser la rééducation respiratoire et la relaxation musculaire progressive;
- 13) Maîtriser l'utilisation du questionnement socratique de Beck,
- 14) Maîtriser l'utilisation de l'inoculation au stress de Meichenbaum.

Aucune information sur les méthodes d'enseignement et le déroulement de la formation initiale n'est spécifié dans le guide. Des formations continues sont offertes pour assurer une mise à jour régulière de l'application du guide de pratique en fonction de l'évolution des données probantes. Des rencontres de supervision de groupe avec l'ÉIPT se tiennent en moyenne tous les trois mois et sont coanimées par un professionnel de la CSCS du CJM-IU (généralement la cadre responsable de l'ÉIPT) et la psychologue consultante externe. Sur demande, les membres de l'équipe peuvent également bénéficier en tout temps d'une supervision professionnelle individuelle avec la consultante externe. Cette supervision n'est pas obligatoire, mais elle est fortement recommandée pour chacune des interventions auprès d'une personne touchée. Les membres peuvent également bénéficier de supervision par les pairs à tout moment. Le codéveloppement est ainsi privilégié au sein de l'équipe. Aucune information sur le contenu et le déroulement des rencontres de groupe et des supervisions individuelles n'est mentionnée dans les documents du CJM-IU.

4.1.1.4 Diffusion de l'information concernant la politique et les procédures d'IPT du CJM-IU

Selon les données d'entrevues recueillies auprès des concepteurs de la politique, aucun plan de diffusion prédéfini de la politique et des procédures d'IPT n'est prévu.

Information aux gestionnaires. Des séances de sensibilisation sur l'IPT, animée par la CSCS ou la cadre responsable et un membre de l'ÉIPT, ont été organisées sporadiquement à l'intention des gestionnaires. Aucune information sur l'occurrence et la fréquence de ces séances n'a pu être obtenue, mais leur tenue est fonction du taux de roulement des gestionnaires. Également les gestionnaires sont informés sur l'IPT lors des rencontres de gestion régulières, telles que les comités de régie et les comités de direction. Finalement, la présentation du bilan annuel des activités de l'ÉIPT au comité de direction et au CA est l'occasion de faire un rappel. Selon les concepteurs, tenir les gestionnaires à jour sur les procédures d'IPT demeure un défi d'animation continue.

Information aux employés. Lors de l'embauche, les employés reçoivent toute une gamme d'informations liées au CJM-IU, dont celles sur les services de l'ÉIPT. Ces informations sont transmises à l'intérieur des formations à l'embauche, des formations Oméga et par la remise d'un dépliant sur l'ÉIPT. Pour toutes questions relatives à l'IPT, l'employé doit se référer à son gestionnaire. Selon la politique, le gestionnaire de premier niveau (chef de service) a la responsabilité d'informer ses employés des procédures d'IPT. Un réseau informel se crée également entre collègues de travail. Ceux qui ont eu recours au soutien de l'ÉIPT deviennent des porte-paroles dans leur milieu. Les employés ont aussi accès à la politique et au protocole via

le manuel de gestion disponible sur l'intranet. Les concepteurs ne s'attendent pas à ce que les employés connaissent la politique en détail, mais que ceux-ci soient en mesure d'alerter leur supérieur immédiat lors de la survenue d'un ÉT.

4.1.2 **Modèle logique de l'intervention : pertinence et adéquation du protocole d'IPT en lien avec les données probantes les plus récentes**

4.1.2.1 **La séquence temporelle des interventions préventives**

De plus en plus de chercheurs cliniciens suggèrent que la séquence temporelle des actions à privilégier doit être définie en fonction de la trajectoire typique de l'adaptation des individus à un ÉT (Litz et Maguen, 2007; Litz et Gray, 2004). Le moment choisi pour commencer les interventions constitue un point crucial dans le domaine de la prévention secondaire⁶. Selon Litz et Gray (2004), les individus exposés à un ÉT sont susceptibles de suivre une trajectoire déterminée par trois phases temporelles : la phase d'impact immédiat, la phase aiguë ou phase post-immédiate et la phase chronique c'est-à-dire l'ÉSPT. La **première phase** débute immédiatement après l'événement et se déroule jusqu'au moment où la personne se sent enfin en sécurité. La **phase aiguë** débute entre 48 et 72 heures après l'ET et elle correspond à des *réactions de stress aiguës* tels que décrits dans l'International Classification of Disorders (World Health Organisation, 2010). Durant cette phase, les réactions de stress correspondent à une perturbation physiologique et comportementale transitoire et d'intensité variable, se manifestant par trois principales classes de symptômes : 1) une activation neurovégétative (p. ex., être en état d'alerte constant); 2) un évitement cognitif et comportemental (p. ex., un effort pour éviter les pensées, les sentiments, les activités liées aux endroits associés au traumatisme); et 3) la réviviscence de l'ÉT de manière persistante (p.ex., souvenirs, rêves, rétroaction répétitive). La phase aiguë peut s'installer pour une période d'environ un mois. Cette phase correspond à la période de *l'état de stress aigu* telle que définie dans le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994, 2000). Si les symptômes (d'intrusion, d'évitement et d'activation) associés à l'état de stress aigu et à la détresse post-traumatique persistent au-delà d'un mois, l'individu entre dans la **phase dite chronique** qui correspond à *l'État de stress post-traumatique* tel que défini dans le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994, 2000). Le modèle d'intervention post-traumatique développé au CJM-IU respecte la séquence temporelle reconnue de l'adaptation des individus à la suite d'un tel événement.

4.1.2.2 **Les mesures de soutien immédiates (0 – 72 heures)**

Au cours de l'intervention immédiate (0 à 4h) au CJM-IU, la gestion des événements traumatiques vise essentiellement à assurer la sécurité physique des personnes touchées et à leur fournir les premiers soins physiques et psychologiques nécessaires. Ensuite, lorsque la situation est maîtrisée et que la sécurité des victimes est assurée, l'intervention immédiate dite à court terme (4 à 72 h) consiste à procurer un soutien direct et personnalisé aux personnes touchées par l'événement.

⁶ Dans le présent contexte, la prévention secondaire réfère à toute intervention visant à diminuer le risque de développer une psychopathologie post-traumatique.

Au cours de cette phase, les ressources physiologiques et psychologiques de la victime sont mises à contribution afin qu'elle puisse faire face à la situation, ce qui signifie qu'elle n'est pas apte à bénéficier d'interventions psychologiques qui impliquent une certaine capacité d'attention, d'apprentissage, d'introspection, etc. (Marchand et coll., 2006; Litz et Maguen, 2007). En se basant sur les connaissances actuelles en matière d'intervention d'urgence et de crise, il faut avant tout secourir, aider les personnes en danger, sécuriser les individus, les lieux et combler les besoins pratiques (p. ex., Séguin et coll., 2010; Séguin, Brunet et Leblanc, 2010). Il s'agit d'une période où l'intervention (médicale et psychosociale) vise à apporter une réponse immédiate aux personnes ayant été blessées physiquement ou psychologiquement. Les actions prévues par le protocole d'IPT du CJM-IU dans les premières 72 heures suivant l'événement s'appuient principalement sur le modèle d'intervention recommandé par plusieurs organismes officiels œuvrant en santé mentale (p. ex., APA, 2009), soit celui du **Psychological First Aid : Field Operations Guide 2nd Edition** du National Child Traumatic Stress Network et du National center for post traumatic stress disorder (PTSD) (2006). Le modèle des **premiers soins psychologiques** a été élaboré à partir de l'ensemble des données probantes et de conseils d'experts dans le domaine du post-trauma dans le but d'assister les victimes dans les heures et les premiers jours suivant un désastre, une situation d'urgence ou un acte terroriste (Ruzek et coll., 2007; National Center for Child Traumatic Stress Network and National Center of PTSD, 2006). Couvrant un large éventail de situations et de personnes (enfants, adultes, familles), ce modèle vise principalement à réduire la détresse initiale causée par le trauma et à favoriser une adaptation fonctionnelle à court et long termes. Cette approche se base sur le fait reconnu qu'à la suite d'un trauma, les personnes vont vivre plusieurs réactions physiques, cognitives, comportementales, émotionnelles, spirituelles qui, avec le temps, peuvent amener une adaptation saine ou dysfonctionnelle, d'où l'importance de bien orienter au départ les mécanismes d'adaptation des personnes pour promouvoir une intégration saine de l'ÉT. Les **premiers soins psychologiques** proposent un ensemble de huit interventions de base à privilégier dans la phase immédiate : 1) établir un contact envers les victimes qui se veut non-intrusif et supportant; 2) procurer la sécurité physique et le confort émotionnel; 3) stabiliser et réduire les réactions de stress; 4) évaluer les besoins immédiats des victimes; 5) fournir l'assistance pratique afin de créer un environnement où les victimes peuvent répondre à leurs besoins de base et commencer à résoudre leurs problèmes; 6) assister les victimes à établir le contact avec leur réseau social; 7) fournir des informations facilitant les habiletés à faire face aux réactions de stress aiguës; et 8) informer et faire le lien avec les ressources d'aide disponibles (Ruzek et coll., 2007; National Center for Child Traumatic Stress Network and National Center of PTSD, 2006). Ces interventions visent principalement à procurer un sentiment de sécurité physique et émotionnel, à favoriser un retour au calme ainsi que l'adaptation des personnes touchées à la situation traumatisante (Ruzek et coll., 2007).

4.1.2.2.1 Mécanismes d'action de l'intervention de 0 à 72 heures

Promouvoir la sécurité des victimes dans les heures suivant un trauma entraînerait une diminution des réactions post-traumatiques. Ces réactions tendent à persister tant que la menace ou le danger perdure. Dès que la sécurité est assurée, les réactions physiologiques de stress diminuent graduellement à travers le temps (Ozer et coll., 2003; Martin et coll., 2006). Un niveau élevé d'activation neurovégétative dans la phase immédiate comme de fortes réactions physiques

d'anxiété et émotionnelles négatives (Bryant et coll., 2003; Litz et Bryant, 2009) ainsi que des réactions de dissociation accroissent fortement le risque de développer un ÉSPT (Martin et coll., 2006, 2009). De plus, ne pas restaurer un sens de sécurité contribue à maintenir et renforcer la croyance voulant que le monde soit dangereux, une cognition dysfonctionnelle liée au développement de l'ÉSPT (Foa et Rothbaum, 1998). D'où l'importance de privilégier les actions concrètes qui contribuent à procurer un sentiment de sécurité et favoriser le retour au calme dès les premières heures et les jours suivants le trauma. Fournir de l'information claire sur la situation et les étapes ultérieures permet de réduire l'ambiguïté et d'éviter le développement de rumeurs qui peuvent contribuer à maintenir l'insécurité (Rusek et coll., 2007). Favoriser le contact avec les membres du réseau social s'avère également une intervention qui contribue au sentiment de sécurité (Rusek et coll., 2007). La littérature montre qu'un soutien social déficient dans la période post-trauma est un des facteurs de risque les plus saillants dans le développement de l'ÉSPT (Brewin et coll., 2000; Martin et coll., 2006; Ozer et coll., 2003). À l'inverse, la perception d'un soutien social positif de la part de l'organisation, de sa famille, des amis et des collègues de travail est liée à une diminution des effets du stress post-trauma et s'avère un important facteur de protection (Martin et coll., 2006; 2009; Ozer et coll., 2003). Aussi, les difficultés associées à l'événement peuvent occasionner une charge de stress supplémentaire, empêchant les individus à prendre soin d'eux et de récupérer, et contribuer ainsi à maintenir les réactions de détresse (Ruzek et coll., 2007). Assister les victimes dans la résolution des problèmes entraînés par l'événement est donc un élément central du modèle des premiers soins psychologiques. Par ailleurs, une évaluation des besoins spécifiques de chaque personne touchée est recommandée afin de lui assurer un soutien qui soit pertinent et efficace. Il a été démontré que l'efficacité du soutien offert aux victimes semble liée à la concordance entre les comportements de soutien prodigués et les besoins engendrés par les difficultés (voir Guay et coll., 2006b). Cette évaluation des besoins permet d'orienter les personnes vers les ressources appropriées. Un des objectifs poursuivis par le modèle des premiers soins psychologiques est de faire le pont entre les victimes et les ressources d'aide afin de créer une impression de continuité dans le soutien offert (Ruzek et coll., 2007).

En résumé, on observe que l'intervention sur le plan des mesures immédiates (avant 72 heures) mises en place à la suite d'un ÉT au CJM-IU s'appuie principalement sur les recommandations du *Psychological First Aid: Field Operations Guide 2nd Edition* du National Child and Adult Traumatic Stress Network et du National Center for PTSD (2006). En s'appuyant sur ce modèle d'intervention, les gestionnaires de premier niveau du CJM-IU orientent leurs décisions de gestion afin de bien prioriser les mesures immédiates requises et d'éviter qu'il y ait des oublis; déterminent les mesures immédiates de soutien pour chaque personne afin de favoriser le rétablissement d'un sentiment de sécurité, le retour à un état de calme, le soutien positif des proches, le sentiment de réconfort. Plusieurs actions du protocole d'IPT du CJM-IU visent à multiplier les sources de soutien disponibles aux personnes touchées autant dans leur entourage personnel qu'au sein de leur milieu de travail, et à offrir différentes options de soutien psychologique et un soutien pratique en ce qui a trait aux démarches administratives et judiciaires.

4.1.2.3 Pertinence des intervenants en première ligne: Rôle du supérieur immédiat et du comité de coordination

En matière organisationnelle, le supérieur immédiat des personnes directement touchées par l'événement joue un rôle central dans le déploiement des actions prévues par la politique d'IPT au cours des phases immédiate et post-immédiate. Il a la responsabilité de s'assurer de répondre aux besoins immédiats des personnes touchées et de mettre à leur disposition toutes les sources de soutien pouvant leur être utile. Selon certains auteurs, l'exercice d'un leadership lors de situations traumatiques peut favoriser une structure qui aide à circonscrire la menace et augmenter la perception de sécurité dans le milieu (Shalev et Freedman, 2005). Plusieurs raisons sous-tendent le choix du supérieur immédiat pour diriger les interventions immédiates et post-immédiates. Le poste de gestionnaire confère des responsabilités et des pouvoirs qui facilitent son rôle de premier répondant lors des événements à potentiel traumatique. Il a la responsabilité de s'assurer du bien-être de ses employés, et ce, dans tous les contextes liés à leur travail. Il possède un pouvoir décisionnel qui lui donne la latitude pour prendre les décisions nécessaires concernant son personnel. Sa connaissance des employés et du milieu de travail dans lequel ils évoluent lui permet de prendre des décisions éclairées et personnalisées. Détenant généralement un bagage clinique, le gestionnaire immédiat possède les compétences, l'information de base et le jugement nécessaire pour évaluer la situation et prendre les mesures les plus pertinentes et aidantes pour ses employés. Enfin, en tant que représentant de l'organisation, être l'instigateur du soutien offert symbolise aux yeux des employés que l'employeur prend soin d'eux. Lors d'un événement majeur (p. ex., suicide, décès), la politique prévoit la création d'un comité de coordination qui a comme principal mandat de coordonner les actions et de soutenir le gestionnaire immédiat (chef de service) dans l'application de la procédure d'IPT. L'examen de la littérature montre que la création d'une équipe de gestion de crise est recommandée par le plan d'intervention psychologique multimodal que le Collège Dawson a élaboré à la suite de la fusillade de 2010 (Séguin et coll., 2010). Selon ces auteurs, une telle équipe, formée de la direction générale, de cadres, du responsable des communications et soutenue par des experts en gestion de crise, sert à coordonner l'ensemble des activités liées au plan d'intervention d'urgence, de la planification jusqu'au suivi à long terme.

En résumé, la pertinence de retenir le supérieur immédiat dans le déploiement de l'IPT est soutenue par la littérature scientifique. Il a le pouvoir organisationnel, les connaissances et la proximité nécessaires pour réaliser rapidement les actions attendues selon les démarches immédiates reconnues.

4.1.2.4 Les mesures post-immédiates dites d'intervention moyen terme ou aiguë (72 heures ou plus)

Après l'état de choc et une fois la sécurité assurée, les individus sont plus disposés à faire l'objet d'interventions plus structurées visant la prévention secondaire d'un ÉTSP chronique (Marchand et coll., 2006; Litz et Maguen, 2007). La phase aiguë est donc le moment privilégié pour intervenir de façon brève et précoce dans le but de prévenir la chronicité des réactions post-traumatiques. C'est au cours de cette phase que débute l'intervention individuelle auprès des personnes directement touchées et ayant accepté le soutien de l'ÉIPT.

L'intervention post-traumatique élaborée par le CJM-IU tient compte des recommandations et des critiques formulées envers le modèle du *débriefing* psychologique (Mitchell, 1983) par l'American Psychiatric Association (2009), Bisson et coll. (2007), Foa et coll. (2005, 2009) ainsi que le National Institute for Clinical Practice du Royaume-Uni (2005). Ainsi, l'intervention du CJM-IU privilégie les rencontres individuelles des personnes les plus directement touchées par l'événement plutôt que les rencontres de groupe afin de réduire le risque d'accroître le choc post-traumatique des participants par ajout d'un traumatisme vicariant⁷. Le début de l'intervention individuelle a été reporté à un minimum de 72 h au lieu de 48 h afin de laisser passer l'état de choc et de permettre aux victimes d'être émotionnellement plus disposées à recevoir une intervention. Les interventions doivent se dérouler pendant un minimum de deux séances et peuvent se poursuivre jusqu'à cinq rencontres afin de permettre la consolidation du processus d'habituation au stress et de favoriser une meilleure intégration de l'événement (Litz et Maguen, 2007). Enfin, l'intervention ne force en aucun cas l'ouverture émotionnelle des personnes touchées, mettre l'accent sur les processus émotionnels étant contre-indiquée dans la phase post-immédiate (Bisson et Andrew, 2009). Des séances d'une durée de 90 minutes sont privilégiées afin de permettre un retour au calme aux plans physique et émotif avant la fin d'une séance (Marchand et coll., 2006).

4.1.2.4.1 ÉIPT : l'approche de pairs aidants

Le CJM-IU a fait le choix de conserver l'approche de pairs-aidants du modèle de Mitchell (1983) en formant du personnel à l'interne pour effectuer les interventions individuelles. Tout comme les milieux des mesures d'urgence (ambulanciers, pompiers, policiers, etc.), le CJM-IU constitue une culture particulière qui possède un langage et des règles qui lui sont propres. Les pairs-aidants ont donc une connaissance plus pointue de l'organisation et de ses membres pouvant favoriser le lien de confiance avec les personnes touchées. La présence de pairs-aidants peut augmenter l'effet de cohésion et de soutien au sein du groupe (Mitchell et Everly, 1995). En matière organisationnelle, les pairs-aidants sont des partenaires clés dans la sensibilisation et la formation des gestionnaires et ils sont sensibles à l'évolution des besoins. Faisant partie intégrante de l'organisation, ils symbolisent aux yeux des personnes touchées que l'employeur prend soin de son personnel. Par le biais d'interventions spécifiques, les rencontres individuelles avec un pair-aidant du CJM-IU visent principalement à favoriser l'intégration de l'événement et l'adaptation de la personne touchée ainsi qu'à détecter les personnes à risque de développer un ÉSPT.

4.1.2.4.2 Une démarche psychoéducative et préventive

La démarche retenue dans le cadre de l'IPT après 72 h n'a pas une visée psychothérapeutique, mais plutôt psychoéducative et préventive. Elle est basée sur le modèle de la thérapie cognitive et comportementale (TCC), l'une des formes d'intervention empiriquement validée permettant de traiter efficacement la plupart des symptômes de l'ÉSPT (Bradley et coll., 2005; Foa, Friedman et Cohen, 2009). Depuis quelques années, la TCC est également utilisée dans une forme brève et précoce afin d'agir sur les symptômes de l'ÉSA, un des précurseurs de l'ÉSPT, dans le but de

⁷ Le traumatisme vicariant ou secondaire réfère aux réactions comportementales et émotionnelles découlant du fait d'être exposé au récit d'un ÉT vécu par une autre personne.

prévenir ou d'atténuer les réactions post-traumatiques (Litz et coll., 2002; Litz et Bryant, 2009; Gray et Litz, 2005). La TCC brève et précoce est généralement appliquée dans les jours ou les semaines suivant le trauma et se déroule sur environ 4 à 5 séances (Litz et Maguen, 2007). La TCC brève cible chacune des quatre grandes classes de symptômes de l'ÉSA (les symptômes dissociatifs, d'intrusion, d'évitement et d'activation neurovégétative) et utilise un ensemble de stratégies cognitives et comportementales s'étant avérées efficaces dans la réduction des symptômes d'ÉSPT, telles que la psychoéducation, la gestion de stress, la restructuration cognitive et l'exposition en imagination et *in vivo* (Litz et Maguen, 2007). Les premiers résultats de recherche quant à l'efficacité des stratégies cognitives et comportementales brèves pour prévenir l'ÉSPT chronique s'avèrent prometteurs, particulièrement chez les victimes d'accidents ou d'agression (de nature non sexuelle) (Bryant et coll., 1998). Cependant, compte tenu de la variabilité méthodologique des études, on n'a pu identifier les éléments spécifiques et actifs de l'intervention, ni le meilleur moment pour débiter les interventions préventives (Litz et Maguen, 2007; Litz et Bryant, 2009). Dans les essais cliniques, les interventions débutent rarement avant deux semaines après la survenue de l'ET (Marchand et coll., 2006).

L'intervention post-immédiate déployée par les intervenants de l'ÉIPT s'appuie sur la TCC conçue par l'équipe de Bryant pour les patients présentant un ÉSA durant la deuxième semaine post-trauma. Cependant, l'intervention préventive de l'ÉIPT est déployée de façon plus précoce, soit à partir de 72 heures suivant le trauma. Elle préconise les principales stratégies d'intervention de ce modèle, mis à part l'utilisation de la technique d'exposition *in vivo* qui requiert une formation plus spécialisée. Les cibles et stratégies d'interventions de l'IPT du CJM-IU sont la psychoéducation, les recommandations d'usage, la diminution de l'activation neurovégétative par la respiration diaphragmatique et la relaxation, la restructuration cognitive des pensées dysfonctionnelles par le questionnement socratique ainsi que la prévention de l'évitement au moyen de l'inoculation au stress qui constitue une forme d'exposition.

4.1.2.4.3 Mécanismes d'action de l'intervention à partir de 72 heures

La psychoéducation et les recommandations d'usage. L'intervention du CJM-IU met l'accent sur la **psychoéducation** de la personne touchée pour lui permettre de bien comprendre ses réactions et leurs fonctions, mais également d'être en mesure d'appliquer les stratégies d'adaptation les plus susceptibles de l'aider à résoudre le choc traumatique et ainsi à prévenir l'émergence d'un ÉSPT. L'intervenant, lors de la psychoéducation, cherche à permettre à la victime de mieux connaître les symptômes post-traumatiques et leurs fonctions, d'explorer les facteurs personnels associés à la réaction post-traumatique, de normaliser les réactions qu'elle a eues à la suite de l'événement, de lui permettre de mieux comprendre les réactions de son entourage et de la préparer à sa démarche thérapeutique (Brillon, 2005). La psychoéducation possède un énorme potentiel thérapeutique. Mieux comprendre les réactions de peur face à un danger (l'effroi, le combat et la fuite) et leurs fonctions adaptatives permet de normaliser l'expérience vécue et de diminuer l'anxiété face aux symptômes éprouvés (Guay et coll., 2006). Les réactions deviennent alors attendues et compréhensibles. Fournir des informations pertinentes et adéquates permet de contrecarrer les interprétations catastrophiques et irréalistes que l'individu peut entretenir au sujet de ses réactions (p. ex., *je vais devenir fou, je suis faible*), cognitions qui contribuent au développement de l'ÉSPT (Guay et coll., 2006). La psychoéducation vise également à encourager l'adoption de stratégies d'adaptation positives et à prévenir celles pouvant être

néfastes (p. ex., la consommation d'alcool) ainsi que le développement de problèmes connexes déjà observés (Litz et Maguen, 2007).

La réduction de l'activation neurovégétative. L'intervention postimmédiate au CJM promeut également l'utilisation de techniques de gestion de stress afin de **réduire l'activation neurovégétative** consécutive à un événement traumatique⁸. La principale technique priorisée est l'entraînement à la **respiration diaphragmatique** (Barlow, 2001; Foa et Rothbaum, 1998). La rééducation respiratoire permet à la personne de reprendre le contrôle de sa respiration et d'éliminer l'hyperventilation et ses symptômes (sensations d'étouffement, d'étourdissement, d'engourdissement, déréalisation, dépersonnalisation) qui sont fréquents après un choc traumatique. Elle lui permet aussi de faciliter un retour au calme, s'il y a présence de symptômes d'intrusion qui ravive le stress vécu lors de l'événement. Il importe de réduire le niveau d'activation, car le maintien d'un niveau élevé d'anxiété peut conduire à des problèmes d'adaptation, dépressifs et somatiques (Harvey et Bryant, 1998; Shalev et Freedman, 2005). L'intervenant post-traumatique peut aussi utiliser la **relaxation musculaire progressive** de Jacobson (1980) et une adaptation de cette méthode sans mouvement musculaire. **La relaxation doit être effectuée quotidiennement, minimalement pendant trois semaines pour être efficace** (O'Connor et coll., 2006). Il apparaît que la maîtrise de la détente et de la respiration diaphragmatique facilite la mise en place de la stratégie d'inoculation au stress utilisée s'il y a comportements d'évitement.

La restructuration cognitive. Au plan cognitif, l'ÉT crée une situation de perte de contrôle et d'impuissance qui perturbe les croyances de base que la personne entretient sur le monde, sur les autres et sur soi-même; le monde qui était prévisible devient imprévisible, de sécurisant, il devient insécurisant (Guay et coll., 2006; Janoff-Bulman, 1992). Après avoir été exposée à un événement traumatique, **la victime s'interroge et tente de donner un sens à ce qui est arrivé. Ces attributions auront un impact important sur l'adaptation à l'événement. Des pensées irrationnelles peuvent alors entraîner et maintenir une détresse profonde ou une forte anxiété (Guay et coll., 2006).** L'intégration de l'événement au plan cognitif est particulièrement importante dans la prévention de l'ÉSPT. **L'attribution de la causalité de l'événement à des facteurs internes** au lieu d'externes, générant ainsi de la culpabilité ou de la honte, est prédictive d'un ÉSPT (Brillon, 2005). Aider l'individu à retrouver une perception plus juste de la réalité aura un impact sur les émotions et les comportements associés au développement de la pathologie post-traumatique (Guay et coll., 2006). La restructuration cognitive est une stratégie qui consiste essentiellement à identifier, réévaluer et modifier les cognitions erronées liées au trauma (Guay et coll., 2006). L'utilisation de questions ciblées visant à confronter la validité et la logique des cognitions erronées (le questionnement socratique) favorisera la remise en question et la modification de ces cognitions. Est-ce que la restructuration cognitive dans le traitement de l'ÉSPT est efficace en prévention secondaire? En fait, des recherches mentionnent que cette stratégie est plus efficace que la bibliothérapie ou l'absence d'intervention (Ehlers et coll., 2003).

⁸ En situation de stress, le système nerveux sympathique s'active et prépare le corps à se défendre ou à fuir, produisant un ensemble de réactions physiologiques, dont un accroissement de l'apport d'oxygène. Lors d'une situation de stress où le corps demeure physiquement au repos, un surplus d'oxygène non utilisé est emmagasiné et produit une hyperventilation. Ce mode respiratoire entraîne de nombreux symptômes physiologiques : sensations d'étouffement, d'étourdissement, d'engourdissement, déréalisation, dépersonnalisation.

D'autres études signalent que la restructuration cognitive ainsi que l'exposition⁹ sont des stratégies non seulement essentielles, mais qu'il faut absolument les insérer dans le traitement de l'ÉSPT, à la fois comme intervention post-immédiate, mais également et surtout comme intervention à long terme dans la phase chronique (Bryant et coll., 2008; Guay et coll., 2006; Taylor, 2006).

Prévention de l'évitement. L'anxiété associée à l'événement incitera l'individu à adopter des comportements d'évitement, tant au plan cognitif que comportemental. Pour éviter d'éprouver des symptômes anxieux, l'individu aura tendance à éviter toute situation ou pensée susceptible de lui rappeler l'événement. À court terme, cette stratégie peut être adéquate pour permettre le rétablissement et le retour au calme. Par contre, à moyen et long termes, l'évitement maintient l'anxiété et affecte le fonctionnement personnel, social et professionnel de l'individu. Dans la TCC visant le traitement ou la prévention de la pathologie post-traumatique, l'évitement est habituellement traité à l'aide des techniques d'exposition en imagination ou *in vivo*. L'utilisation de ces techniques nécessite une connaissance approfondie des fondements théoriques de la TCC, spécifiquement au regard des processus de conditionnement classique et opérant. Étant donné que les pairs-aidants du CJM-IU ne possèdent pas nécessairement une formation de base en TCC, l'intégration de techniques d'exposition formelle dans le protocole d'intervention s'avérerait risquée. L'ÉIPT du CJM-IU a choisi d'utiliser **l'entraînement à l'inoculation du stress** de Meichenbaum (1996) afin de réduire les comportements d'évitement associés au vécu traumatique. Cette stratégie permet de planifier les attitudes comportementales et cognitives que la personne adoptera pour gérer son anxiété et favoriser son adaptation à la situation stressante, surtout pour lui permettre de réduire l'évitement. Elle s'inspire de la notion biologique d'immunisation; si une personne est en mesure de faire face à une situation modérément stressante et qu'elle y parvient de façon efficace, elle pourra faire face à une situation plus stressante à l'avenir. Pour permettre que cette expérience soit satisfaisante, on doit fournir à la personne les outils nécessaires pour faciliter la maîtrise et la confrontation de ses peurs. L'accent de cette stratégie est donc mis sur l'apprentissage de moyens à utiliser dans des situations de stress. L'idée de base est qu'une personne sera plus apte à agir de façon efficace face à un stress si elle y est mentalement préparée, si elle connaît la nature et l'intensité des réactions prévisibles aux plans physiologique, cognitif et comportemental. En augmentant graduellement la tolérance au stress, on peut parler, comme Meichenbaum, « d'anticorps psychologiques » qui se développent chez l'individu.

4.1.2.4.4 La supervision individuelle en cours d'intervention

Il importe de mentionner qu'une **superviseure clinique spécialisée en intervention post-traumatique** est disponible aux intervenants de l'ÉIPT tout au long de la démarche. Cette supervision clinique permet d'adapter chaque intervention en fonction de la nature particulière du cas. À cet effet, il est recommandé d'adapter l'intervention post-immédiate et à long terme en fonction des caractéristiques de chaque incident critique (simple, multiple, direct, vicariant, individuel, de groupe, degré d'intensité, durée, etc.) ainsi qu'en fonction des réactions, des

⁹ Les stratégies d'exposition consistent à aider l'individu à s'exposer aux stimuli évoquant le trauma tout en empêchant les comportements d'évitement ou d'échappement afin de favoriser la diminution des symptômes post-traumatiques par le biais de l'habituation.

caractéristiques individuelles et des besoins spécifiques des victimes (Marchand et coll., 2006). En ce sens, le protocole d'IPT du CJM-IU semble répondre en tout point à cette exigence.

4.1.2.5 La phase chronique dite d'intervention à long terme ou aiguë (2 semaines à 3 mois)

À ce stade, les intervenants de l'ÉIPT poursuivent, si nécessaire, leur intervention qui consiste à appliquer les stratégies cognitives et comportementales pour prévenir l'ÉSPT. Durant toute la durée de l'intervention, le supérieur immédiat doit redoubler de vigilance à l'endroit de la personne touchée et lui apporter le soutien nécessaire pour faciliter son adaptation au travail à la suite de l'événement, comme p. ex., aménager l'horaire pour assurer le suivi avec l'intervenant de l'ÉIPT, maintenir ou réviser ses conditions de travail au besoin et soutenir le retour au travail, s'il y a lieu. À cet égard, il semble de plus en plus évident que la promotion d'un soutien social adéquat à la suite d'un ÉT mérite de faire partie intégrante des interventions post immédiates (Marchand et coll., 2006). La vigilance du supérieur immédiat, conjuguée à l'intervention par l'ÉIPT, permet de détecter les individus à risque de développer un ÉSPT chronique. La littérature montre qu'il est fortement recommandé de surveiller l'évolution des symptômes durant les premières semaines suivant le trauma afin de dépister rapidement les personnes qui éprouvent des symptômes sévères et qui ont besoin d'une aide thérapeutique (Litz et Bryant, 2009). Identifier les individus présentant des facteurs de risque, tels que des symptômes d'activation neurovégétative intense, d'évitement, d'intrusion, des vulnérabilités psychologiques ou vivant de l'isolement, est recommandé (Litz et Maguen, 2007). En fait, l'intervention du CJM-IU favorise ce type d'évaluation continue. Les individus qui sont à risque de développer un ÉSPT sont dirigés par l'intervenant de l'ÉIPT vers les ressources d'aide appropriées. Les ressources offrant des TCC seront privilégiées. À titre indicatif, les résultats des plus récentes études dans le domaine provenant de méta-analyses (Bradley et coll., 2005; Van Etten et Taylor, 1998; Wampold et coll., 2010), d'études contrôlées (Foa et coll., 2009) et les propositions provenant de différents guides de pratique suggèrent que la psychothérapie et plus spécifiquement la TCC est efficace pour diminuer les symptômes de l'ÉSPT. La TCC, dans l'une ou l'autre de ses formes, a été démontrée efficace et prometteuse auprès d'un grand nombre d'individus ayant développé un ÉSPT (Follette et Ruzek, 2006; Guay et coll., 2006).

4.2 Objectif 2 – Mise en œuvre de l'IPT en contexte réel

L'objectif 2 vise à documenter la mise en œuvre de l'intervention en contexte réel. Les résultats sont présentés en fonction des principaux acteurs impliqués dans l'application de l'IPT, soit la consultante externe, les membres de l'ÉIPT, les gestionnaires de premier niveau et les employés du CJM-IU. Pour chacun des acteurs, les données qualitatives et quantitatives concernant leurs caractéristiques, leur connaissance de l'IPT et les activités dispensées dans le cadre de cette intervention seront présentées. Ensuite, l'analyse des écarts entre le modèle théorique de l'intervention (objectif 1) et l'intervention en contexte réel mis à jour dans le cadre de l'objectif 2 sera exposée.

4.2.1 La consultante externe

4.2.1.1 Formation, expérience professionnelle et mandat

Titulaire d'une maîtrise en psychologie clinique (M. Ps.), la consultante est membre de l'Ordre des Psychologues du Québec depuis 1985. Elle possède plus de 25 ans d'expérience dans l'évaluation et le traitement des troubles anxieux, particulièrement le stress post-traumatique, selon une approche cognitive et comportementale. Outre la pratique clinique, elle a rempli divers mandats organisationnels et de formation, dont l'élaboration de programmes de prévention du stress post-traumatique dans les milieux de travail.

Elle est responsable des aspects cliniques des activités de formation et de supervision de l'ÉIPT depuis 1999. Le guide de pratique et le guide de formation des membres de l'ÉIPT sont sous sa responsabilité professionnelle. Elle est également responsable de la formation continue des intervenants par le biais de rencontres de groupe trimestrielles et de la supervision individuelle en cours d'intervention. Globalement, elle a pour rôle d'ajuster et de faire évoluer le protocole d'IPT en fonction des avancées scientifiques dans le domaine du post-trauma et de la réalité vécue par l'ÉIPT sur le terrain. Au cours de l'année 2010-2011, elle estime avoir consacré un total de 70 heures à l'IPT dans le cadre de son mandat. La consultante externe travaille en étroite collaboration avec la cadre responsable de l'ÉIPT qui s'occupe de l'aspect organisationnel.

4.2.1.2 Les activités de formation et de supervision offertes par la consultante externe

4.2.1.2.1 La formation initiale

Selon le protocole, une formation initiale est prévue dès qu'il y a recrutement de nouveaux membres. Entre le 1^{er} avril 2006 et le 31 mars 2011, trois formations initiales ont été offertes, soit en 2007, 2009 et 2011. Les données recueillies sur la formation initiale sont relatives à celles de 2009 et 2011. La formatrice a retenu la formation de 2009 comme étant très représentative des formations initiales données au cours des cinq dernières années.

La formation initiale en 2009 comptait :

Une formation préalable d'une demi-journée animée par la cadre responsable de l'ÉIPT. Incluse à la formation initiale depuis 2005, elle vise à présenter la politique et les procédures d'IPT et à situer le cadre éthique de l'intervention. Elle porte sur les aspects organisationnels liés à l'intervention, tels que l'historique de la politique d'IPT et de la mise sur pied de l'ÉIPT au CJM-IU, la procédure d'IPT, le cadre éthique de l'intervention et le rôle des acteurs. Les deux documents officiels du CJM-IU sur la politique et la procédure de l'IPT sont alors remis aux participants.

Lectures préparatoires. Afin qu'ils puissent entreprendre la formation initiale avec une base de connaissance commune, les participants sont invités à lire des documents afin de bien se préparer. En plus du guide de formation, la formatrice sélectionne des textes en fonction de la formation et de l'expérience des nouveaux membres.

Formation initiale. La formation de 2009 a eu lieu au siège social du CJM-IU le 10 septembre et le 16 octobre. La formation était animée par la consultante externe. La cadre responsable de l'ÉIPT était également présente afin de pouvoir répondre aux questions touchant le volet organisationnel. La formatrice a confirmé avoir abordé la totalité des contenus relatifs aux 14 objectifs de la formation mentionnée dans le guide de formation de 2009. Par ailleurs, la formatrice a mentionné que la *psychoéducation*, une stratégie largement abordée lors de la formation, devrait être ajoutée aux 14 objectifs cités dans le guide. La première journée de formation présente les aspects théoriques du stress post-traumatique, alors que la deuxième journée est plutôt consacrée aux apprentissages des stratégies d'intervention. Les quatre premières colonnes du Tableau 1 présentent les méthodes pédagogiques utilisées par la formatrice, le nombre d'heures consacrées et les objectifs éducationnels visés pour l'enseignement de chacun des 15 contenus de formation abordés lors de la formation de 2009. La formatrice a demandé qu'une journée supplémentaire soit ajoutée à la formation initiale de deux jours afin de pouvoir y intégrer le contenu présenté lors des rencontres de groupe de la dernière année. L'intégration de ce contenu à la formation de base s'avère nécessaire pour permettre la mise à niveau des nouveaux membres par rapport aux anciens. Cette recommandation a donné lieu à la nouvelle formation d'une durée de trois jours et demi.

La formation initiale de 2011 comptait :

Nouveauté dans la cible : Les 18 chefs de la permanence (remplaçants des chefs de service) ont été invités pour la première fois à assister aux deux premières demi-journées de la formation initiale. L'objectif principal était de leur fournir de l'information sur les procédures de l'IPT afin de les habiliter à bien s'acquitter de leur rôle de premier répondant.

Contenu et déroulement. La participation des gestionnaires à la formation initiale a demandé une réorganisation du déroulement et du contenu de la formation habituelle. Les gestionnaires ont reçu un guide élaboré spécifiquement pour leurs besoins tandis qu'on a transmis aux nouveaux membres une nouvelle version du guide de formation pour les intervenants. Ces derniers ont également obtenu des textes préparatoires à lire avant la formation. Toutes les séances ont été animées conjointement par la consultante externe et la cadre responsable de l'ÉIPT. Par ailleurs, la consultante externe a joué un rôle prépondérant lors des séances destinées exclusivement aux membres de l'ÉIPT. Globalement, les deux premières demi-journées de formation ont porté surtout sur les aspects théoriques du stress post-traumatique et la clarification de la procédure d'IPT et du rôle des gestionnaires. La seconde moitié de la deuxième séance ainsi que la journée suivante ont été principalement consacrées à l'apprentissage des stratégies d'intervention, alors que la dernière journée visait l'intégration pratique de l'ensemble du contenu. Les objectifs de formation ont été couverts. Le détail des lectures préparatoires, des différents thèmes abordés, l'animatrice et le temps approximatif consacré à chacun des contenus de la formation se trouvent à l'Annexe 1.

Tableau 1. Déroulement de la formation initiale de 2009 et maîtrise des objectifs de formation

Contenu des formations	Méthodes pédagogiques utilisées	N ^{bre} d'heures consacrées	Objectifs éducationnels visés	Perception de maîtrise des membres IPT 1= pas du tout 2= un peu 3= moyennement 4=assez bien 5=très bien
1. Définition et caractéristiques cliniques du stress post-traumatique	Exposé Présentation du contenu par la formatrice Questions posées au groupe en lien avec la vidéo sur les Casques Bleus Démonstration / illustration du contenu présenté par la formatrice (<i>Exemples cliniques</i>)	1 heure	1. Connaître les caractéristiques cliniques du stress post-traumatique (ESA, ÉSPT) 2. Comprendre les caractéristiques cliniques 3. Appliquer (reconnaître la présence /absence des caractéristiques cliniques de l'ÉSA et de l'ÉSPT chez la personne touchée)	4,1 4,4 4,0
2. Identification des événements potentiellement traumatiques	Exposé Présentation du contenu par la formatrice	½ heure	1. Connaître les caractéristiques d'un événement traumatique 2. Comprendre les caractéristiques 3. Appliquer (être en mesure de reconnaître un événement à caractère traumatique)	4,4 4,6 4,4
3. Conséquences d'un événement potentiellement traumatique	Exposé Présentation du contenu par la formatrice Questions posées au groupe	½ heure	1. Connaître les différentes conséquences possibles d'un ÉT sur la vie personnelle, familiale et professionnelle des personnes touchées 2. Connaître les conséquences possibles d'un ÉT au plan organisationnel	4,3 3,7
4. Facteurs protecteurs, prédisposant, précipitant et de maintien de l'ÉSPT	Exposé Présentation du contenu par la formatrice	1 heure	1. Connaître les facteurs protecteurs, prédisposant, précipitant et de maintien de l'ÉSPT	4,1
5. Avantages d'une action préventive concertée dans l'organisation	Exposé Présentation du contenu par la formatrice Questions posées au groupe	½ heure	1. Connaître les avantages 2. Comprendre les avantages	3,9 4,0
6. Historique des procédures de désamorçage et de séance de verbalisation	Exposé Présentation du contenu par la formatrice	½ heure	1. Connaître l'historique des séances de verbalisation	3,2 (n=5)
7. Mesures d'intervention immédiates à la suite d'un événement traumatique	Exposé Présentation du contenu par la formatrice	½ heure	1. Connaître les différentes mesures immédiates 2. Comprendre les interventions immédiates	4,4 4,6
8. Mesures d'intervention post immédiates à la suite d'un événement traumatique	Exposé Présentation du contenu par la formatrice Questions posées au groupe	½ heure <i>+ le temps consacré aux trois stratégies d'intervention</i>	1. Connaître les mesures post immédiates 2. Comprendre les interventions post immédiates 3. Appliquer (être en mesure d'intervenir selon le modèle prescrit) 4. Analyser (comprendre les liens entre les différentes interventions post-immédiates et leurs fonctions respectives)	4,3 4,4 4,1 4,0

9. Rôles respectifs des intervenants et des participants lors des interventions immédiates et post immédiates	Exposé Présentation du contenu par la formatrice Questions posées au groupe	1 heure	1. Connaître les rôles de chacun 2. Comprendre les rôles de chacun 3. Appliquer (intervenir selon son rôle en tenant compte des valeurs et règles éthiques de l'IPT) 4. Analyser (comprendre les liens entre les rôles de chacun, ainsi que leurs fonctions et leurs limites respectives)	4,4 4,6 4,4 4,3
10. Prévention de l'usure de compassion chez les intervenants	Exposé Présentation du contenu par la formatrice Démonstration / illustration du contenu présenté par la formatrice	½ heure	1. Connaître le concept d'usure de compassion	3,7 (n=6)
11. Principes de la thérapie cognitive et comportementale (TCC)	Exposé Présentation du contenu par la formatrice	1 heure	1. Connaître les principes de la TCC 2. Connaître ses limites dans l'utilisation des stratégies d'intervention de la TCC dans le cadre de l'IPT	3,4 2,7 (n=6)
12. Rééducation respiratoire et relaxation musculaire progressive	Exposé Présentation du contenu par la formatrice Démonstration / illustration du contenu présenté par la formatrice Exercices pratiques individuels <i>Enseignement de la technique et pratique des participants</i> <i>Pratique de la respiration entre les deux formations et écoute du CD de relaxation</i>	1 heure <i>Fin de la 1^{re} journée</i>	1. Connaître la rééducation respiratoire et la relaxation musculaire 2. Comprendre les techniques 3. Appliquer (identifier les situations où il est indiqué d'utiliser ces techniques et être en mesure de les enseigner) 4. Analyser (comprendre comment les techniques agissent sur les symptômes)	4,1 3,9 3,3 3,9
13. Questionnement socratique de Beck	Exposé Présentation du contenu par la formatrice Questions posées au groupe Démonstration / illustration du contenu présenté par la formatrice <i>Jeux de rôle</i>	3 heures	1. Connaître le questionnement socratique 2. Comprendre le questionnement socratique 3. Appliquer (être en mesure d'utiliser le questionnement socratique dans ses interventions) 4. Analyser (comprendre comment agit le questionnement socratique sur les symptômes)	3,7 3,9 3,1 3,4
14. Inoculation au stress de Meichenbaum	Exposé Présentation du contenu par la formatrice Démonstration / illustration du contenu présenté par la formatrice <i>Jeux de rôle</i>	2 ½ heures	1. Connaître l'inoculation au stress 2. Comprendre l'inoculation au stress 3. Appliquer (identifier les situations où il est indiqué d'utiliser cette technique et être en mesure de l'enseigner) 4. Analyser (comprendre comment agit l'inoculation au stress sur les symptômes)	4,0 4,0 3,6 3,7
Ajout lors de l'entrevue avec la formatrice: 15. La psychoéducation	<i>Données non disponibles</i> <i>Présentation de la vidéo du CET sur la psychoéducation</i>	<i>Données non disponibles</i>	1. Maîtriser les différentes connaissances de base (caractéristiques d'un événement traumatique potentiel, les conséquences, les facteurs protecteurs, et les mesures d'intervention immédiates et post immédiates) 2. Connaître comment on fait de la psychoéducation (repasser en revue avec la personne les symptômes qu'elle a manifestés et comment elle les a gérés en utilisant le feuillet de psychoéducation en annexe du guide de pratique)	<i>Données non disponibles*</i>

* Ce contenu, ajouté par la formatrice lors de l'entrevue, n'était pas inclus au questionnaire des intervenants de l'ÉIPT.

4.2.1.2.2 Les rencontres de groupe - formation continue

Avec l'introduction du nouveau protocole en 2005, qui exigeait plus d'encadrement et de formation en ce qui a trait aux stratégies d'intervention, les rencontres de groupe se sont graduellement transformées en séances de formation continue.

Contenu et déroulement des rencontres. En 2010-2011, quatre rencontres de groupe ont eu lieu au siège social du CJM-IU. Les séances sont majoritairement animées par la consultante externe. Chacune des rencontres d'une durée de trois heures et demie s'est déroulée selon un horaire prédéterminé et fixe, soit un lundi après-midi. Les rencontres débutent habituellement par une discussion informelle entre les membres. Une des animatrices présente ensuite l'ordre du jour et chacune aborde leur contenu respectif. Le Tableau 2 résume les thèmes abordés et le nombre d'intervenants de l'ÉIPT présents à chacune des rencontres, tels que rapportés par la formatrice.

Tableau 2 – Rencontres de groupe de l'ÉIPT 2010-2011

Date des rencontres	Thèmes abordés	Nombre d'intervenants ÉIPT présents
12 avril 2010	Échanges sur les interventions Présentation des services du PAE par le groupe Renaud Présentation de l'étude d'évaluation de l'IPT par Mme Henriette Bilodeau, chercheure à l'UQAM	7/12
27 septembre 2010	Présentation du vidéo sur la restructuration cognitive du CET et discussion	8/12
6 décembre 2010	Présentation de l'étude sur les facteurs prédictifs du TSPT chez les policiers par Mélissa Martin Présentation de l'étude de Dawson par Stéphane Guay, chercheur au CET	11/12
14 mars 2011	Retour sur la postvention (événement du 07 mars 2011) Distinction de l'ÉSPT qui origine de la peur et celui qui origine de l'horreur La dissociation et les exercices de centration	11/12

Les contenus théoriques ont été présentés au moyen d'exposés oraux accompagnés de questions posées au groupe. Les apprentissages pratiques ont d'abord été démontrés et illustrés par la formatrice pour ensuite être pratiqués par les participants. La vidéo du Centre d'études sur le trauma (CET) sur la restructuration cognitive a été visionnée en guise d'illustration. Une place est également accordée aux échanges entre les participants sur leurs interventions IPT. La place accordée à la discussion de cas est variable d'une séance à l'autre, selon les contenus prévus par la formatrice et les besoins des participants. La formatrice juge que la dernière rencontre ayant eu lieu le 14 mars 2011, qui incluait une partie discussion sur les interventions, du contenu théorique et des exercices pratiques, est *plutôt* (4 sur une échelle de 1 à 5) représentative des rencontres de groupe des cinq dernières années (1^{er} avril 2006 au 31 mars 2011).

4.2.1.2.3 Les supervisions individuelles

Les membres de l'équipe peuvent bénéficier d'une supervision professionnelle individuelle en tout temps par la consultante externe. Bien qu'elle soit fortement encouragée, une certaine autonomie quant à l'utilisation de la supervision est laissée aux membres ayant cumulé plus de deux ans d'expérience dans l'équipe. La cadre responsable de l'ÉIPT est informée par courriel de chaque séance de supervision effectuée et peut relancer les membres qui l'utilisent peu ou pas.

Déroulement et contenu des séances de supervision. Les séances de supervision sont effectuées par téléphone. La consultante externe estime la durée moyenne d'une séance de supervision à 40 minutes. Les séances de supervision se déroulent selon un format type. Pour chaque cas, la consultante vérifie auprès de l'intervenant : 1) le type d'événement ; 2) l'état de la personne touchée pendant et après l'événement en portant une attention particulière aux symptômes de dissociation ; 3) les mécanismes mis en place par la personne touchée en faisant référence aux quatre questions de base (sécurité, soutien, calme, réconfort) ; 4) les symptômes de la personne touchée et ses moyens de gestion ; et 5) les stratégies utilisées par l'intervenant de l'ÉIPT. Puis, elle émet ses recommandations pour le suivi, suggère des pistes d'investigation et d'intervention et évalue le besoin de référence vers une ressource externe. Au besoin, elle donne de la rétroaction, de l'entraînement et peut enseigner les éléments non couverts par la formation de base qui pourraient être pertinents pour ce cas. Par ailleurs, la consultante avoue avoir le souci de s'assurer que les intervenants ne dépassent pas le cadre de l'IPT.

4.2.2 Participation des membres de l'ÉIPT aux activités de formation et de supervision

Le Tableau 3 présente les données recueillies auprès des sept intervenants de l'ÉIPT interrogés dans le cadre de l'étude relativement à leur participation aux activités de formation et de supervision.

Tableau 3 – Participation des membres de l'ÉIPT aux activités de formation et supervision

Année formation initiale	Formation préalable avec la cadre responsable ÉIPT	Lectures préparatoires à la formation	Nombre de participations aux rencontres de groupe 2010-2011	Utilisation de la supervision/consultante externe 2010-2011	Nombre de séances de supervision/consultante externe 2010-2011	Nombre de séances de supervision/avec un pair 2010-2011
2005	non	oui	4	Au besoin	1	0
2005	non	non	4	Systématique	6	0
2007	oui	oui	2	Au besoin	nd	2
2007	nd	non	3	Au besoin	1	2
2009	oui	oui	2	Systématique	10	0
2009	oui	oui	4	Systématique	4	0
2009	oui	oui	4	Systématique	5	0

nd : donnée non disponible

4.2.2.1 Participation à la formation initiale

Les membres de l'ÉIPT confirment que la plupart des thèmes prévus et cités dans le guide de formation ont été abordés au cours de la formation qu'ils ont reçue. Les thèmes relatifs à la *prévention de l'usure de compassion chez les intervenants*, à *l'historique des procédures de désamorçage et de débriefing*, à *aux avantages d'une action préventive concertée dans l'organisation*, à *aux rôles respectifs des intervenants et des participants lors des interventions immédiates et post immédiates* et à *aux principes de la TCC* n'ont cependant pu être confirmés par l'ensemble des participants.

Perception de la maîtrise des contenus de formation. La consultante estime que la formation initiale permet d'outiller les membres de l'équipe *plutôt* adéquatement (cote de 4 sur une échelle de 1 à 5) pour intervenir dans le cadre de l'IPT, pourvu qu'elle soit complétée par l'utilisation de la supervision individuelle. De la même manière, la cadre responsable juge la formation *très* adéquate (cote de 5) pour outiller les intervenants. De leur côté, les intervenants évaluent que la formation permet de les outiller *plutôt* adéquatement (cote moyenne de 4,4) et qu'ils maîtrisent *assez bien* les différents objectifs (cote moyenne de 4). La dernière colonne du Tableau 1 indique les moyennes du niveau de maîtrise perçue par les sept intervenants de l'ÉIPT pour chacun des objectifs éducationnels. L'examen des données montre que les concepts et les stratégies d'intervention de la TCC sont les aspects perçus comme étant les moins bien maîtrisés. Lors des entrevues, plusieurs ont avoué leur difficulté à maîtriser les stratégies cognitives et comportementales, particulièrement la respiration diaphragmatique, le questionnement socratique et l'inoculation au stress :

Quelque chose avec lequel je suis moins à l'aise dans les interventions, c'est peut-être l'approche cognitive-comportementale, mais au niveau de l'IPT. Parce que l'approche c'est quelque chose qu'on touche ici avec les garçons, mais au niveau des limites, ce en quoi ça consiste, je serais moins à l'aise d'aborder ça. (Entrevue intervenant ÉIPT)

Une des choses qui m'est plus difficile — mais c'est à moi de le pratiquer et de le maîtriser —, c'est au niveau des techniques de respiration, la respiration par le diaphragme. (Entrevue intervenant ÉIPT)

Le questionnement socratique, je trouvais que des fois, dans l'action, les questionnements... C'est plus à ce niveau-là que je me disais... Comment reformuler... Ce n'est pas du tout le même travail qu'on fait quand on est intervenante ou travailleur social, parce que c'est juste quelques rencontres, on ne fait pas de la thérapie, alors c'est plus à ce niveau-là. Il ne faut pas mêler les rôles, mais être plus habilités. (Entrevue intervenant ÉIPT)

La formatrice considère également que le questionnement socratique s'avère être l'élément le plus difficile à maîtriser pour les intervenants. Compte tenu de la clientèle du CJ, cet apprentissage est difficilement transposable dans leur pratique régulière.

4.2.2.2 Participation aux rencontres de groupe

L'examen des données recueillies auprès de la formatrice et des membres de l'ÉIPT montre qu'aucune des rencontres de la dernière année n'a permis de réunir l'ensemble des intervenants de l'équipe (voir Tableaux 2 et 3). Au moins un membre était manquant à chacune des rencontres. Selon les propos des intervenants, ces absences étaient dues à un conflit d'horaire avec d'autres engagements professionnels (p. ex., donner ou suivre un cours à l'université) ou à des vacances ou un congé différé.

4.2.2.3 Utilisation de la supervision individuelle

La consultante externe a effectué 33 séances de supervision individuelle auprès des intervenants de l'ÉIPT au cours de l'année 2010-2011, pour un total de 25 heures. Selon ses données, dix des 12 membres de l'équipe ont eu recours à la supervision au moins une fois au cours de la dernière année. Les trois nouveaux membres formés en 2009 l'ont utilisée de façon systématique à chaque cas, alors que sept autres l'ont utilisée au besoin. Seuls deux membres, formés avant 2005, n'ont pas eu recours à la supervision.

De façon générale, les données recueillies auprès des sept participants membres de l'ÉIPT confirment celles de la formatrice quant à l'utilisation de la supervision (voir Tableau 3). La majorité d'entre eux rapporte avoir reçu une seule séance de supervision par cas traité. Un seul des membres en a reçu plusieurs, soit une moyenne de 2,75 supervisions par cas. Le nombre de séances de supervision que nécessite chaque cas est variable. Les séances subséquentes, à la suite de la première, sont déterminées avec la consultante en fonction du besoin. Chaque séance a une durée variant de 15 à 60 minutes.

Situations qui incitent le recours à la supervision. Le besoin de supervision semble fonction de la sévérité et de la particularité des cas. Les cas plus complexes qui dépassent le cadre de l'IPT, les situations qui comportent des zones grises ou dans lesquelles plusieurs intervenants sont impliqués ainsi que l'ampleur de la réaction et la fragilité de la personne touchée sont tous des motifs qui peuvent inciter les intervenants qui utilisent la supervision au besoin à recourir à la consultante externe. La formatrice fait confiance à la capacité des intervenants de discriminer ces situations particulières et de juger de leur besoin de supervision.

Dans l'ensemble, la formatrice estime que la supervision individuelle est *assez utilisée* (4 sur une échelle de 1 à 5) par les membres de l'équipe.

4.2.2.4 Utilisation de la supervision individuelle par les pairs

Au cours de la dernière année, seuls deux intervenants de l'ÉIPT rapportent s'être tournés vers un collègue pour discuter de leurs interventions (voir Tableau 3). Ces deux membres, travaillant dans le même service et le même établissement, ont échangé entre eux à propos de leurs interventions IPT à deux reprises chacun. L'un d'entre eux estime que ces échanges ont duré en moyenne 30 minutes. Ayant lieu de façon informelle, ces entretiens sont définis comme un partage d'expériences visant à bénéficier d'un regard externe sur ses interventions.

La proximité, autant physique que professionnelle, est la principale motivation qui les incite à se consulter mutuellement. Les autres intervenants interrogés n'ont pas utilisé cette forme de supervision au cours de la dernière année.

4.2.2.5 Activités de formation et collaboration du supérieur

Pour la majorité des intervenants de l'équipe, les activités de formation et de supervision se sont déroulées à l'intérieur de leur horaire de travail régulier. Un seul membre rapporte que l'ensemble des activités de formation auxquelles il a participé au cours de la dernière année se sont déroulées en dehors de ses heures de travail. Deux autres membres ont également dû assister aux rencontres de groupe en dehors de leurs heures de travail. L'ensemble des membres de l'ÉIPT, incluant la cadre responsable, évalue que la collaboration du supérieur immédiat pour leur participation aux activités de formation de l'ÉIPT est *très bonne* (5 sur une échelle de 1 à 5). Par ailleurs, certains propos des intervenants montrent que les exigences liées aux fonctions professionnelles exercent une pression qui limite la collaboration du supérieur :

Je me rappelle à un moment donné ma chef m'a dit « là si c'est pour venir nuire à... » bon, je la considère très flexible, ma chef de service, mais je me rappelle qu'elle m'a dit un commentaire comme ça, dire bien là si tu déplaces cette rencontre-là qui est une rencontre officielle, bien là si ça provoque des retards par exemple, bien là il va falloir que tu repenses à tout ça. (Entrevue intervenant ÉIPT)

(...) parce que là, il faut que je reprenne ça sur un temps de bureau, et... on fait du plancher, je ne reprends pas ça sur du plancher ! Et la réalité, c'est de dire si on fait du plancher, vous pouvez quand même... votre chef doit vous dégager. C'est impensable. C'est impensable que j'aie rencontré quelqu'un et que je revienne sur le plancher après. Il faut qu'ils fassent rentrer quelqu'un d'autre : on a besoin d'une présence. Je ne suis pas dans un bureau, ici ! Je ne peux pas laisser un collègue tout seul avec les jeunes. Alors je trouve que c'est plus difficile que facile. (Entrevue intervenant ÉIPT)

4.2.3 Les membres de l'ÉIPT

4.2.3.1 La cadre responsable de l'ÉIPT

La cadre responsable de l'équipe est titulaire d'un doctorat en psychologie. Elle compte 25 ans d'expérience comme psychologue avec la clientèle des CJ. Après avoir obtenu un poste de cadre responsable à la CSCS à l'automne 2007, elle est devenue responsable de l'ÉIPT, une responsabilité qui relevait de ses nouvelles fonctions. Son rôle principal est d'assurer le fonctionnement régulier de l'équipe. Plus spécifiquement, elle a la responsabilité de recevoir et d'analyser les demandes de soutien, de les transmettre aux intervenants et de s'assurer du bon déroulement des suivis. Elle est la personne ressource pour tout ce qui concerne les services offerts par l'ÉIPT. La cadre responsable n'a jamais été membre intervenant au sein de l'ÉIPT. Par ailleurs, elle a effectué des interventions dans le cadre de l'IPT lors de l'appropriation de son rôle au cours de la première année de son entrée en fonction et occasionnellement, lors des périodes de vacances ou de débordement.

4.2.3.2 Les intervenants de l'ÉIPT

En 2010-2011, l'ÉIPT comptait 12 intervenants actifs. Le Tableau 4 présente le profil des sept intervenants participants à l'étude. Il est à noter que tous les intervenants occupaient leur poste actuel lors de leur entrée dans l'équipe, sauf l'adjointe clinique qui occupait un poste d'ARH. Tous ont également eu l'occasion de faire de la supervision de personnel ou de stagiaires dans le cadre de leur fonction.

Tableau 4 – Caractéristiques des membres de l'ÉIPT

Sexe	Année entrée ÉIPT	Formation académique	Poste actuel	Nombre d'années d'expérience clinique
H	2005	Maîtrise en psychologie	APPR	25
H	2005	Bac en psychologie	éducateur	22
F	2007	Maîtrise en psychoéducation	conseiller clinique	32
H	2007	BAC en psychoéducation/ maîtrise en gestion des organisations	conseiller clinique	30
F	2009	Bac en travail social /maîtrise en administration publique (en cours)	adjointe clinique	15
F	2009	Bac multidisciplinaire/certificat en toxicomanie/ majeure en criminologie	éducatrice	20
F	2009	DEC intervention en délinquance/ Certificat toxicomanie/certificat en gestion des SSSS/ BAC en travail social (en cours)	éducatrice	22

Processus de sélection. En ce qui concerne le processus de sélection, il varie. Cinq candidats ont procédé à l'envoi de leur candidature et participé à une entrevue avec les responsables de l'ÉIPT alors que deux candidats rapportent ne pas avoir passé par un processus de sélection; ils ont été sollicités et à la suite de leur acceptation, ils ont intégré l'équipe.

4.2.3.3 Le temps consacré aux interventions IPT au cours de l'année 2010-2011

En général, les intervenants estiment avoir travaillé entre 35 et 38,75 heures par semaine au cours de l'année 2010-2011. Au regard de leur implication dans l'ÉIPT, trois évaluent avoir consacré entre 12 et 15 heures aux interventions IPT, deux estiment avoir mis 26 et 32 heures, alors qu'un autre rapporte un total de 70 heures au cours de cette année d'activités. Deux membres n'ont pu estimer le temps consacré aux interventions. Deux membres mentionnent avoir effectué toutes leurs interventions IPT à l'intérieur de leur horaire de travail régulier alors que trois autres ont pu le faire 60 % à 90 % du temps. Les intervenants évaluent la collaboration de leur supérieur à cet égard comme étant *très bonne* ou *plutôt bonne* (4 ou 5 sur une échelle de 1 à 5). De son côté, la cadre responsable de l'ÉIPT travaille entre 40 et 45 heures par semaine. Au cours de l'année 2010-2011, elle estime avoir consacré environ 120 heures aux activités liées à son rôle dans l'équipe. Ces activités se déroulent à 90 % à l'intérieur de son horaire de travail régulier.

4.2.3.4 Les interventions réalisées par l'ÉIPT entre le 1^{er} avril 2006 et le 31 mars 2011

Selon les bilans d'activité annuels produits par l'ÉIPT, un total de 207 événements a fait l'objet d'une demande de soutien entre le 1^{er} avril 2006 et le 31 mars 2011 tel qu'illustré dans le Tableau 5. Les données recueillies permettent de distinguer deux types d'événements à potentiel traumatique; des actes violents dirigés contre la personne elle-même (ex. agression physique, verbale, menace) et des événements porteurs de violence non dirigés envers la personne (ex. : geste suicidaire, décès). Aucune information quant à la tenue d'une coordination lors de ces événements n'est colligée dans les bilans. Par ailleurs, la cadre responsable de l'ÉIPT a identifié trois événements à caractère traumatique ayant nécessité la mise sur pied d'un comité de coordination entre la période du 1^{er} avril 2008 et le 31 mars 2011. Un comité a été formé en mars 2011 à la suite du suicide d'un jeune bénéficiaire dans une unité du CJM-IU, en juillet 2009 à la suite du suicide du père d'un jeune bénéficiaire ainsi qu'en juillet 2008 à la suite du décès d'un jeune bénéficiaire en fugue.

Tableau 5 - Nombre et type d'événements ayant fait l'objet d'une demande IPT entre le 1^{er} avril 2006 et le 31 mars 2011

Type d'événements	2006/ 2007	2007/ 2008	2008/ 2009	2009/ 2010	2010/ 2011	2006 à 2011
Nombre total d'événements ayant fait l'objet d'une demande IPT :	40	49	33	38	47	207
Agression physique	8	7	6	7	17	45
Agression verbale, menace, intimidation	12	14	11	16	14	67
Témoin de violence (bagarre, désorganisation, automutilation)	3	14	2	4	7	30
Témoin de gestes suicidaires	8	2	4	4	5	23
Agression à caractère sexuel	0	5	0	0	0	5
Décès (suicide, meurtre, mort accidentelle)	5	4	3	2	3	17
Autres	2	2	7	5	1	17
Information non disponible	2	1	0	0	0	3

Pour ces 207 événements, un total de 241 personnes a demandé le soutien de l'ÉIPT (certains événements ayant impliqué plus d'une personne). Le Tableau 6 présente le nombre et les caractéristiques des demandeurs ainsi que la moyenne de rencontres IPT effectuées par demande.

Tableau 6 – Nombre et caractéristiques des personnes ayant demandé le soutien de l'ÉIPT entre le 1^{er} avril 2006 et le 31 mars 2011 et nombre de rencontres par demande

Caractéristiques des demandeurs	2006/ 2007	2007/ 2008	2008/ 2009	2009/ 2010	2010/ 2011	2006/ 2011
Nombre de personnes ayant demandé un soutien de l'ÉIPT :	47	60	37	40	57	241
Caractéristiques :						
Sexe						
Femme	25	44	26	35	45	175
Homme	13	14	9	5	12	53
Information non disponible	9	2	2	0	0	13
Statut						
Employés	36	49	33	36	56	210
<i>Éducateurs</i>	24	34	18	18	41	135
<i>ARH</i>	7	6	3	4	0	20
<i>TS, TAS, Intervenants sociaux</i>	0	0	7	10	8	25
<i>Spécialistes cliniques</i>	0	2	1	2	0	5
<i>Agents d'intervention, surveillants</i>	4	5	2	0	2	13
<i>Employés de soutien, préposés</i>	0	0	0	1	2	3
<i>Employés de bureau</i>	0	1	1	0	0	3
<i>Gestionnaires</i>	0	0	1	0	0	1
<i>Autres employés</i>	0	1	0	1	3	5
Usagers du CJM-IU (parent, jeune, famille d'accueil)	6	7	2	3	1	19
Autres (p. ex., stagiaire, bénévole)	0	4	1	1	0	6
Information non disponible	5	0	1	0	0	6
Moyenne du nombre de rencontres IPT effectuées par demande	1,6 (n=33)	1,4 (n=41)	1,4 (n=35)	2,2 (n=40)	1,9 (n=57)	1,7 (n=206)

4.2.3.5 Description du déroulement des interventions IPT (sans comité de coordination)

Les deux dernières interventions IPT effectuées au cours de l'année 2010-2011 par chacun des sept intervenants participants à l'étude ont été explorées au cours des entrevues individuelles. Les données suivantes présentent les résultats de l'analyse qualitative relative à ces 14 interventions. Certaines données quantitatives, issues des rapports annuels de 2010-2011 de l'ÉIPT, ont été examinées et viennent compléter l'analyse des cas. Aussi, des données qualitatives sur le rôle de la cadre responsable en lien avec les interventions IPT sont présentées.

4.2.3.5.2 Caractéristiques des événements

Les cas analysés sont relatifs à 14 événements distincts qui se sont produits entre le 18 août 2010 et le 23 mars 2011. Les 13 demandeurs sont tous des employés du CJM-IU. Il est à noter qu'un des demandeurs a rencontré un même intervenant pour deux événements distincts. Le Tableau 7 présente, pour chacun des cas analysés, le type d'événement, le sexe et le poste du demandeur tels qu'énoncés dans le rapport annuel 2010-2011 de l'ÉIPT du CJM-IU.

Tableau 7 – Type d'événements et caractéristiques des demandeurs des 14 cas analysés

Cas	Type d'événement	Caractéristiques du demandeur	
		Sexe	Poste
1	Agression verbale, menace, intimidation	F	Infirmière
2	Agression verbale, menace, intimidation	F	Éducatrice
3	Agression verbale, menace, intimidation	M	Intervenant social
4	Agression physique	F	Infirmière
5	Témoin d'agression, désorganisation	F	Éducatrice
6	Témoin d'agression, désorganisation	F	Éducatrice
7	Agression verbale, menace, intimidation	F	Éducatrice
8	Agression physique et verbale, menace et intimidation	F	Éducatrice
9	Agression physique	F	Éducatrice
10	Tentative de suicide	F	Éducatrice
11	Automutilation	F	Éducatrice
12	Témoin d'agression, désorganisation	F	Éducatrice
13	Intimidation, désorganisation	F	Éducatrice
14	Intimidation	F	Éducatrice

4.2.3.5.3 Réception de la demande par la cadre responsable de l'ÉIPT

De façon générale, la demande de soutien est transmise par le supérieur immédiat de la personne touchée. Plus rarement, il arrive qu'elle provienne de l'adjoint du supérieur ou d'un conseiller-cadre, responsable des employés en probation ou sur appel. Généralement, le gestionnaire contacte la cadre responsable après avoir fait l'offre de soutien. Lors du contact, la cadre responsable prend soin de faire une analyse de la situation. Elle recueille des informations sur l'événement (p. ex., moment, lieu, agresseur, présence de témoins), l'état de la personne touchée (p. ex., réaction, symptômes), les mesures qui ont été prises (p. ex., maintien au travail, en congé, soutien reçu), l'expérience professionnelle et les antécédents de la personne touchée (p. ex., âge, poste occupé, nombre d'années d'expérience, nombre d'expositions à un ÉT, soutien de l'ÉIPT par le passé) et s'assure d'obtenir les informations et l'autorisation nécessaires pour le contact. Elle profite de l'occasion pour rappeler au gestionnaire la possibilité d'offrir des congés à la personne touchée au besoin. Dans son analyse de la situation, la cadre responsable ne vérifie pas si l'événement correspond à la définition d'un événement traumatique. Son principal critère pour accepter une demande consiste à vérifier si la personne est affectée par l'événement.

Délai entre l'événement et la réception de la demande par l'ÉIPT. La deuxième colonne du Tableau 8 présente les délais de la réception de la demande de soutien par l'ÉIPT pour chacun

des 14 cas analysés, tels que cités dans les rapports annuels 2010-2011 de l'ÉIPT. Pour la majorité des cas, l'ÉIPT a reçu la demande rapidement, soit de 1 à 3 jours suivant l'événement. Une demande a été reçue tardivement, soit environ 14 jours après l'événement. Selon les propos de l'intervenant, cette personne a fait une demande à l'ÉIPT après avoir pris un congé à la suite de l'événement. La cadre responsable confirme que le délai entre l'événement et la réception de la demande est généralement assez court. Toutefois, il arrive que celui-ci soit plus long, par exemple, lorsque la demande survient à la suite de l'apparition ou de la recrudescence des symptômes lors d'un retour au travail.

4.2.3.5.4 Transmission de la demande d'aide à un membre de l'ÉIPT

Le choix de l'intervenant repose sur différents critères. Dans un premier temps, la cadre responsable de l'ÉIPT distribue les demandes en fonction d'une liste de rotation des intervenants. Ensuite, elle s'assure de choisir un intervenant qui travaille dans un établissement différent de celui de la personne touchée. Elle peut également choisir un intervenant en fonction de la particularité du cas. Par exemple, devant un cas plus complexe, elle peut tenir compte de la formation et de l'expérience de l'intervenant. Lors de l'appel, la cadre responsable prend d'abord soin de vérifier la disponibilité de l'intervenant. La dernière année a été particulièrement difficile au regard de la disponibilité des intervenants et la cadre responsable a essuyé plusieurs refus lors des sollicitations.

De leur côté, quatre intervenants mentionnent avoir dû refuser une demande d'intervention au cours de l'année 2010-2011. Deux refus sont attribuables à un manque de disponibilité et deux autres à la connaissance de la personne touchée. Les informations transmises à l'intervenant réfèrent essentiellement aux informations reçues du gestionnaire lors de la demande, soit les caractéristiques de la personne touchée (p. ex., nom, poste, ancienneté, exposition à un ÉT passé, réactions de la personne à la suite de l'événement, en congé ou non, coordonnées pour la joindre), une brève description de l'événement tel que rapportée par le chef de service (date, lieu, personnes impliquées) et le contexte de la demande (nom du chef de service, déroulement de l'offre de soutien, réceptivité de la personne face à l'offre). Dans tous les cas analysés (sauf un dû aux vacances), la demande a été transmise à l'intervenant par la cadre responsable de l'ÉIPT par téléphone.

4.2.3.5.5 Premier contact téléphonique

Délai entre la réception de la demande par l'intervenant et le premier contact. La troisième colonne du Tableau 8 présente les délais relatifs au premier contact téléphonique pour chacun des 14 cas, calculés à partir des données fournies par l'intervenant. Tous les intervenants, à l'exception d'un seul, ont contacté la personne touchée dans les 24 heures suivant la réception de la demande. Le délai plus long s'explique par le fait que l'événement s'est produit pendant la période des fêtes.

Contenu du premier contact. Tous les intervenants ont mentionné qu'ils s'informent tout d'abord de l'état de la personne touchée. Seulement un intervenant a dit explicitement qu'il utilisait les quatre questions prévues par le protocole. À l'inverse, un intervenant a précisé qu'il n'utilisait pas les questions prévues et préférait s'adapter à la particularité du cas. Par ailleurs, la plupart

d'entre eux ont mentionné vérifier au moins un élément lié aux quatre questions, soit la présence de soutien social ou le sentiment de calme, de sécurité ou de bien-être. La durée du premier contact téléphonique est variable. Bien que nous n'avons pu obtenir de données précises sur sa durée, certains ont souligné que le premier contact a été très court, voire expéditif, alors que d'autres mentionnent que celui-ci peut être l'occasion de commencer à faire le récit de l'événement, ce qui étire la durée de ce premier contact.

4.2.3.5.6 Cadre des rencontres IPT

Délai entre l'événement et la première rencontre IPT. La dernière colonne du Tableau 8 fournit les délais entre l'événement et la première rencontre IPT pour chacun des 14 cas. À l'exception d'un seul, la première rencontre a eu lieu plus de 72 heures après l'événement.

Tableau 8 –Délais de la prise en charge des 14 cas analysés

Cas	Délais		
	Délai entre l'événement et la réception de la demande IPT (en jours)	Délai entre la réception de la demande IPT et le 1er contact (< ou > 24 h)	Délai entre l'événement et la 1re rencontre IPT (en jours)
1	3	<	5-6*
2	1	<	14*
3	14*	<	17*
4	6	<	26
5	6	<	9
6	1	<	nd
7	6	<	8
8	1	<	2
9	7	<	15
10	1	<	8
11	3	<	8
12	2	<	5
13	2	<	6
14	1	>	11

* : donnée approximative

nd : information non disponible

Le Tableau 9 présente les variables relatives au cadre des rencontres IPT pour chacun des 14 cas. Il est à noter que certaines données n'ont pu être obtenues soit parce que le thème n'a pas été discuté en entrevue ou parce que le participant n'a pu fournir de réponses. Dans certains cas, le participant a pu donner une réponse en signalant son incertitude. Celles-ci sont présentées et marquées d'un astérisque (*).

Tableau 9 – Cadre des rencontres des 14 cas analysés

Cadre des rencontres IPT					
Cas	Nombre de rencontres	Intervalle des rencontres (en jours)	Durée des rencontres (en minutes)	Lieu de rencontre	Moment de rencontre
1	2	7	90/90	Lieu de travail	Heures de travail
2	3	7 / 14	90 /90/60	Lieu de travail	Heures de travail
3	2	11	60/60	Lieu neutre	Heures de travail
4	2	12	60/75	Lieu de travail	Heures de travail
5	2	7*	90/60	Bureau intervenant	nd
6	1	nd	75	Bureau intervenant	En congé
7	2	7	90/90	Bureau intervenant	Heures de travail
8	2	7	90/90	Bureau intervenant	En congé
9	3	7/35	210/210/90	Lieu neutre	Extérieur des heures de travail
10	1	nd	120	nd	nd
11	1	nd	90	Bureau intervenant	Extérieur des heures de travail
12	3	2/7-14*	90/90/90	Bureau intervenant	En congé
13	2	<14*	90 /120	Lieu neutre	Extérieur des heures de travail
14	3	8-10/8-10*	75/90-120/90-120	Lieu de travail	Extérieur / Intérieur des heures de travail

* donnée approximative
nd : info non disponible

Nombre, intervalle et durée des rencontres. Les 14 cas analysés ont nécessité entre une et trois rencontres (moyenne = 2,1). Dans la majorité des cas, les rencontres ont eu lieu à une ou deux semaines d'intervalle (7 à 14 jours). Dans un cas, le délai entre la première et la deuxième rencontre a été très court (2 jours), car l'intervenant était inquiet de l'état de la personne touchée et souhaitait la revoir rapidement, à la suite des recommandations de la consultante externe. Lorsque trois rencontres sont nécessaires, les intervenants vont généralement espacer la dernière séance pour permettre de vérifier l'évolution de l'état de la personne dans le temps. On rapporte que les intervenants ou les personnes touchées peuvent initier un contact téléphonique entre les rencontres. Les motifs évoqués par les intervenants sont le délai parfois trop long entre les rencontres alors que pour la personne touchée c'est la réactivation des symptômes qui motive le contact. Des intervenants ont d'ailleurs mentionné offrir systématiquement à la personne touchée la possibilité de les contacter entre les rencontres au besoin. Par ailleurs, l'analyse ne permet pas de savoir si cette pratique est généralisée parmi les intervenants. La durée des rencontres varie

entre 60 et 210 minutes. Dans la majorité des cas, la première rencontre a duré au moins 90 minutes. Les rencontres subséquentes, s'il y a lieu, sont généralement de 90 minutes sauf si la personne touchée exprime beaucoup d'émotions et amène du contenu personnel qui déborde du cadre de l'événement.

Lieu et moment des rencontres. Le lieu de rencontre est généralement déterminé selon la préférence de la personne touchée, là où elle sera le plus à l'aise. Certains intervenants proposent de faire la rencontre à l'extérieur du lieu de travail de la personne touchée, d'autres offrent d'emblée de faire la rencontre à leur bureau, ou suggèrent un lieu neutre en fonction du lieu de résidence de la personne. L'horaire des rencontres est généralement déterminé conjointement selon les disponibilités de chacun. Par ailleurs, certains intervenants priorisent les disponibilités de la personne touchée et réorganisent leur horaire en conséquence. L'excellente collaboration du supérieur immédiat de la personne touchée pour la participation aux rencontres est soulignée.

4.2.3.5.7 Les stratégies d'intervention

Le Tableau 10 présente l'utilisation de chacune des 12 stratégies d'intervention préconisées par le programme d'IPT pour chacun des 14 cas. Les données ont été obtenues à partir de l'analyse du contenu des entrevues auprès des intervenants de l'ÉIPT. Il est à noter que certaines données ne sont pas disponibles soit parce que le thème n'a pas été discuté en entrevue ou parce que le participant n'a pu fournir de réponse. Dans certains cas, le participant a pu donner une réponse tout en signalant son incertitude. Celles-ci sont présentées et marquées d'un astérisque (*). Compte tenu de la difficulté des intervenants à évaluer la durée et le moment de l'intervention, ces données n'ont pu être obtenues avec fiabilité. Les données sur la durée et le moment de l'intervention seront rapportées de façon globale s'il y a lieu.

Tableaux 10 - Les interventions effectuées lors des rencontres pour les 14 cas analysés

Cas	Interventions IPT		Interventions IPT - Psychoéducation				Interventions IPT			
	Consentement éclairé	Récit de l'événement	Psychoéducation	Document sur les symptômes	Document pour les proches	Évaluation des symptômes	Évolution des symptômes	Sensibilisation au réseau de soutien	Suivi médical	
1	X	X	X	X	-	X	X	X	-	
2	X	X	X	X	nd	X	X	X	-	
3	X	X	X	-*	nd	X	X	X	X	
4	X	X	X	nd	nd	X	X	X	X	
5	X	X	X	X	-	X	X	X	-	
6	X	X	-	nd	nd	X	-	X	X	
7	X	X	X	-	-	X	X	X	-	
8	X	X	X	nd	nd	X	X	X	-	
9	X	X	X	X	-	X	X	X	X	
10	X	X	X	X	-	X	X	X	-*	
11	X	X	X	X	nd	X	X	X	X	
12	X	X	X	X	nd	X	X	X	X	
13	X	X	X	X	-	X	nd	X	nd	
14	-	X	X	nd	nd	X	X	X	-	

X intervention

- absence d'intervention

* information incertaine

nd info non disponible

Tableau 10 - Les interventions effectuées lors des rencontres pour les 14 cas analysés (suite)

Cas	Interventions IPT		Interventions IPT – Réduction de l'activation neurovégétative			Interventions IPT	Interventions IPT – Prévention et réduction de l'évitement	
	Sensibilisation aux mécanismes d'adaptation positifs	Vérification évolution milieu de travail	Réduction de l'activation neurovégétative	Respiration diaphragmatique	Technique de relaxation (CD)	Restructuration cognitive	Prévention de l'évitement	Inoculation au stress
1	X	X	X	-	-	-	X	X
2	X	X	X	X	X	X	X	X
3	X	X	X	X	-	X	X	X
4	X	-	X	X	nd	X	X	nd
5	X	X	X	-	-	X	X	nd
6	X	nd	-	-	-	-	-	nd
7	X	X	X	-	-	X	-	-
8	X	X	X	-	-	X	-	nd
9	X	X	X	X	X	X	X	X
10	X	X	X	X	-	X	X	-
11	X	X	X	-	nd	-*	-	-
12	X	nd	X	-	-	X	-	-
13	X	X	X	X	-	-*	X	-
14	nd	X	X	X	-	-*	-	-

X intervention
 - absence d'intervention
 * information incertaine
 nd info non disponible

4.2.3.5.7.1 Le consentement éclairé

Tous les intervenants mentionnent qu'ils s'assurent d'obtenir un consentement éclairé de façon systématique à chaque nouveau cas qui leur est référé. Globalement, ils évaluent que cette intervention ne prend que 5 à 10 minutes au début de la première rencontre. Les éléments abordés sont: la confidentialité des rencontres, le rôle de l'ÉIPT et de l'intervenant, les objectifs de l'intervention (p. ex., préciser qu'il ne s'agit pas d'un processus thérapeutique) et la modalité des rencontres (p. ex., nombre de rencontres, déroulement).

4.2.3.5.7.2 Le récit de l'événement

De façon générale, le récit de l'événement est fait lors de la première rencontre. Certains intervenants estiment que ce récit s'effectue assez rapidement, soit entre 15 et 30 minutes (n=5), alors que pour d'autres, le récit a occupé une grande part de la première rencontre, soit entre 40 et 90 minutes (n=7). Dans ces cas, les propos des intervenants suggèrent que les personnes touchées sont davantage bouleversées par le récit de l'événement et expriment davantage d'émotions, ce qui rend la narration plus difficile. Certains intervenants mentionnent alors la nécessité de réorienter le récit sur les faits :

Bien, ce qui arrive, des fois, c'est qu'ils vont commencer, et là il y a des émotions qui se mélangent à ça, donc... là la personne va passer sur autre chose, va aussi parler des conflits d'équipe, et c'est de ramener ça pour faire la suite des événements. Parce que des fois j'ai l'impression qu'ils ont tellement de choses à dire que... des fois c'est mêlé et il faut les ramener, vraiment, aux faits de la situation, étape par étape comment ça s'est produit. (Entrevue intervenant ÉIPT)

4.2.3.5.7.3 La psychoéducation

Dans tous les cas, sauf un, les intervenants ont fait de la psychoéducation auprès de la personne touchée. Dans un cas, la psychoéducation n'a pu être effectuée, car la personne exprimait beaucoup de colère envers l'employeur et était peu réceptive aux interventions. Dans la plupart des cas, l'intervenant procède à la psychoéducation au cours de la première rencontre. Le temps alloué à cette intervention varie de 15 à 45 minutes. La psychoéducation porte principalement sur l'explication de la réaction de peur, la description des trois classes de symptômes post-traumatiques (intrusion, activation et évitement) et la normalisation de ces symptômes. Dans la majorité des cas, les intervenants ont utilisé le document prévu à cet effet. Par ailleurs, la plupart n'avait aucune connaissance du document qui s'adresse aux proches de la victime.

4.2.3.5.7.4 Évaluation des symptômes présents

Tous les intervenants ont évalué la présence des symptômes post-traumatiques chez la personne touchée, et ce, dès la première rencontre. Plusieurs mentionnent qu'ils font cette évaluation en même temps qu'ils procèdent à la psychoéducation. Lorsqu'ils expliquent chacun des symptômes potentiels, ils vérifient leur présence. D'autres expriment faire systématiquement le tour des symptômes et questionner la personne sur chacun d'eux. Certains mentionnent qu'ils portent une attention dès le départ aux réactions rapportées par la personne touchée pendant son récit. Un

intervenant exprime avoir eu beaucoup de difficulté à évaluer les symptômes présents, car la personne touchée montrait peu d'ouverture face à l'exploration personnelle.

4.2.3.5.7.5 Évaluation de l'évolution des symptômes

Dans tous les cas qui ont nécessité plus d'une rencontre, tous les intervenants ont vérifié l'évolution des symptômes lors des rencontres subséquentes. Les intervenants s'assurent de faire le tour de chacun des symptômes rapportés lors de la première rencontre. Certains mentionnent également vérifier les moyens utilisés pour diminuer ces symptômes. Dans les trois cas n'ayant nécessité qu'une seule rencontre, deux intervenants rapportent avoir effectué un suivi téléphonique au cours duquel ils ont évalué l'évolution des symptômes.

4.2.3.5.7.6 Sensibilisation à la mise en place d'un réseau de soutien

Dans tous les cas, les intervenants ont vérifié si la personne touchée bénéficiait d'un réseau de soutien sur lequel elle pouvait compter. Plusieurs rapportent avoir vérifié non seulement la présence de personnes ressources dans l'entourage personnel, mais aussi dans l'environnement professionnel (p. ex., collègues, supérieurs). Les interventions ont consisté principalement à identifier les personnes significatives dans l'entourage et à encourager la personne touchée à bénéficier de leur soutien. Certains ont aussi mentionné avoir effectué un suivi auprès de la personne touchée à la suite de suggestions formulées à cet effet.

4.2.3.5.7.7 Sensibilisation à l'importance d'un suivi médical

La recommandation d'un suivi médical ne se fait pas nécessairement dans chaque cas, mais plutôt en fonction de la nature et de l'intensité des symptômes. La présence de symptômes d'activation neurovégétative ou de dissociation semble inciter les intervenants à suggérer un suivi médical.

Je ne le fais pas de façon systématique, ça. Dépendamment des situations, de la façon dont la personne a continué son fonctionnement les journées suivantes... mais dès qu'il y a une activation au niveau neurophysiologique que je ressens importante, oui, je la nomme. Quand il y a eu des agressions, aussi, je le nomme... des risques de blessures, je vais le nommer. Mais ce n'est pas quelque chose avec quoi j'arrive dans... dire un des points : il faut que je nomme ça. (Entrevue intervenant ÉIPT)

Dans la moitié des cas, les intervenants n'ont pas jugé nécessaire de recommander une consultation médicale, principalement parce que la personne touchée présentait peu de symptômes ou que ceux-ci avaient diminué depuis l'événement.

4.2.3.5.7.8 Sensibilisation à l'importance de la mise en place de mécanismes d'adaptation positifs

Dans tous les cas, sauf un, l'intervenant énonce des propos qui démontrent qu'il a encouragé la personne touchée à utiliser des stratégies visant une résolution positive des symptômes liés au trauma. La plupart des intervenants ont émis des recommandations quant aux actions à prendre

pour favoriser une diminution ou prévenir l'aggravation des différents symptômes post-traumatiques présents.

Oui. J'ai évalué les symptômes, des symptômes très basic : elle ne mange pas, ne dort pas, bon, et là, l'autre partie, vraiment dans les recommandations, de la mettre en action, de retourner à ses habitudes, malgré qu'elle n'a pas le goût de se lever, de... (Entrevue intervenant ÉIPT).

Outre les interventions visant directement la réduction de l'activation neurovégétative (énoncées plus bas), plusieurs intervenants ont souligné l'importance du repos et encouragé la pratique d'activités qui favorisent la détente et le bien-être.

Et j'ai demandé si elle prenait quand même le temps de bien se reposer — là ça me revient —, de bien se reposer à la maison ; elle m'a dit : « Ça me fait tellement de bien d'être à la maison et de prendre le temps de jouer avec mes enfants ; ça me change les idées ». (Entrevue intervenant ÉIPT)

Aussi, certains ont suggéré des actions ou des attitudes favorables à une meilleure adaptation lors de la reprise de leurs activités professionnelles (p. ex., parler de ses anticipations avec son supérieur, valider ses attributions auprès de certains collègues).

Et je lui avais bien dit « si tu parles à ta chef de ta peur de pas être fonctionnel », et il était un peu réticent, c'est un homme et l'image... Et il me l'avait dit tout de suite « moi je suis un gars et... » Et il s'était permis un peu de dire qu'il avait trouvé ça difficile et c'est ce qui fait que... donc la pression baissait pour lui. (Entrevue intervenant ÉIPT)

4.2.3.5.7.9 Interventions visant la réduction de l'activation neurovégétative

Dans tous les cas, sauf un, les intervenants ont effectué des interventions visant la réduction des symptômes d'activation. Dans la moitié des cas, l'intervenant a enseigné la pratique de la respiration diaphragmatique lors de la première et/ou la deuxième rencontre. Cet enseignement prend environ de 5 à 20 minutes à chaque fois. Les autres n'ont pas enseigné la respiration diaphragmatique soit parce qu'ils ont jugé cette technique non pertinente compte tenu de la nature des symptômes présentés (p. ex., fatigue, dissociation) ou parce que la personne touchée affirmait déjà la connaître. Un intervenant a avoué qu'il n'enseignait jamais cette technique, car il ne la maîtrisait pas. Si la technique de respiration n'est pas utilisée systématiquement à tous les cas et par tous les intervenants, la plupart d'entre eux vont toutefois explorer le répertoire comportemental de la personne touchée afin d'identifier ses propres moyens de réduction du stress et l'encourager à les utiliser (p. ex., activité physique, activité de loisir et de détente, etc.).

J'ai proposé des affaires, en fait je suis partie d'elle, en voulant dire qu'est-ce qui elle la relaxe. Alors elle me parlait, bon oui, ç'a l'air quétaine, mais oui, le bain ça fonctionne, bon, elle avait quand même des moyens de relaxation; la nature, dehors, pas de sons, il y avait des choses. Oui. (Entrevue intervenant ÉIPT)

Par ailleurs, les techniques de relaxation sont peu utilisées par les intervenants. Seuls deux d'entre eux rapportent avoir remis le CD de relaxation à la personne touchée après lui avoir enseigné la technique de respiration. Dans un seul cas, l'intervenant n'a pu faire d'intervention visant la réduction de l'activation, car la personne touchée était peu réceptive.

4.2.3.5.7.10 Restructuration cognitive

Dans presque la majorité des cas, les propos des intervenants suggèrent qu'ils ont effectué des interventions visant à restructurer des attributions ou des cognitions erronées chez la personne touchée. Toutefois, l'analyse n'a pas permis de déterminer si les intervenants avaient procédé par questionnement socratique. Les principaux contenus sur lesquels les interventions ont été faites réfèrent principalement à des attributions de responsabilité face à l'événement, des pensées erronées générant des sentiments de culpabilité et d'impuissance et des généralisations liées à la sécurité. Les rares cas où ils n'ont pas fait de restructuration cognitive concernent des personnes présentant peu d'attributions de responsabilité ou montrant peu d'ouverture à l'introspection.

4.2.3.5.7.11 Évaluation de l'évolution dans le milieu de travail

Dans tous les cas où la personne touchée a poursuivi ses activités professionnelles à la suite d'un événement, les intervenants ont vérifié son évolution dans son milieu de travail soit lors de la deuxième rencontre ou lors d'un suivi téléphonique lorsqu'il n'y a eu qu'une rencontre. Les aspects principalement investigués sont le fonctionnement global de la personne dans le contexte du travail, la recrudescence ou non des symptômes dans ce contexte, le niveau de confort face au contact avec l'agresseur s'il y a lieu, le soutien reçu des collègues et du supérieur. Deux motifs expliquent la raison pour laquelle quelques intervenants n'ont pu explorer l'évolution dans le milieu de travail : 1) la personne était toujours en congé au moment des rencontres et 2) la personne avait plutôt tendance à diriger le blâme vers l'employeur au détriment de son propre vécu face à son milieu de travail.

4.2.3.5.7.12 Prévention de l'évitement

Dans un peu plus de la moitié des cas, les intervenants ont effectué des interventions visant la prévention de l'évitement. Cependant, l'analyse ne permet pas de conclure que tous ont utilisé la technique de l'inoculation au stress dans leurs interventions. Par ailleurs, la plupart semblent avoir aidé la personne touchée à élaborer un plan spécifique pour lui permettre de faire face à une situation stressante :

On a regardé ça, je lui en ai parlé pour les prochaines fois où elle était pour le rencontrer, ce jeune-là, le voir avec un intervenant, mais je lui ai offert de le faire par écrit : « Non, non, regarde, c'est correct si on regarde... » Ou être avec quelqu'un, et comment ça se vit, mais... ce n'était pas aussi détaillé qu'une autre personne avec qui je l'ai fait, disons. C'était plus ça qui... comment tu vas reprendre contact avec le jeune et tout ça, là. (Entrevue intervenant ÉIPT)

Certains ont dû faire ces interventions dès la première rencontre puisque la personne touchée devait rapidement retourner sur les lieux de l'événement. Six cas n'ont pas nécessité d'interventions visant la prévention de l'évitement soit parce que la personne touchée ne présentait pas de tels symptômes ou parce qu'elle était toujours en congé.

4.2.3.5.7.13 Autres contenus et interventions

Dans plus de la moitié des cas, les intervenants ont mentionné que les contenus rapportés lors des rencontres dépassaient le contexte de l'événement. Ces contenus réfèrent principalement à des enjeux personnels ou professionnels réactivés par l'événement. Par exemple, dans deux cas (liés à une même personne) du contenu associé à des abus subis dans le passé a largement refait surface lors des rencontres. Dans d'autres cas, ce sont surtout des enjeux liés au contexte de travail, tels que des éléments de stress, des conflits ou la survenue d'ÉT antécédents qui ont été exprimés. Parfois, ces enjeux ont suscités des remises en question professionnelles. Dans certains cas, beaucoup de colère dirigée vers l'employeur a été exprimée au cours des rencontres. L'apport de contenu et d'émotions non directement liés à l'événement qui a suscité la demande rend parfois difficile l'utilisation des stratégies prévues par le protocole. Ces cas amènent les intervenants à utiliser des stratégies puisées à même leur expérience clinique personnelle. Ces interventions ont consisté principalement à identifier et départager les éléments en lien avec l'événement de ceux qui ne le sont pas, à faire de l'écoute active, à accueillir le contenu exprimé et à renforcer les capacités de résilience de la personne touchée.

Bien dans ce cas-ci, je dirais qu'il y a certains moments où je n'étais plus nécessairement en post-trauma, mais en supervision. Parce que les enjeux pour cette personne-là étaient des enjeux qui n'étaient pas nécessairement reliés à l'événement traumatique. Il y avait beaucoup d'enjeux qui étaient sur des stresseurs précédant l'événement et sa façon d'y réagir. Alors, j'étais beaucoup plus sur des interventions de comment modifier le comportement de cette personne-là et mieux identifier les stresseurs ; elle n'avait pas bien identifié ses éléments stresseurs. À partir du moment où elle les a mieux identifiés, pour elle les actions à poser étaient beaucoup plus claires, et l'enjeu était si elle décidait de les faire ou pas. Il y a des enjeux personnels, là. (Entrevue intervenant ÉIPT)

Une intervenante a eu recours à des exercices de centration, sous la supervision de la consultante externe, pour diminuer les symptômes de dissociation de la personne touchée. Il importe de souligner que, dans tous ces cas qui débordaient du cadre de l'IPT, l'intervenant a référé ou suggéré à la personne touchée l'utilisation d'une ressource externe (p. ex., PAE, psychologue).

4.2.3.5.7.14 Place de l'affect dans les interventions

Dans la moitié des cas, les intervenants estiment que l'expression des émotions a occupé peu de place au cours des interventions. Par contre, l'autre moitié a vécu la situation inverse alors que les personnes touchées ont exprimé de la peine ou de la colère. L'examen qualitatif suggère qu'une place plus importante est accordée aux émotions dans les cas qui outrepassent le cadre de l'IPT. Face à l'expression de ces émotions, la plupart des intervenants mentionnent les avoir accueillies sans toutefois tenter de questionner l'affect ou de chercher à l'approfondir. Au contraire, ils cherchaient à rediriger la personne au sur le plan cognitif :

Moi j'étais à l'écoute, mais j'essayais plus dans tout ça de voir si au niveau des pensées il y avait de la restructuration de pensées, de voir... d'aller dans les zones où là c'était moins... plus subjectif et de la ramener plus à une objectivité. (Entrevue intervenant ÉIPT)

Toujours au niveau cognitif, oui. Pour moi, c'était le signe. [rire] L'affect, c'est le signe ; je n'allais pas travailler avec la personne de... t'es en colère : continue à me parler de TA colère. J'y allais toujours sur les : « Ta colère contre untel ? Qu'est-ce qui se passe avec untel ? » Continuer dans la narration comme ça. (Entrevue intervenant ÉIPT)

4.2.3.5.8 Fin des interventions

Critères ayant guidé la fin des interventions. Dans la moitié des cas, l'intervention a pris fin en raison de la diminution des symptômes et du retour à un état d'équilibre de la personne touchée suggérant qu'une intégration positive de l'événement avait eu lieu.

Ç'a été vraiment la baisse des symptômes. La personne, aussi, voyait la nécessité — on était rendus là — de terminer le suivi. Elle voyait que cet événement-là avait été intégré, elle comprenait l'impact que cela avait eu dans ses réactions, et elle sentait qu'elle avait repris le contrôle de ses réactions. (Entrevue intervenant ÉIPT)

Dans deux autres cas, l'intervenant a mis un terme à la démarche car la personne n'en ressentait plus le besoin. Sans toutefois mentionner que le processus d'intégration avait été complété, les intervenants étaient en accord avec cette décision. Quatre interventions ont pris fin car elles outrepassaient le cadre de l'IPT. Enfin, une intervention s'est terminée de façon abrupte après une seule rencontre. L'intervenant a relancé la personne touchée pour planifier un autre rendez-vous, mais elle n'a pas obtenu de réponse.

Suivi téléphonique. Certains intervenants conviennent d'un suivi téléphonique après la fin des interventions. Cet entretien est effectué environ une semaine plus tard et vise à vérifier l'évolution des symptômes et le fonctionnement à la suite du retour au travail. Ils informent la personne touchée de leur disponibilité après la fin des interventions. L'analyse ne permet toutefois pas de savoir si cette pratique est généralisée.

4.2.3.5.9 Autres aspects liés aux interventions

Le Tableau 11 montre les autres aspects liés aux 14 interventions sous analyse, tels que la présence de recommandations au supérieur immédiat, d'une référence vers une ressource externe, du recours à la supervision et à la cadre responsable de l'ÉIPT.

Tableau 11 – Les autres aspects liés aux 14 cas analysés

Cas	Autre	Autre – Référence externe		Autre – Supervision		Autre - Consultation	
	Recommandations au supérieur immédiat	Référence externe	Endroit	Supervision consultante externe	Nombre de supervision	Supervision par les pairs	Consultation cadre ÉIPT
1	-	X	PAE	-*	-	-	X
2	-	-	-	X	2	-	-
3	-	-	-	-	-	-	X
4	X	X	PAE	X	1	-	X
5	-	-	-	-	-	-	-
6	-	X	PAE	X	1	X	X
7	-	-	-	-	-	-	nd
8	-	nd	nd	-	-	-	nd
9	X	-	-	X	1	-	X
10	-	-	-	X	1	-	-
11	X	-	-	X	1	-	X
12	X	X	Psychologue	X	2	-	X
13	-	X	PAE	X	2	-	-
14	-	x	PAE	X	2	-	x

X intervention

- absence d'intervention

* information incertaine

nd info non disponible

4.2.3.5.9.1 Recommandations au supérieur immédiat de la personne touchée

Dans quatre cas, l'intervenant a émis des recommandations au supérieur immédiat de la personne touchée. Celles-ci portaient sur la possibilité de bénéficier de congés, d'être accompagné lors du retour au travail et d'apporter des modifications à l'environnement de travail. Dans trois cas, l'intervenant a formulé ses recommandations par l'intermédiaire d'un gestionnaire de l'ÉIPT (cadre responsable ou CSCS).

C'est ça. Et je lui avais même dit à elle « moi j'ai avisé au niveau de la sécurité que ça pouvait être questionnant, et qu'ils allaient voir ce qu'ils feraient avec ça ». Donc qu'elle ait l'impression que c'était entendu quelque part. Bien pour moi c'était une question de gestion, ce n'était pas une question d'IPT. C'était de la gestion et c'était de boss à boss. (Entrevue intervenant ÉIPT)

Un seul intervenant a contacté lui-même le chef de service après avoir préalablement avisé le cadre responsable de l'ÉIPT. Les autres n'ont pas jugé nécessaire d'émettre des recommandations. Certains expriment leurs réserves à entrer en contact avec le supérieur immédiat. La cadre responsable de l'ÉIPT confirme la disparité observée chez les intervenants à l'égard des contacts avec le supérieur immédiat. Certains s'abstiennent de tout contact, alors que d'autres sont à l'aise d'émettre leurs recommandations. Toutefois, elle mentionne que les contacts de la part du chef de service pendant les interventions sont plutôt rares, par souci de préserver la confidentialité.

4.2.3.5.9.2 Référence vers une ressource externe

Dans six cas, l'intervenant a référé la personne touchée à une ressource externe. La majorité a été référée vers le PAE du CJM-IU. Les enjeux personnels ou professionnels qui dépassaient le cadre de l'IPT constituent les principaux motifs qui ont mené vers une référence. Peu d'information a été recueillie sur la façon dont le recours à une référence s'est effectué. Pour les deux cas où de l'information a été obtenue, la personne touchée a fait elle-même les démarches. Parmi les intervenants n'ayant pas eu recours à une référence formelle, plusieurs rapportent avoir suggéré la possibilité de faire appel au PAE au besoin.

4.2.3.5.9.3 Recours à la supervision par la consultante externe

La presque majorité des interventions a nécessité le recours à la supervision externe. Cinq cas ont exigé une seule séance de supervision, principalement après la première rencontre. Dans quatre autres cas, les intervenants ont bénéficié d'une rencontre après leur première et leur deuxième rencontre IPT. Selon les intervenants, la plupart des cas pour lesquels aucune supervision n'a été demandée étaient clairs et sans ambiguïtés.

4.2.3.5.9.4 Recours à la supervision par un pair

Un seul intervenant a eu un entretien avec un collègue à propos d'une intervention IPT. Il affirme lui avoir fait part de quelques observations concernant le cas qui lui avait été confié, mais il a plutôt choisi d'avoir recours à la supervision externe compte tenu de sa complexité.

4.2.3.5.9.5 Consultations avec la cadre responsable de l'ÉIPT

La majorité mentionne avoir eu des contacts avec la cadre responsable au cours de leurs interventions. La nature de ces contacts est d'ordre organisationnel et informationnel. Outre les informations sur l'événement lors de la transmission du cas, les contacts se sont limités aux recommandations visant le chef de service et à la rétroaction donnée sur le déroulement de l'intervention à la fin du processus. Dans un cas, l'intervenant a contacté la cadre responsable pour obtenir des conseils face à l'option de relancer ou non une personne touchée qui ne s'est pas présentée à son rendez-vous.

4.2.3.5.9.6 Production d'un bilan d'intervention

Selon les propos de la cadre responsable, la majorité des intervenants remettent leur rapport dans des délais raisonnables. Elle effectue un rappel semestriel et s'assure d'avoir en main tous les rapports d'intervention à la fin de l'année d'activité.

4.2.3.5.9.7 Éléments contextuels difficiles

Dans la majorité des cas, les intervenants n'ont soulevé aucun élément contextuel ayant rendu difficile leurs interventions. Les éléments contextuels difficiles rapportés réfèrent à un délai de réception de la demande de soutien trop long à la suite de l'événement, à la difficulté à joindre la personne touchée ou encore à l'attitude peu réceptive de cette personne. Une intervenante exprime que son poste d'éducatrice la place dans une position de fragilité face au vécu des personnes touchées qui occupent souvent un poste identique au sien.

4.2.3.5.9.8 Éléments contextuels facilitant

Les éléments facilitant l'intervention réfèrent principalement à la particularité du cas (p. ex., les cas clairs de stress post-trauma qui demeurent dans le cadre de l'IPT), à la collaboration et à la disponibilité de la personne touchée face aux interventions, à la collaboration du supérieur immédiat et au recours à la supervision externe. D'autres éléments contextuels, tels que la disponibilité de l'intervenant à certaines périodes de l'année, la facilité à joindre la personne touchée et à fixer un rendez-vous et le fait de prendre le temps nécessaire lors du premier contact sont également perçus comme étant facilitant.

4.2.4 Les gestionnaires de premier niveau

Un sondage par questionnaire a été réalisé auprès de l'ensemble des gestionnaires de premier niveau (chefs de service et de la permanence). Quelque 80 personnes ont répondu, mais seulement 71 questionnaires ont été retenus pour nos analyses descriptives¹⁰. Les répondants sont majoritairement de sexe féminin (70 %) et sont à l'emploi du CJM-IU depuis plus de 10 ans (87 %). Une forte majorité (83 %) occupe une fonction de chef de service, dont un peu plus de la

¹⁰ Neuf questionnaires ont été exclus en raison d'un nombre élevé de données manquantes (plus de 50 % des items non répondus).

moitié assume ce poste de gestion depuis moins de six ans (55 %). La majorité de ces gestionnaires (86 %) ont plus de 15 employés sous leur supervision (Tableau 12).

Tableau 12. Caractéristiques sociodémographiques des gestionnaires

Caractéristiques		Nombre	
		N= 71	(%)
Sexe	Homme	20	(28,2)
	Femme	50	(70,4)
Catégorie d'âge	26-35	6	(8,5)
	36-45	24	(33,8)
	46-55	31	(43,7)
	56 ou plus	10	(14,1)
Domaine de spécialisation	Criminologie	18	(25,4)
	Psychoéducation	24	(33,8)
	Travail social	15	(21,1)
	Autres	14	(19,7)
Poste occupé	Chef de service	59	(83,1)
	Chef de permanence	6	(8,4)
	Autres gestionnaires	6	(8,4)
Nombre d'années à ce poste	Moins d'un an	6	(8,5)
	1-5 ans	33	(46,5)
	6-10 ans	22	(31,0)
	11-15 ans	4	(5,6)
	Plus de 16 ans	6	(8,4)
Nombre d'années au CJM-IU	5 ans ou moins	4	(5,9)
	6-10 ans	5	(7,4)
	11-20 ans	15	(22,1)
	21 ans ou plus	44	(64,7)
Nombre d'employés	Moins de 5	1	(1,4)
	6 à 10	1	(1,4)
	11 à 15	7	(9,9)
	16-20	38	(53,5)
	21-25	14	(19,7)
	26 ou plus	9	(12,7)

4.2.4.1 Connaissance de la politique d'intervention post-traumatique du CJM-IU

La quasi-totalité (98,6 %) des gestionnaires de premier niveau rejoints a entendu parler de l'IPT ou a reçu de l'information à ce sujet. Plus de la moitié des répondants indique avoir reçu de l'information relative à l'IPT lors de réunions statutaires (comité de direction, comité de régie, etc.). Toutefois, une proportion non négligeable indique n'avoir participé à aucune séance d'information (38 %) et près de 10 % notent ne plus s'en souvenir (NSP). Parmi les autres moyens d'être informé, il apparaît que les échanges avec le supérieur immédiat et les collègues

sont les moyens qui ont rejoint la plus grande proportion de gestionnaires. Le feuillet est le moyen d'information le moins efficace (Tableau 13).

Tableau 13. Connaissance par les gestionnaires de la politique d'IPT

Connaissance de l'IPT du CJM-IU		Nombre N=71	Pourcentage %
Avoir entendu parler ou reçu de l'information sur l'IPT	Oui	70	98,6
	Non	1	1,4
Séances d'information reçues au cours des cinq dernières années (2006-2011)	0	27	38,0
	1	17	23,9
	2	15	21,1
	3 et +	4	5,6
	NSP	7	9,9
Autres moyens par lesquels ils ont reçu de l'information sur l'IPT	Feuillet	7	9,9
	Intranet	20	28,2
	Supérieur	41	57,7
	Collègue	30	42,3
	Employé	13	18,3
	Autres	16	22,4
	Aucune autre	3	4,2

4.2.4.1.1 Connaissance de son rôle selon la politique de l'IPT

Selon la politique en vigueur, le gestionnaire de premier niveau doit informer ses employés sur l'IPT et les mesures à réaliser lors d'un événement violent à potentiel traumatique au travail. Nous constatons que parmi les 71 gestionnaires répondants, plus des trois-quarts (78,9 %) indiquent avoir informé leurs employés sur l'IPT au cours des cinq dernières années (2006-2011). Parmi les 56 répondants qui ont précisé le contenu de l'information, celle-ci concerne majoritairement l'ÉIPT et le soutien que l'employé peut recevoir à la suite d'un événement (Tableau 14). Les actions à poser lors de tels événements par le personnel présent sur les lieux ne sont présentées que par le tiers des gestionnaires ayant tenu ces séances d'information. L'information est donnée principalement lors de rencontres individuelles ou de groupe avec leurs employés.

Tableau 14. Connaissance du rôle d'informateur parmi les gestionnaires ayant informé leurs employés

Connaissance du rôle d'informateur		Nombre N=56	%
Contenu de l'information sur l'IPT offerte à leurs employés	Politique de l'IPT	35	49,3
	L'ÉIPT	49	69,0
	Actions à poser lors ÉT	22	31,0
	Soutien disponible après un ÉT	48	67,6
	Question non répondue	15	21,20
Moyens utilisés pour informer leurs employés	Réunions statutaires avec tous vos employés	39	54,9
	Rencontres individuelles	52	73,2
	Documentation	9	12,7
Suivi de l'information donnée à vos employés	Oui	39	54,9

4.2.4.1.2 Connaissance de son rôle lors d'un événement violent

Seulement 14,1 % des répondants ont indiqué connaître parfaitement leur rôle à l'égard des employés victimes ou témoins d'un événement violent à potentiel traumatique, 40,8 % indiquent plutôt le connaître tandis que 32,4 % disent le connaître moyennement. Près de 13 % ont répondu très peu connaître leur rôle à cet égard. Idéalement, la totalité des gestionnaires de premier niveau devraient connaître parfaitement leur rôle ou du moins, le connaître. Nous examinerons leur rôle en fonction de la temporalité liée à l'intervention afin de voir si certaines actions attendues dans le déploiement de l'intervention seraient moins connues.

4.2.4.1.2.1 Au moment de l'événement (0-4 heures)

Questionnés sur les actions attendues d'eux selon le protocole d'IPT, les gestionnaires nous révèlent qu'ils connaissent en général plutôt bien leur rôle à cette étape de l'intervention. Ainsi, parmi les neuf actions devant être réalisées selon le protocole d'IPT, il s'avère que la grande majorité a une bonne connaissance des actions associées à leur rôle (à près de 90 %). Parmi les actions moins bien connues notons celles de : 1) Se rendre sur les lieux le plus tôt possible et 2) la mise sur pied de scénarios de protection des employés si la menace demeure. Ces deux actions étaient identifiées non conforme à l'IPT par près de 20% et 18% des gestionnaires (Tableau 15).

Tableau 15. Connaissance du rôle du gestionnaire lors d'un ÉT touchant ses employés dans la période du 0-4 heures de l'IPT

Rôle du gestionnaire de premier niveau ou de son remplaçant lors de l'événement :	Rôle conforme à l'IPT		Rôle non conforme à l'IPT		Ne sais pas	
	N ^{bre} N=71	%	N ^{bre} N=71	%	N ^{bre} N=71	%
Se rendre sur les lieux aussitôt que possible	57	80,3	9	12,7	5	7
Évaluer la situation et les besoins des personnes touchées	69	97,2	0	0	2	2,8
Organiser les mesures à prendre	69	97,2	0	0	2	2,8
Encourager les personnes touchées à informer un proche ou à déléguer cette responsabilité à une tierce personne significative au besoin	63	88,7	3	4,2	5	7,0
Assurer les personnes touchées et leur famille du soutien de l'organisation	68	95,8	1	1,4	2	2,8
Mettre sur pied un scénario de protection des employés si la menace est toujours présente	57	80,3	2	2,8	11	15,5
Informé son supérieur de la situation	69	97,2	1	1,4	1	1,4
Informé les usagers et le personnel du service, si la situation le nécessite	62	87,3	3	4,2	6	8,5
Consulter le cadre responsable de l'ÉIPT au besoin	66	93,0	2	2,8	3	4,2

4.2.4.1.2.2 Dans la période 4 à 72 heures suivant l'événement

En général, il apparaît que l'ensemble des répondants connaît beaucoup moins bien les actions à réaliser au cours de la période de 4 à 72 heures suivant l'événement violent. Seulement deux actions sur les quatorze vérifiées sont connues par plus de 90 % des répondants (Tableau 16). Il s'agit : 1) d'offrir aux personnes touchées de rencontrer un membre de l'ÉIPT du CJM-IU et 2) de demeurer vigilant si la personne refuse l'offre de soutien et réitérer l'offre au besoin. Les actions les moins bien connues concernent les items suivants : 1) contacter le cadre responsable de l'ÉIPT pour l'informer des offres de soutien; 2) s'assurer de la compensation des dommages matériels s'il y a lieu; 3) contacter le cadre responsable de l'ÉIPT pour l'informer de la situation; 4) offrir du soutien aux niveaux judiciaire et parajudiciaire s'il y a lieu; 5) signaler l'événement à

l'équipe santé-sécurité de la DRH et 6) assurer aux personnes touchées la présence attentive de personnes significatives.

Tableau 16. Connaissance du rôle du gestionnaire lors d'un ÉT touchant ses employés dans la période du 4 à 72 heures de l'IPT

Dans la période 4 à 72 heures suivant l'événement le gestionnaire de premier niveau ou son remplaçant doit :	Rôle conforme à l'IPT		Rôle non conforme à l'IPT		Ne sais pas	
	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%
Assurer aux personnes touchées la présence attentive de personnes significatives*	50	70,4	8	11,3	10	14,1
Évaluer l'état des personnes touchées et leurs besoins*	61	85,9	3	4,2	4	5,6
Offrir aux personnes touchées de rencontrer un membre de l'ÉIPT du CJM-IU*	67	94,4	1	1,4	0	0
Offrir aux personnes touchées différentes options de soutien*	59	83,1	5	7,0	4	5,6
Contacteur le cadre responsable de l'ÉIPT pour l'informer de la situation*	45	63,4	16	22,5	7	9,9
Contacteur le cadre responsable de l'ÉIPT pour l'informer des offres de soutien**	28	39,4	22	31,0	17	23,9
Contacteur le cadre responsable de l'ÉIPT pour adresser les demandes de soutien s'il y a lieu**	57	80,3	2	2,8	8	11,3
Demeurer vigilant si la personne touchée refuse l'offre de soutien et réitérer l'offre au besoin*	66	93,0	1	1,4	1	1,4
Évaluer la pertinence d'offrir un congé avec solde avec l'accord de l'équipe santé-sécurité de la DRH et du directeur concerné*	59	83,1	1	1,4	8	11,3
Voir à la possibilité d'une réorganisation provisoire du travail des employés touchés au besoin*	62	87,3	1	1,4	5	7,0
Signaler l'événement à l'équipe santé-sécurité de la DRH*	49	69,0	1	1,4	18	25,4
S'assurer de la compensation des dommages matériels s'il y a lieu**	42	59,2	8	11,3	17	23,9
Soutenir les employés touchés dans les démarches auprès des instances administratives internes et externes au besoin (DRH, CSST, autres)*	55	77,5	7	9,9	6	8,5
Offrir du soutien aux niveaux judiciaire et parajudiciaire s'il y a lieu (Soutenir l'employé qui désire porter plainte et lui offrir une consultation auprès du contentieux du CJM-IU)*	45	63,4	7	9,9	16	22,5

* 3 valeurs manquantes (n=68)

** 4 valeurs manquantes (n=67)

4.2.4.1.2.3 Semaines suivant l'événement jusqu'à 3 mois

Les actions dans les semaines qui suivent sont également moins bien connues. Deux actions sur les six selon le protocole IPT sont identifiées par plus de 90 % des gestionnaires (Tableau 17). Il s'agit de 1) demeurer attentif aux besoins et au fonctionnement des personnes touchées et 2) soutenir le retour au travail des personnes touchées s'il y a lieu. Quant aux actions les moins bien assimilées nous notons 1) le soutien à la personne touchée dans la recherche de services additionnels, 2) la révision post événement avec les personnes touchées et finalement 3) le maintien ou la révision de l'aménagement des conditions de travail de la personne touchée au besoin.

Tableau 17. Connaissance du rôle du gestionnaire lors d'un ÉT touchant ses employés dans la période des 72 heures ou + de l'IPT

Dans les semaines suivant l'événement et jusqu'à trois mois le gestionnaire de premier niveau ou son remplaçant doit :	Rôle conforme à l'IPT		Rôle non conforme à l'IPT		Ne sais pas	
	N ^{bre} N=67	%	N ^{bre} N=67	%	N ^{bre} N=67	%
Demeurer attentif aux besoins et au fonctionnement des personnes touchées	66	93,0	0	0	1	1,4
Aménager l'horaire pour que la personne touchée puisse faire ses rencontres avec l'intervenant de l'ÉIPT sur ses heures de travail au besoin	60	84,5	1	1,4	6	8,5
Soutenir la personne touchée dans la recherche de services additionnels s'il y a lieu (ex. : aide spécialisée)	45	63,4	8	11,3	14	19,7
Maintenir ou réviser l'aménagement des conditions de travail de la personne touchée au besoin	52	73,2	4	5,6	11	15,5
Soutenir le retour au travail des personnes touchées s'il y a lieu	66	93,0	1	1,4	0	0
Effectuer une révision post événement avec les personnes touchées (ex. : recueillir les faits sur l'événement dans un but préventif)	47	66,2	8	11,3	12	16,9

4.2.4.2 Actions réalisées lors d'un événement à potentiel traumatique

4.2.4.2.1 Au moment de l'événement

Au moment d'un événement à potentiel traumatique, plusieurs actions doivent être entreprises par le gestionnaire immédiat. Sur l'ensemble des 71 répondants, 48 rapportent avoir eu des employés exposés à de tels événements violents au cours de l'année 2010 ou 2011. Parmi les treize actions à entreprendre à ce moment, nous constatons qu'une seule a été effectuée systématiquement ou souvent par plus de 90 % des répondants soit, l'évaluation de la situation et des besoins de la personne touchée (Tableau 18). L'évaluation de la capacité de l'employé à

terminer son quart de travail et le signalement de l'événement à son supérieur sont des actions posées systématiquement ou souvent par environ les trois quarts des gestionnaires. Par ailleurs, certaines actions sont rarement effectuées. Ainsi, deux gestionnaires sur trois (67 %) ne consultent jamais ou rarement la cadre responsable de l'ÉIPT à cette étape de l'intervention et 58 % n'assurent pas l'accompagnement des personnes touchées lorsqu'elles quittent les lieux après un événement.

4.2.4.2.2 Dans la période 4 à 72 heures suivant l'événement

Le protocole d'IPT prévoit plusieurs actions devant être réalisées par le gestionnaire de premier niveau dans les 4 à 72 heures suivant l'événement (Tableau 19). Les résultats montrent qu'aucune des actions prévues n'a été réalisée systématiquement ou souvent par au moins 90 % des gestionnaires. Parmi les 47 gestionnaires de premier niveau ayant vécu de telles situations à potentiel traumatique, près des trois quarts rapportent avoir systématiquement ou souvent évaluer l'état et les besoins des employés touchés, offert la possibilité de consulter le PAE et être demeurés vigilants à l'état des employés ayant refusé l'offre de soutien. Notons que 60 % ont systématiquement ou souvent offert à leurs employés de rencontrer un membre de l'ÉIPT après la survenue d'un événement. Certaines actions ne sont jamais ou rarement réalisées par plus de 70 % des gestionnaires : s'assurer de rembourser les dommages matériels, offrir du soutien judiciaire, contacter la cadre responsable de l'ÉIPT pour l'informer de la situation et des offres de soutien faites auprès des employés, soutenir les employés dans les démarches auprès des instances administratives et s'assurer que les employés touchés qui bénéficient d'un congé ne soient pas seuls à la maison.

4.2.4.2.3 Semaines suivant l'événement jusqu'à trois mois

Les résultats montrent qu'aucune des actions prévues par le protocole dans les semaines suivant l'événement n'a été réalisée systématiquement ou souvent par au moins 90 % des gestionnaires (Tableau 20). Nous observons que 61% des gestionnaires de premier niveau dont les employés ont vécu des événements violents indiquent être demeurés, systématiquement ou souvent, attentifs à leur fonctionnement. C'est la proportion la plus élevée de gestionnaires qui se conforme à une action prévue dans le protocole d'IPT à cette étape. Elle est suivie par 36 % d'entre eux qui assurent avoir soutenu le retour au travail des employés touchés tel que proposé dans le protocole IPT. Les autres actions sont observées par moins du quart des gestionnaires exposés. On note également que certaines actions prévues ont été jugées non nécessaires par plus de la moitié des gestionnaires à cette étape du suivi des employés soient : 1) le soutien aux employés dans la recherche de services additionnels; 2) le maintien ou la révision de l'aménagement des conditions de travail des employés touchés et 3) l'aménagement de l'horaire pour que l'employé puisse tenir ses rencontres avec l'intervenant de l'ÉIPT durant les heures de travail.

Tableau 18. Actions réalisées par le gestionnaire de premier niveau lors d'un ÉT touchant ses employés au cours de l'année 2010 ou 2011 dans la période du 0-4 heures de l'IPT

Actions réalisées par le gestionnaire de premier niveau ou par son remplaçant lors de l'événement :	Jamais		Rarement		À l'occasion		Souvent		Systématiquement	
	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%
Se rendre sur les lieux aussitôt que possible	13	27,1	3	6,3	4	8,3	14	29,2	14	29,2
Évaluer la situation et les besoins des personnes touchées	0	0	2	4,2	2	4,2	18	37,5	26	54,2
Vérifier si l'état des personnes touchées nécessitait des soins médicaux *	14	29,8	2	4,3	1	2,1	15	31,9	15	31,9
Évaluer s'il était approprié que les employés touchés terminent leur quart de travail ou non	2	4,2	1	2,1	7	14,6	16	33,3	22	45,8
Organiser les mesures à prendre *	21	44,7	2	4,3	2	4,3	7	14,9	15	31,9
Encourager les personnes touchées à informer un proche *	15	31,9	4	8,5	6	12,8	13	27,7	9	19,1
Déléguer cette responsabilité à une tierce personne significative au besoin *	38	80,9	4	8,5	--	--	5	10,6	7	14,9
Assurer aux personnes touchées et leur famille le soutien de l'organisation*	15	31,9	4	8,5	5	10,6	14	29,8	9	19,1
Assurer que les personnes touchées quittant les lieux étaient accompagnées*	21	44,7	6	12,8	5	10,6	8	17	7	14,9
Mettre sur pied un scénario de protection des employés si la menace est toujours présente*	18	38,3	4	8,5	2	4,3	8	17,0	15	31,0
Informers son supérieur de la situation**	3	6,5	4	8,7	6	13,0	11	23,9	22	47,8
Informers les usagers et le personnel du service de l'événement*	10	21,3	9	19,1	11	23,4	11	23,4	6	12,8
Consulter le cadre responsable de l'ÉIPT pour obtenir des conseils	21	43,9	11	22,9	7	14,6	8	16,7	1	2,1

* 1 valeur manquante (n=47)

** 2 valeurs manquantes (n=46)

Tableau 19. Actions réalisées par le gestionnaire de premier niveau lors d'un ÉT touchant ses employés au cours de l'année 2010 ou 2011 dans la période du 4-72 heures de l'IPT

Actions réalisées par le gestionnaire de premier niveau dans les 4 à 72 heures suivant l'événement :	Jamais		Rarement		À l'occasion		Souvent		Systématiquement	
	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%
Assurer aux employés la présence attentive de personnes significatives *	6	12,8	5	10,6	13	27,7	9	19,1	14	29,8
S'assurer que les employés touchés en congé ne soient pas seuls à la maison *	27	57,4	6	12,8	7	14,9	3	6,4	4	8,5
Évaluer l'état et les besoins des employés touchés*	4	8,5	6	12,8	3	6,4	14	29,8	20	42,6
Contacteur les employés touchés en congé pour s'informer de leur état*	20	42,6	6	12,8	6	12,8	7	14,9	8	17,0
Offrir aux employés de rencontrer un membre de l'ÉIPT du CJM-IU*	7	14,9	3	6,4	9	19,1	11	23,4	17	36,2
Offrir aux employés touchés de consulter le PAE*	1	2,1	4	8,5	8	17,0	13	27,7	21	44,7
Offrir aux employés d'autres options de soutien*	18	38,3	11	23,4	4	8,5	8	17,0	6	12,8
Contacteur le cadre responsable de l'ÉIPT pour l'informer de la situation*	25	53,2	9	19,1	4	8,5	6	12,8	3	6,4
Contacteur le cadre responsable de l'ÉIPT pour l'informer de l'offre de soutien*	33	70,2	4	8,5	6	12,8	2	4,32	2	4,32
Contacteur le cadre responsable de l'ÉIPT pour lui adresser les demandes de soutien*	19	40,4	10	21,3	5	10,6	6	12,8	7	14,9
Lors de refus de l'offre de soutien, demeurer vigilant à état des employés*	8	17,0	2	4,3	3	6,4	15	31,9	19	40,4
Lors de refus de l'offre de soutien de l'ÉIPT, la réitérer ultérieurement*	17	36,2	5	10,6	4	8,5	13	27,7	8	17,0
Évaluer la pertinence d'offrir un congé avec solde aux employés touchés*	15	31,9	8	17,0	5	10,6	11	23,4	8	17,0
Autoriser 1 ou 2 jours de congés avec solde aux employés touchés**	19	41,3	8	17,4	11	23,9	4	8,7	4	8,7

Tableau 19 suite : Actions réalisées par le gestionnaire de premier niveau lors d'un ÉT touchant ses employés au cours de l'année 2010 ou 2011 dans la période du 4-72 heures de l'IPT

Actions réalisées par le gestionnaire de premier niveau dans les 4 à 72 heures suivant l'événement :	Jamais		Rarement		À l'occasion		Souvent		Systématiquement	
	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%
Évaluer la possibilité d'une réorganisation provisoire du travail des employés touchés**	23	50,0	4	8,7	6	13,0	7	15,2	6	13,0
Procéder à une réorganisation provisoire du travail des employés touchés***	26	57,8	5	11,1	8	17,8	--	--	6	13,3
Signaler l'événement à l'équipe santé-sécurité de la DRH**	26	56,5	2	4,3	8	17,4	5	10,9	5	10,9
S'assurer de la compensation des dommages matériels lorsque nécessaire**	35	76,1	6	13,0	2	4,3	1	2,2	2	4,3
Soutenir les employés touchés dans les démarches auprès des instances administratives internes et externes**	26	56,5	8	17,4	3	6,5	4	8,7	5	10,9
Offrir du soutien aux niveaux judiciaire et parajudiciaire lorsque nécessaire **	32	69,6	2	4,3	4	8,7	2	4,3	6	13,0
Offrir une consultation auprès du contentieux du CJM-IU lorsque nécessaire**	38	82,6	2	4,3	1	2,2	2	4,3	3	6,5
Soutenir les employés qui ont décidé de porter plainte**	17	37,0	3	6,5	5	10,7	11	23,9	10	21,7

* 1 valeur manquante (n=47)

** 2 valeurs manquantes (n=46)

*** 3 valeurs manquantes (n=45)

Tableau 20. Actions réalisées par le gestionnaire de premier niveau lors d'un ÉT touchant ses employés au cours de l'année 2010 ou 2011 dans la période des 72 heures ou + de l'IPT

Actions réalisées par le gestionnaire de premier niveau les semaines suivant l'événement jusqu'à trois mois :	Jamais		Rarement		À l'occasion		Souvent		Systématiquement	
	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%
Demeurer attentif au fonctionnement des employés touchés**	3	6,5	3	6,5	12	26,1	6	13,0	22	47,8
Aménager l'horaire pour que l'employé puisse tenir ses rencontres avec l'intervenant de l'ÉIPT sur les heures de travail **	26	56,5	5	10,9	5	10,9	7	15,2	3	6,5
Soutenir les employés dans la recherche de services additionnels **	30	65,2	2	4,3	4	8,7	7	15,2	3	6,5
Maintenir ou réviser l'aménagement des conditions de travail des employés touchés**	30	65,2	2	4,3	5	10,9	3	6,5	6	13,0
Soutenir le retour au travail des employés touchés*	20	42,6	5	10,6	5	10,6	4	8,5	13	27,7
Effectuer une révision post événement avec les employés touchés **	15	32,6	7	15,2	12	26,1	8	17,4	4	8,7

* 1 valeur manquante (n=47)

** 2 valeurs manquantes (n=46)

4.2.5 Les employés

Un sondage par questionnaire a été réalisé auprès de l'ensemble des employés du CJM-IU qui ont un risque d'exposition à un événement potentiellement traumatique dans le cadre de leurs fonctions. Au total, 791 questionnaires ont été retenus pour nos analyses descriptives.¹¹ Les répondants sont majoritairement de sexe féminin, ont des formations universitaires ou collégiales et occupent un poste d'éducateur(rice), d'ARH ou de TAS. Ils ont cinq ans ou moins d'ancienneté à leur poste et ont principalement des horaires de travail de jour ou en rotation (Tableau 21).

Tableau 21. Caractéristiques sociodémographiques des employés

Caractéristiques	Nombre	
	n	(%)
Sexe (n=788)	Homme	220 (27,9)
	Femme	568 (72,1)
Catégorie d'âge (n=789)	Moins de 26 ans	71 (9,0)
	26-35 ans	273 (34,6)
	36-45 ans	145 (18,4)
	46-55 ans	193 (24,5)
	56 ans ou plus	107 (13,6)
Dernier diplôme obtenu (n=789)	DES	47 (6,0)
	DEC général	30 (3,8)
	DEC technique	180 (22,8)
	Certificat	37 (4,7)
	Baccalauréat	406 (51,5)
	Maîtrise	86 (10,9)
	Doctorat	3 (0,4)
Nombre d'années au CJM-IU (n=790)	5 ans ou moins	276 (34,9)
	6-10 ans	132 (16,7)
	11-20 ans	152 (19,3)
	21 ans ou plus	230 (29,2)
Poste occupé* (n=744)	Éducateurs, ARH, TAS	485 (65,2)
	Autres professionnels	135 (18,1)
	Préposés/métiers	43 (5,8)
	Agents d'intervention/ surveillants d'établissement	23 (3,1)
	Personnel administratif	19 (2,6)
	Autres	39 (5,2)

¹¹ Sur les 838 questionnaires reçus, 47 ont été exclus en raison d'un nombre élevé de données manquantes (plus de 50 % des items non répondus).

Tableau 21 suite : Caractéristiques sociodémographiques des employés

Caractéristiques		Nombre	
		n	%
Nombre d'années à ce poste (n= 781)	Moins d'un an	141	(18,1)
	1-5 ans	359	(46,0)
	6-10 ans	122	(15,6)
	11-15 ans	63	(8,1)
	16-20 ans	25	(3,2)
	21-25 ans	17	(2,2)
	26 ans	54	(6,9)
Horaire habituel de travail (n=781)	Jour	472	(60,4)
	Soir	57	(7,3)
	Nuit	33	(4,2)
	Rotation	219	(28,0)

*Les postes ont été catégorisés à postériori à partir des réponses des participants:

Autres professionnels : Spécialiste en activité clinique, spécialiste en réadaptation sociale, psychologue, réviseur(e), conseiller(e) en adaptation au travail, conseiller(e) clinique, agent(e) de planification, de programmation et de recherche, adjoint(e) clinique, orthophoniste, ergothérapeute, infirmier(e), diététicien(ne), technicien(ne) diététique et dentaire, avocat(e).

Préposés/métiers : Préposé(e) aux services alimentaires, cuisinier(e), préposé(e) aux unités et pavillons, apprenti de métier, ouvrier(e) entretien général, soudeur(e), ébéniste, électricien(ne), plombier, préposé(e) aux travaux lourds, conducteur(trice) de véhicules lourds.

Personnel administratif : Agent(e) administratif, agent(e) de gestion financière, technicien(ne) administratif, technicien(ne) aux contributions, commissaire local aux plaintes et à la qualité du service, réceptionniste.

Autres : Tout autre poste qui n'entre pas dans les catégories précédentes, p.ex., formateur(trice), bibliothécaire, etc.

L'un des objectifs consistait à documenter la connaissance de l'intervention et de l'ÉIPT par les employés ainsi que le rôle du supérieur immédiat dans l'appropriation de cette connaissance. Le Tableau 22 présente les différents moyens par lesquels les employés ont entendu parler ou reçu de l'information sur l'IPT. Un peu plus de 70 % des répondants ont entendu parler de l'IPT. Moins de la moitié (43 %) se rappelle avoir été informée par leur supérieur immédiat. Parmi les autres sources d'information mentionnées, les collègues s'avèrent le canal de communication sur l'IPT qui a rejoint le nombre le plus élevé de répondants (38 %) suivi de l'intranet, alors que le feuillet semble le moyen le moins efficace.

Tableau 22. Connaissance de l'IPT par les employés du CJM-IU

Connaissance de l'IPT du CJM-IU		Nombre n	Pourcentage %
Avoir entendu parler ou reçu de l'information sur l'IPT (n=789)	Oui	565	(71,6)
	Non	224	(28,4)
Votre supérieur immédiat vous a-t-il parlé de l'IPT ou donné des informations à ce sujet au cours des cinq dernières années (2006-2011) (n=789)	oui	341	(43,1)
	non	196	(24,8)
	Ne se rappelle pas	69	(8,7)
	NSP	183	(23,1)
Indiquez toutes les autres façons par lesquelles vous avez entendu parler ou reçu de l'information sur IPT	Feuille	57	(7,2)
	Intranet	71	(9,0)
	Collègue	303	(38,3)
	Autre façon	209	(26,4)

En général, les actions à réaliser lors d'un ÉT sont bien connues des employés répondants. Seules, deux actions se révèlent moins bien assimilées soient : 1) neutraliser la source de danger si nécessaire et 2) s'assurer que les personnes touchées quittant les lieux soient accompagnées. Demander de l'aide et avertir le supérieur immédiat sont les deux actions les plus souvent évoquées parmi celles prévues dans le protocole de l'IPT avec un score de l'ordre de 97 % (voir Tableau 23). Nous observons qu'entre 24 et 35 employés ont choisi de ne pas répondre à au moins une question de connaissance.

Tableau 23. Connaissance des employés des actions à poser lorsqu'ils sont présents lors d'un événement à potentiel traumatique

Connaissances des actions à poser par le personnel présent sur les lieux lors d'un événement violent à potentiel traumatique (N=791)	Rôle attendu selon l'IPT		Rôle non attendu selon l'IPT		Ne sais pas	
	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%
Isoler la ou les personne(s) touchée(s) de la source de danger si nécessaire (n=763)	695	91,1	28	3,7	40	5,2
Assurer une présence constante aux personnes touchées jusqu'à ce que la sécurité soit rétablie (n=766)	720	94,0	13	1,7	33	4,3
Neutraliser la source de danger si nécessaire (n=756)	447	59,1	194	25,7	115	15,2
Demander l'aide requise au besoin (n= 767)	750	97,4	7	0,9	10	1,3
Évaluer sommairement l'état de santé physique des personnes touchées (n=759)	647	85,2	40	5,3	72	9,5
Organiser le recours aux services de santé appropriés si nécessaire (ex : appeler l'ambulance) (n= 767)	717	93,5	28	3,7	22	2,9
S'assurer que les personnes touchées quittant les lieux sont accompagnées (n=761)	614	80,7	42	5,5	105	13,8
S'assurer que les personnes touchées reçoivent les premiers soins physiques si nécessaire (ex : donner les premiers soins ou faire appel à une personne certifiée pouvant donner les premiers soins) (n=765)	706	92,3	20	2,6	39	5,1
Fournir aux personnes touchées les premiers soins psychologiques (ex : apporter du soutien, de l'écoute, du réconfort) (n= 763)	653	85,6	55	7,2	55	7,2
Avertir le supérieur immédiat (n=765)	739	96,6	8	1,0	18	2,4

4.2.6 Analyse des écarts

La conformité de chacune des composantes de l'intervention a été évaluée à partir de la comparaison des données obtenues dans le cadre de l'objectif 2 avec celles du modèle validé à l'objectif 1. La conformité des activités de formation a été évaluée à partir des données issues de l'analyse qualitative des entrevues. La conformité des activités déployées par les acteurs impliqués à chacune des étapes temporelles de l'intervention a été évaluée à partir des données quantitatives issues des questionnaires (pour les employés et les gestionnaires de premier niveau) et de l'analyse qualitative des entrevues (pour les membres de l'ÉIPT et les gestionnaires ayant participé à un comité de coordination).

4.2.6.1 Les ressources

4.2.6.1.1 Les membres de l'ÉIPT

La composition de l'ÉIPT est relativement conforme à ce qui est attendu. Tous ont la formation requise, sauf un membre qui n'était pas titulaire d'un diplôme universitaire. Par ailleurs, ce dernier était en cours d'obtention. Tous les membres sauf un occupaient un poste clinique. Ce dernier, psychologue de formation, avait par ailleurs occupé un poste clinique pendant plusieurs années au CJM-IU. Tous ont plus de 10 ans de service au CJM-IU et possèdent une expérience de supervision.

4.2.6.2 La tenue, le format et la participation aux activités de formation

4.2.6.2.1 La formation initiale

Le Tableau 24 précise les écarts observés entre la formation décrite dans le guide de formation et celles ayant eu lieu en 2009 et 2011. Il est à noter que la nouvelle formation des intervenants (2011) a aussi été le lieu d'une activité de diffusion auprès des chefs de la permanence invités exceptionnellement à assister à une partie des séances. Par conséquent, la forme, le déroulement et l'organisation des contenus ont dû être ajustés pour tenir compte de la présence des gestionnaires.

Tableau 24. Écarts entre les formations initiales de 2009, de 2011 et la formation initiale prévue par le modèle

Modèle prévu	Formation 2009	Formation 2011
Non cité dans le guide	Séance préalable avec la cadre-responsable : ½ journée	Séance préalable intégrée à la formation
Non cité dans le guide	Lectures préparatoires	Lectures préparatoires
-----	Formation de deux jours sur la postvention par suicide-action	-----
Durée : deux jours	Durée : deux jours	Durée : 3 jours et demi
Animation : consultante externe	Animation : Consultante externe et cadre ÉIPT	Animation : Consultante externe et cadre ÉIPT
Non cité dans le guide	Participation des deux intervenants de 2007 (à la deuxième journée)	Participation des 18 chefs de la permanence (deux demi-journées)
14 objectifs (guide de formation)	14 objectifs (guide de formation) Psychoéducation	14 objectifs (guide de formation) Psychoéducation Données sur l'étude de Dawson Théorie du <i>Psychological First Aid</i> Procédure de postvention La dissociation Technique de centration
Non cité dans le guide	Vidéo du CET sur la psychoéducation Vidéo <i>casque bleu</i>	Vidéo du CET sur la psychoéducation Vidéo du CET sur la restructuration cognitive

L'étude a mis à jour l'existence d'une séance de formation d'une demi-journée, animée par la cadre responsable de l'ÉIPT et offerte aux nouveaux membres avant la tenue de la formation initiale. L'évaluation a permis de documenter le contenu et le déroulement de cette séance, en plus de spécifier les lectures préparatoires suggérées. L'étude a révélé qu'en plus des nouveaux membres, les intervenants les plus récemment intégrés à l'équipe sont invités à assister à la deuxième journée de formation. Par ailleurs, les intervenants formés en 2009 n'ont pas assisté à la séance de 2011. La durée et le contenu de la formation initiale de 2009 sont conformes à ce qui était prévu. La *psychoéducation*, qui fait partie des contenus de formation, devrait figurer parmi les objectifs cités dans le guide de formation de 2009. À partir de 2011, les nouveaux membres bénéficient d'une journée de formation supplémentaire, afin d'intégrer les nouveaux contenus présentés lors des rencontres de groupe de la dernière année. Ceci permet une mise à niveau des nouveaux membres par rapport aux anciens. Du nouveau matériel pédagogique a aussi été introduit en 2009 et 2011. Bien que la consultante externe joue un rôle prépondérant, la cadre responsable participe également à l'animation de la formation initiale pour les aspects organisationnels et logistiques de l'intervention. L'évaluation a permis de documenter le déroulement de la formation initiale. Les méthodes et le matériel pédagogiques utilisés, le nombre d'heures consacrées et les objectifs éducationnels visés pour l'enseignement de chacun des 15 contenus de formation abordés ont ainsi pu être précisés.

Participation à la formation initiale. Tous les membres de l'ÉIPT avaient reçu leur formation initiale au moment de leur intégration dans l'équipe. Seuls ceux ayant intégré l'équipe après 2005 ont reçu la formation préalable de la part de la cadre responsable.

4.2.6.2.2 Les rencontres de groupe

La tenue et la fréquence des rencontres de groupe de l'année 2010-2011 ont eu lieu tel que prévu. L'étude a permis de documenter le contenu, la forme et le déroulement de ces rencontres. Le terme *supervision de groupe* tel qu'utilisé dans les documents du CJM-IU ne reflète plus l'objet actuel de ces rencontres consacrées davantage à la formation continue qu'à la supervision ou la discussion de cas.

Participation aux rencontres de groupe. Aucune des rencontres de l'année 2010-2011 n'a permis de réunir l'ensemble des intervenants de l'équipe. Les contraintes liées aux horaires constituent le principal facteur contextuel rendant difficile la participation aux rencontres. Le fait d'avoir une équipe d'intervenants à l'interne présente l'inconvénient que celle-ci doit composer avec les exigences liées aux fonctions professionnelles de chacun. Aussi, n'étant pas libérés pour participer aux activités de l'IPT, les intervenants doivent reprendre ce temps de travail, ce qui ajoute ainsi une difficulté supplémentaire, surtout pour ceux qui occupent un poste offrant moins de souplesse en ce qui a trait aux horaires. Les caractéristiques liées au poste, notamment le fait d'avoir un horaire flexible ainsi que d'avoir la collaboration du supérieur pour obtenir une libération, semblent des éléments qui facilitent la participation aux activités de l'IPT. Par ailleurs, établir le calendrier des rencontres à l'avance est aussi un élément facilitant la gestion des horaires et la participation. La formatrice est d'avis que la nature statutaire et régulière des rencontres de groupe constitue un facteur facilitant la tenue des rencontres.

4.2.6.2.3 La supervision avec la consultante externe

L'étude a permis de révéler l'aspect obligatoire de la supervision pour les nouveaux membres ayant moins de deux ans d'expérience dans l'ÉIPT. Cette recommandation adressée aux nouveaux membres n'est pas spécifiée dans les documents du CJM-IU. L'étude a permis de documenter la forme et le déroulement des séances de supervision offertes aux intervenants de l'équipe.

Utilisation de la supervision avec la consultante externe. La supervision externe est utilisée de façon systématique par les trois nouveaux membres et un plus ancien, les autres l'utilisant au besoin. Les difficultés associées à la gestion des agendas constituent le principal facteur contextuel non facilitant en ce qui a trait à la supervision. Des intervenants mentionnent que la difficulté à trouver une plage horaire commune les a parfois amenés à devoir réaliser leur supervision à la maison, le soir ou la fin de semaine.

Bien moi ça m'est arrivé un week-end d'appeler (la consultante), ça m'est arrivé un soir de semaine d'appeler parce que c'était plus facile de se rejoindre. Je le fais, mais je ne veux pas en prendre une habitude parce que je me dis bon, je suis chez moi... je suis chez moi. Il faut que je m'assure de la confidentialité, bon, il y a un paquet de trucs, mais je l'ai déjà fait. Parce que nos horaires ne concordaient pas. (Entrevue intervenant ÉIPT)

Malgré la difficulté à coordonner les horaires, l'ensemble des membres de l'équipe souligne la disponibilité et l'accessibilité de la consultante comme étant un élément facilitant. Planifier à l'avance ses séances de supervision, en contactant la consultante dès qu'un rendez-vous est fixé pour une rencontre, facilite la gestion des horaires pour la supervision. Aussi, l'existence d'options alternatives, comme la possibilité d'avoir accès à la cadre responsable et aux collègues de l'équipe en l'absence de la consultante, est également un élément facilitant. Selon la consultante, le fait que ce soit la même personne qui agit à titre de superviseure et de formatrice constitue un élément facilitant la supervision. De plus, la consultante croit que le fait de posséder une grande expertise en stress post-traumatique et de manifester du respect pour le travail des membres favorisent leur adhérence à la supervision.

4.2.6.2.4 La supervision entre pairs

Aucune information sur la forme et le déroulement de la supervision entre pairs n'était disponible. L'étude a permis de documenter ces aspects.

Utilisation de la supervision par les pairs. La supervision par les pairs est peu utilisée. Seuls deux membres, qui travaillent à proximité, l'utilisent. Cette facilité d'accès les amène souvent à opter pour cette formule au détriment de la supervision offerte par la consultante externe. Par ailleurs, ils n'hésiteront pas à recourir à la consultante externe en présence de cas plus complexes. Plusieurs raisons expliquent la faible utilisation de cette forme de supervision. Certains intervenants l'ont délaissé au profit de celle offerte par la consultante externe, qui comporte l'avantage de préserver la confidentialité :

Oui, peut-être lors des rencontres, ça me va tout à fait, mais de là à faire une supervision en dehors de nos rencontres de formation? Je n'en voyais plus le besoin! Je n'en voyais vraiment plus le besoin. Peut-être par souci de confidentialité, aussi : faire attention à ne pas briser la confidentialité. (Entrevue intervenant ÉIPT)

De leur côté, les nouveaux membres semblent avoir adopté l'habitude de recourir à la consultante externe, tel qu'il leur a été recommandé. Pour certains d'entre eux, recourir à diverses sources de supervision est même perçue comme risqué :

Non, premièrement, je ne veux pas m'éparpiller. Je me dis que la personne qui est là pour nous c'est la consultante. Les autres ont peut-être d'autres choses à faire aussi. Et là d'éparpiller... non, moi j'aime mieux m'adresser à une personne et après ça, si la situation est revue en équipe, je trouve ça riche, ce n'est pas qu'il y a une fermeture, mais je trouve ça riche d'entendre les autres, mais la situation est passée, j'ai réagi et bon, j'ai été coachée là-dedans (...) (Entrevue intervenant ÉIPT)

De plus, la distance physique et professionnelle des membres de l'équipe ne favorise pas l'utilisation de cette forme de supervision :

Non. Et c'est des collègues que je côtoie rarement, on n'est pas dans le même point de service, tout ça..., de par peut-être nos fonctions respectives. J'en connais un plus, mais ce n'est pas un réflexe de dire je vais appeler un autre ... (Entrevue intervenant ÉIPT)

Par ailleurs, même s'ils ne priorisent pas cette forme de supervision, les intervenants seraient à l'aise de se tourner vers un collègue au besoin ou en l'absence de la consultante externe et de la cadre responsable.

4.2.6.3 L'intervention post-traumatique

Le Tableau 25 présente la conformité des activités déployées par les acteurs impliqués à chacune des étapes temporelles de l'intervention. La conformité des activités réalisées par les membres de l'ÉIPT et les gestionnaires faisant partie d'un comité de coordination a été évaluée par jugement consensuel à partir des données issues de l'analyse qualitative des entrevues. Celle des employés et des gestionnaires de premier niveau (le supérieur immédiat) a été évaluée à partir des données quantitatives issues des questionnaires. La conformité relative aux connaissances de l'IPT est établie lorsque 90 % des employés ou des gestionnaires ont identifié correctement une action prévue en vertu de son rôle dans l'intervention. La conformité des actions réalisées par le supérieur immédiat est basée sur les réponses de ceux qui rapportent avoir eu des employés exposés à des ÉT au sein de leur équipe au cours de l'année 2010 ou 2011 (n=48). Seule la conformité des actions jugées essentielles (E) par le protocole a été évaluée. Celle-ci est établie lorsque 90 % des gestionnaires ont effectué *systématiquement* ou *souvent* (*dès qu'une situation l'exigeait*) l'action prévue. Un jugement sur la conformité des actions impliquant un jugement de la situation et déployées au besoin (B) n'a pu être posée puisque nous n'avons aucune information sur la nature des situations et les motifs pour lesquels les actions ont été ou pas entreprises.

Tableau 25. Conformité de l'intervention au modèle du protocole validé à l'objectif 1

Intervention immédiate (0-4 heures)					
#	Acteurs impliqués	Rôle attendu	Actions attendues	Conformité au modèle	
a.	Personnel sur les lieux	<ol style="list-style-type: none"> Assure la protection physique des personnes touchées Fournis les premiers soins si requis Informe le supérieur immédiat ou son remplaçant 	<ul style="list-style-type: none"> Isoler la/les personne/s touchée/s et leur assurer une présence constante Neutraliser la source de danger Demander l'aide requise Évaluer sommairement l'état de santé physique Organiser le recours aux services de santé si nécessaire Assurer l'accompagnement Fournir les premiers soins physiques nécessaires Fournir les premiers soins psychologiques Avertir le supérieur immédiat de la situation 	<i>Connaissance</i> C NC C NC C NC C NC C	
b.	Supérieur immédiat/ son remplaçant/ Cadre de la permanence	<ol style="list-style-type: none"> Prends en charge la situation Informe le directeur concerné Consulte si besoin le cadre responsable de l'ÉIPT 	<ul style="list-style-type: none"> Se rendre sur les lieux (E) Évaluer la situation et les besoins de la/des personne/s touchée/s (E) Organiser les mesures à prendre (B) Encourager la/les personne/s touchée/s à informer la famille ou à déléguer cette tâche à une tierce personne significative (B) Assurer la/des personne/s touchée/s du soutien de l'organisation (E) 	<i>Connaissance</i> NC C C NC C	<i>Actions réalisées</i> NC C --- --- NC

				<ul style="list-style-type: none"> • Mettre sur pied un scénario de protection de la personne si la menace demeure présente (B) • Informer le directeur du service concerné (B) • Informer le personnel du service et les usagers au besoin (B) • Au besoin, consulter le cadre responsable de l'ÉIPT (B) 	NC	---
					C	---
					NC	---
					C	---
c.	Directeur concerné	1.	Évalue la nécessité de la mise en place d'un comité de coordination	<ul style="list-style-type: none"> • Informer le directeur général adjoint (DGA) du CJM-IU ou en son absence le directeur général (DG) du besoin de créer un comité de coordination • Fournir le soutien nécessaire au supérieur immédiat dans l'exercice de son rôle 	<i>Actions réalisées</i>	
		2.	Soutient le supérieur immédiat dans son rôle		C	
d.	Cadre responsable de l'ÉIPT	1.	Soutient le supérieur immédiat et le directeur concerné (si sollicité)	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer avec le directeur concerné, la situation avec le gestionnaire immédiat • Évaluer la pertinence de mettre en place un comité de coordination • Alerter au besoin le DGA ou en son absence le DG des situations nécessitant une équipe de coordonnateurs 	<i>Actions réalisées</i>	
		2.	S'assure que le DGA ou en son absence, le DG sont informés de toute situation pouvant nécessiter une équipe de coordination		C	
e.	Directeur général adjoint ou Directeur général	1.	Décide de la mise en place ou non du comité de coordination (à l'intérieur d'un délai de 24 heures) et d'un responsable de la prise en charge des activités du comité	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre sur pied un comité de coordination lors d'événements majeurs ou percutant sur tout un milieu • Délai de 24 h 	<i>Actions réalisées</i>	
					C	
					C	

			<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier si le cadre responsable de l'ÉIPT est informé de l'événement 	NC
			<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer la composition du comité de coordination avec la CSCS et le cadre responsable de l'ÉIPT 	NC
			<ul style="list-style-type: none"> • Convoquer les membres choisis dans les plus brefs délais 	C
			<ul style="list-style-type: none"> • Attribuer les tâches de chacun des membres du comité de coordination 	C

Intervention court terme (4-72 heures)

La situation est maîtrisée et la sécurité de/s personne/s touchée/s est assurée, un soutien direct et personnalisé est offert.

#	Acteurs impliqués	Rôle attendu	Actions attendues	Conformité au modèle
f.	Comité de coordination	Soutient la ligne de gestion dans l'identification des personnes à risque et dans la gestion et l'organisation des activités.	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier les faits • Identifier des personnes à risque • Mobiliser les ressources requises à l'interne, les intervenants du CSCS et de l'ÉIPT, tous les acteurs nécessaires et en déterminer les responsabilités • Élaborer un plan d'action et de communication • Définir et coordonner l'information pertinente à diffuser avec le bureau des communications • Suivre et analyser la situation et ajuster le plan en conséquence • Mobiliser les différentes instances à l'intérieur de l'organisation • Faire appel aux ressources externes au besoin 	<i>Actions réalisées</i> C C C C C C C --- ---

				<ul style="list-style-type: none"> • Communiquer avec les instances judiciaires et parajudiciaires requises (coroner, police,...) • S'assurer que la DRH communique avec les instances pertinentes (p.ex., CSST, IVAC) • Organiser les activités de soutien et d'encadrement pertinentes avec les intervenants CSCS et ÉIPT • S'assurer de la réalisation des aménagements matériels, physiques requis • Recueillir les données aux fins d'un bilan des événements 		---	C	C	NC
g.	Supérieur immédiat	1.	Suit l'événement et apporte un soutien direct aux personnes touchées dans leur évolution	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer à la personne touchée la présence attentive de personnes significatives (collègues, famille) (E) • Évaluer l'état de la personne touchée et ses besoins (E) • Offrir du soutien (E) : <ul style="list-style-type: none"> • Les services de l'ÉIPT • Autres (ex. PAE, etc.) • Contacter le cadre responsable de l'ÉIPT pour l'informer de la situation, des offres de soutien faites et adresser les demandes de soutien (E) • Demeurer vigilant et assurer un suivi des personnes touchées qui refusent le soutien (E) • Répéter l'offre de soutien (B) • Évaluer la pertinence d'offrir un congé avec solde (B) 	<i>Connaissance</i>				<i>Actions réalisées</i>
					NC				NC
					NC				NC
					C				NC
					NC				NC
					C				NC
					C				---
					NC				---

			<ul style="list-style-type: none"> • Voir à une réorganisation provisoire du travail au besoin (B) • Signaler la situation à l'équipe de santé et sécurité de la DRH (E) • S'assurer la compensation des dommages matériels s'il y a lieu (avec la DRH) (B) • Soutenir l'employé dans les démarches auprès des instances internes et externes au besoin (B) • Offrir du soutien aux niveaux judiciaire et parajudiciaire s'il y a lieu (B) 	NC	---	
				NC	NC	
				NC	---	
				NC	---	
				NC	---	
h.	Cadre responsable de l'ÉIPT		Soutient le supérieur immédiat	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer s'il s'agit d'un ÉT • Évaluer la pertinence de faire une offre de service (si ce n'est déjà fait) • Vérifier que toutes les personnes touchées ont été identifiées • Valider les actions faites par le gestionnaire immédiat et guider les actions à prendre • Donner son avis au DGA sur la pertinence d'un comité de coordination (si ce n'est déjà fait) • Recevoir et analyser la demande de soutien • Mobiliser les ressources nécessaires • Transmettre l'information sur l'événement à l'intervenant de l'ÉIPT 	<i>Actions réalisées</i>	
				NC		
				C		
				C		
				C		
				C		
				C		
				C		
				C		
				C		
i.	Intervenant de l'ÉIPT		Établit le premier contact avec la personne touchée	Contacté par téléphone dans les 24 heures l'employé touché :	<i>Actions réalisées</i>	
					C	
					C	

			<ul style="list-style-type: none"> ○ S'informer de l'évolution de la personne (suivi) ○ Guider et mobiliser les mécanismes d'adaptation ○ Utiliser les quatre questions ● Fixer un RDV 	<p>C NC C</p>
--	--	--	--	-----------------------

Intervention moyen terme (72 heures à 2 semaines)

#	Acteurs impliqués	Rôle attendu	Actions attendues	Conformité au modèle	
				Connaissance	Actions réalisées
j.	Supérieur immédiat	Assure le suivi de la personne touchée	<ul style="list-style-type: none"> ● Demeurer attentif aux besoins et au fonctionnement des personnes touchées (E) ● Aménager l'horaire afin de faciliter les rencontres avec l'intervenant de l'ÉIPT (B) ● Soutenir les personnes touchées dans la recherche de services additionnels (B) ● Au besoin, maintenir ou réviser l'aménagement des conditions de travail (B) ● Soutenir le retour au travail (E) ● Effectuer une révision post événement avec les personnes touchées (réf. Oméga) (E) 	<p>C NC NC NC C NC</p>	<p>NC --- --- --- NC NC</p>
k.	Cadre responsable de l'ÉIPT	Soutien à l'intervenant de l'ÉIPT et au supérieur immédiat	<ul style="list-style-type: none"> ● Demeurer disponible au besoin 	<p><i>Actions réalisées</i> C</p>	
l.	Intervenant de l'ÉIPT	Soutien à la personne touchée par l'événement/ 1 ^e rencontre	<p><u>Cadre des rencontres :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Délai : 72 h après l'événement ● Nombre de rencontres : 2 à 5 ● Durée : 1^{re} 90 min et + 	<p><i>Actions réalisées</i> C NC C</p>	

			<p>2^e 60 à 90 min</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervalle : 5 à 10 j (au besoin) • Lieu : au choix de la personne Site de travail ou autre <p><u>Rencontre IPT :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Recueillir un consentement éclairé • Recueillir une description de l'événement tel que vécu par la personne touchée • Effectuer de la psychoéducation • Évaluer les symptômes présents • Sensibiliser la personne touchée à l'importance : <ul style="list-style-type: none"> ○ D'un réseau de soutien ○ D'un suivi médical ○ De la mise en place de mécanismes d'adaptation favorisant une résolution positive du vécu traumatique • Favoriser la réduction de l'activation neurovégétative par l'enseignement de : <ul style="list-style-type: none"> ○ la respiration diaphragmatique ○ la relaxation (active/passive) 	<p>C+ NC C</p> <p><i>Actions réalisées</i></p> <p>C/systématique C/systématique</p> <p>C/systématique C/systématique</p> <p>C/systématique C/au besoin</p> <p>C/systématique</p> <p>NC NC</p>
m.	Superviseure clinique externe spécialisée en IPT	Soutient les intervenants de l'ÉIPT	Adapter et personnaliser les interventions de soutien à l'intervenant selon la problématique particulière de la personne touchée	<p><i>Actions réalisées</i></p> <p>C</p>

Intervention long terme (2 semaines à 3 mois)					
#	Acteurs impliqués	Rôle attendu	Actions attendues	Conformité au modèle	
n.	Supérieur immédiat	Assure le suivi de la personne touchée	<ul style="list-style-type: none"> • Demeurer sensible à l'évolution des personnes touchées (E) • Aménager l'horaire pour le suivi avec l'intervenant de l'ÉIPT (B) • Maintenir ou réviser l'aménagement des conditions de travail en fonction des besoins (B) • Soutenir le retour au travail (E) 	<i>Connaissance</i> C NC NC C	<i>Actions réalisées</i> NC --- --- NC
o.	Cadre responsable de l'ÉIPT	Soutient l'intervenant de l'ÉIPT et le supérieur immédiat de la personne touchée	<ul style="list-style-type: none"> • Demeurer disponible au besoin 	<i>Actions réalisées</i> C	
p.	Intervenant de l'ÉIPT	Poursuite du soutien de la personne touchée	<u>Rencontres IPT :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier l'évolution des symptômes • Vérifier l'évolution de la personne dans son milieu de travail depuis l'événement • Procéder à la restructuration cognitive des attributions erronées par questionnement socratique • Favoriser la prévention et la réduction de l'évitement par l'inoculation au stress • Considérer d'autres contenus ou effectuer d'autres interventions • Minimiser la place de l'affect dans les interventions 	<i>Actions réalisées</i> C/systematique C/systematique ---/au besoin ---/au besoin C+ C	

		Fin de l'intervention	<u>Respecter les critères de fin :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Intégration positive de l'ÉT • Symptômes suggérant un ÉSPT – référence • Poursuite d'une démarche thérapeutique • La personne touchée ne veut plus poursuivre • La menace demeure dans l'environnement– poursuite IPT 	<i>Actions réalisées</i> C+
		Référence au besoin	<ul style="list-style-type: none"> • PAE, CET, OPQ, etc. • Transfert personnalisé du dossier • Soutien dans les démarches • Accompagnement jusqu'à l'obtention des services 	<i>Actions réalisées</i> C --- --- ---
		Fermeture du dossier	<ul style="list-style-type: none"> • Aviser la cadre responsable • Produire un rapport d'intervention 	<i>Actions réalisées</i> C C

C : Les activités sont réalisées (ou connues) conformément à ce qui est attendu.

C+ : Les activités sont réalisées conformément à ce qui est attendu, mais des ajouts dans la mise en application du protocole ont été observés.

NC : Les activités attendues ne sont pas réalisées (ou connues) conformément à ce qui est attendu.

--- : Un jugement sur la conformité n'a pu être posé pour cette activité.

E : Activité du gestionnaire jugée essentielle selon le protocole d'IPT.

B : Activité du gestionnaire déployée au besoin et impliquant un jugement de la situation selon le protocole d'IPT

4.2.6.3.1 Sommaire des observations sur les interventions post-traumatiques sans coordination

4.2.6.3.1.1 Phase immédiate (0-4 heures)

4.2.6.3.1.1.1 Les employés

En général, les actions à réaliser lors d'un événement à potentiel traumatique sont bien connues des employés. La plupart savent qu'ils doivent isoler la personne touchée de la source de danger, lui assurer une présence constante, organiser le recours aux soins de santé requis, demander de l'aide et avertir le supérieur immédiat. Ces actions permettent d'assurer la sécurité physique des victimes.

4.2.6.3.1.1.2 Les gestionnaires de premier niveau

En général, les gestionnaires connaissent plutôt bien leur rôle à cette étape de l'intervention. Bien que certaines actions ne rencontrent pas les critères de conformité, l'ensemble des actions prévues est connu de la majorité des gestionnaires (plus de 80 %). Par contre, lorsqu'ils sont exposés à ces situations, certaines actions essentielles ne sont pas réalisées systématiquement, tel que de se rendre sur les lieux et s'assurer que la victime est soutenue par l'organisation. En revanche, les gestionnaires procèdent à l'évaluation de la situation et des besoins des personnes touchées. À cette étape, ils consultent rarement la cadre de l'ÉIPT pour recevoir des conseils.

4.2.6.3.1.2 Phase post-immédiate (4-72 heures)

4.2.6.3.1.2.1 Les gestionnaires de premier niveau

Les actions dans la phase post immédiate semblent moins connues des gestionnaires. Ils savent qu'ils doivent offrir le soutien de l'ÉIPT, demeurer vigilants auprès de ceux qui refusent le soutien et réitérer l'offre au besoin. Par ailleurs, lorsqu'ils sont confrontés à ces situations, aucune des actions essentielles n'est réalisée conformément à ce qui est attendu. À cette étape de l'intervention, les actions les plus fréquemment réalisées sont l'évaluation de l'état et des besoins de la personne touchée, l'offre de consulter le PAE et le suivi des personnes qui refusent le soutien. Étonnamment, le soutien de l'ÉIPT est offert dans une moindre proportion. L'application des mesures administratives ainsi que la transmission d'information à la cadre responsable de l'ÉIPT semblent moins bien connues des gestionnaires, ce qui se reflète dans les actions réalisées.

4.2.6.3.1.2.2 La cadre responsable de l'ÉIPT

La cadre responsable exerce son rôle-conseil auprès du gestionnaire dès qu'elle est informée d'un événement et procède au traitement de la demande de soutien tel que prévu. Par ailleurs, la cadre responsable ne vérifie pas si l'événement qui est à l'origine de la demande rencontre les critères d'un ÉT. Les cas acceptés et vus par les intervenants de l'ÉIPT peuvent donc dépasser le cadre du post-trauma.

4.2.6.3.1.2.3 Les intervenants de l'ÉIPT

Sauf dans des circonstances exceptionnelles, le premier contact des intervenants avec la personne touchée se fait dans les délais prescrits. Par contre, l'utilisation des quatre questions prévues par la procédure pour mobiliser les mécanismes d'adaptation ne semble pas systématique. Par ailleurs, la plupart d'entre eux vérifient au moins un élément lié aux quatre questions, soit la présence de soutien social, le sentiment de calme, de sécurité et de bien-être.

4.2.6.3.1.3 La phase post-immédiate (72 heures à 2 semaines)

4.2.6.3.1.3.1 Les gestionnaires de premier niveau

Les actions à réaliser au cours de cette période sont plutôt bien connues des gestionnaires. Les gestionnaires savent qu'ils doivent demeurer attentifs aux personnes touchées dans les semaines suivant l'événement et soutenir le retour au travail des employés qui ont pris congé. Par contre, aucune de ces actions essentielles n'est réalisée conformément à ce qui est attendu. Dans cette phase de l'intervention, mise à part la vigilance aux personnes touchées, les actions prévues par le protocole ne sont jamais ou rarement réalisées par la majorité des gestionnaires (plus de 50 %).

4.2.6.3.1.3.2 La cadre responsable de l'ÉIPT

Conformément à ce qui est attendu, la cadre de l'ÉIPT semble demeurer disponible à l'intervenant et au gestionnaire de premier niveau au cours des interventions. La nature de ces contacts est d'ordre organisationnel et informationnel. La cadre responsable s'assure de faire le pont entre l'intervenant et le supérieur immédiat lorsqu'il s'agit de formuler des recommandations. Une disparité est observée chez les intervenants à l'égard des contacts avec le supérieur immédiat. Certains s'abstiennent de tout contact, alors que d'autres sont à l'aise d'émettre leurs recommandations. Pour préserver la confidentialité, les chefs s'abstiennent de contacter un membre de l'équipe après avoir transmis la demande.

4.2.6.3.1.3.3 Les intervenants de l'ÉIPT

Cadre des rencontres IPT

Sauf lors de circonstances exceptionnelles, le délai d'intervention de 72 h est respecté. La durée minimale de 90 minutes pour la première rencontre et celle de 60 à 90 minutes pour les rencontres subséquentes sont aussi respectées dans la majorité des cas. Aucune rencontre n'a une durée inférieure à 60 minutes. Par ailleurs, elle peut dans certains cas excéder 90 minutes, surtout lorsque le contenu est chargé émotionnellement et dépasse le cadre de l'IPT. Quelques écarts ont pu être observés en ce qui a trait au nombre et aux intervalles des rencontres. Les interventions analysées ont nécessité moins de rencontres qu'il est prévu au protocole (1 à 3 rencontres au lieu de 2 à 5). En moyenne, deux rencontres sont effectuées par demande. L'intervalle de temps entre les rencontres est légèrement supérieur à ce qui est attendu (7 à 14 jours au lieu de 5 à 10). Par ailleurs, l'étude a révélé que des **contacts téléphoniques** entre l'intervenant et la personne touchée peuvent avoir lieu entre les rencontres au besoin. Bien que le lieu de rencontre soit généralement déterminé en fonction de la préférence de la personne touchée tel qu'il est prévu,

nous avons pu observer que d'autres critères, qui varient en fonction des intervenants, peuvent intervenir dans le choix de l'emplacement.

Les stratégies d'interventions

Les intervenants utilisent l'ensemble des stratégies d'intervention préconisées par le modèle. Ils ont recours à certaines stratégies de façon systématique alors que d'autres sont employées si nécessaire, selon la particularité du cas et les besoins de la personne touchée. L'analyse a permis d'identifier ces interventions.

Les interventions systématiques. Les interventions effectuées de façon systématique dans la plupart des cas IPT sont : le consentement éclairé, le récit de l'événement, la psychoéducation, l'évaluation des symptômes, l'évolution des symptômes (s'il y a plus d'une rencontre), l'évolution dans le milieu de travail, la sensibilisation à la mise en place d'un réseau social, la sensibilisation à la mise en place de mécanismes d'adaptation favorisant une résolution positive du vécu traumatique et la réduction de l'activation neurovégétative. Si ces interventions ne sont pas effectuées, il s'agit de cas exceptionnels ou non pertinents. Nous avons pu observer quelques écarts par rapport au modèle quant à l'application de ces stratégies d'intervention. **La réduction de l'activation neurovégétative** est effectuée davantage par l'exploration du répertoire comportemental de la personne touchée afin d'identifier ses propres moyens de réduction du stress et l'encourager à les utiliser (p. ex., activité physique, activité de loisir et de détente, etc.) que par l'enseignement des techniques de respiration et de relaxation, tel que suggéré par le modèle. Aussi, le document sur les symptômes est utilisé par la majorité des intervenants lors de la psychoéducation. Par contre, la plupart d'entre eux n'ont aucune connaissance du document à l'intention des proches.

Interventions non systématiques. Certaines stratégies d'intervention semblent être utilisées au besoin seulement, selon la particularité du cas et les symptômes présentés : la recommandation d'un suivi médical, la restructuration cognitive et la prévention de l'évitement. Toutefois, l'analyse n'a pas permis d'identifier si les intervenants avaient procédé par **questionnement socratique** lors de la restructuration cognitive. Aussi, pour les interventions visant la prévention de l'évitement, l'analyse ne permet pas de conclure que tous ont utilisé **l'inoculation au stress**. Par ailleurs, la plupart semblent avoir aidé la personne touchée à élaborer un plan spécifique pour lui permettre de faire face à une situation stressante. La référence médicale semble fonction des symptômes présents, tel que la présence de symptômes d'activation neurovégétative ou de dissociation.

Autres contenus et interventions. Dans plus de la moitié des cas, le contenu des rencontres dépassaient le contexte de l'événement. Ces contenus, souvent chargés émotionnellement, réfèrent principalement à des enjeux personnels ou professionnels réactivés par l'événement (p. ex., passé d'abus qui refait surface, des éléments de stress ou des conflits dans le milieu de travail). L'apport de contenu et d'émotions non directement lié à l'événement qui a suscité la demande rend parfois difficile l'utilisation des stratégies prévues par le protocole. Toutefois, conformément à ce qui est attendu, la plupart des intervenants semblent accueillir les émotions sans tenter de questionner l'affect ou de chercher à l'approfondir. Au contraire, ils cherchent à rediriger la personne au niveau cognitif vers l'événement.

4.2.6.3.1.3.4 La superviseure clinique externe

La majorité des interventions a nécessité le recours à la supervision externe. La plupart des cas pour lesquels aucune supervision n'a été sollicitée étaient, selon les intervenants, clairs et sans ambiguïtés. Tel que recommandé, les nouveaux membres utilisent la supervision de façon systématique à tous les cas.

4.2.6.3.1.4 Phase moyen et long terme (Deux semaines ou plus)

4.2.6.3.1.4.1 La cadre responsable de l'ÉIPT

Conformément au modèle, la cadre responsable demeure disponible pour l'intervenant et le gestionnaire de premier niveau jusqu'à la fin de l'intervention. Les intervenants semblent avoir l'habitude de l'informer du déroulement des interventions à la fin du processus.

4.2.6.3.1.4.2 Les intervenants de l'ÉIPT

Fin des interventions. Les interventions se sont terminées selon les critères prévus par le modèle; soit en raison de la diminution des symptômes de la personne touchée, suggérant une intégration positive de l'événement, soit parce que la personne ne ressentait plus le besoin de poursuivre la démarche ou parce que l'intervention outrepassait le cadre de l'IPT. L'étude a révélé que certains intervenants effectuent un **suivi téléphonique** après la fin des interventions. Ce suivi vise à vérifier l'évolution des symptômes et le fonctionnement de la personne après son retour au travail. Il est surtout effectué dans les cas ne nécessitant qu'une seule rencontre. L'analyse ne permet toutefois pas de savoir si cette pratique est généralisée.

La référence vers une ressource externe. Conformément au modèle, les enjeux personnels ou professionnels qui dépassaient le cadre de l'IPT constituent les principaux motifs qui ont mené les intervenants à référer la personne touchée à une ressource externe. Peu d'information a été recueillie sur la façon dont la référence a été effectuée. Pour les cas où de l'information a été obtenue, la personne touchée a fait elle-même les démarches. Ces données sont par ailleurs insuffisantes pour conclure à un écart par rapport au modèle, qui prône le soutien et l'accompagnement dans les démarches. Il importe de souligner que parmi les intervenants n'ayant pas proposé formellement de référer la victime, plusieurs ont suggéré la possibilité de faire appel au PAE au besoin.

La fermeture du dossier. Nous n'avons pu obtenir d'information précise sur le nombre d'intervenants qui avise la cadre responsable de la fin de l'intervention. Par ailleurs, plusieurs ont mentionné lui donner de la rétroaction sur le déroulement des interventions à la fin du processus. De plus, selon les propos de la cadre responsable, la majorité des intervenants remettent leur rapport dans des délais raisonnables.

4.2.6.3.2 Sommaire des observations sur les interventions post-traumatiques avec comité de coordination

Les données suggèrent que les cadres de la CSCS (cadre de l'ÉIPT et CSCS) ne sont pas nécessairement impliqués dans l'intervention immédiate (0-4 h) comme le prévoit le protocole. Lors de deux événements sur trois ayant nécessité une coordination au cours des trois années de référence (2008 à 2011), l'analyse de la situation, la décision de mettre en place une coordination, le choix des membres du comité ont été entièrement assumés par le DGA ou le DG. Les cadres de la CSCS entrent plutôt en scène dans la phase post immédiate. Il est à noter que ces derniers ne touchent pas de prime de disponibilité s'ils travaillent en dehors des heures normales (soirs et fin de semaine). Cette décision d'établissement limite leur implication dans l'analyse de la situation lors d'un événement traumatique majeur survenant en dehors de l'horaire régulier. Par ailleurs, nous avons pu observer que si la CSCS est informée rapidement de l'événement, elle a l'opportunité de participer à l'évaluation et d'émettre son avis sur la pertinence d'une coordination. Les données suggèrent également un certain sentiment d'urgence de la part des gestionnaires sur le terrain à vouloir intervenir de façon précoce auprès du personnel. Lors de deux événements sur trois, des offres de soutien de l'ÉIPT ont été faites précocement, dans la phase immédiate (0-4 h), par les gestionnaires sur place.

Le manque de coordination des actions dans la phase immédiate oblige les cadres de la CSCS à réorienter l'intervention selon la procédure établie par le protocole. Nous avons pu observer que ceux-ci jouent un rôle majeur dans la clarification des procédures de l'IPT auprès des gestionnaires. L'analyse montre que le comité assure son rôle de coordination des actions sur le terrain et de soutien des gestionnaires de premier niveau dans la réalisation des tâches liées à la gestion traumatique. L'analyse confirme que les principaux éléments sur lesquels porte la coordination sont la mobilisation des acteurs, la gestion de l'information et le soutien de toutes les personnes concernées, soit la famille de la victime, les employés, les gestionnaires et les jeunes usagers.

Enfin, l'analyse suggère que la fin de la coordination n'est pas établie de façon claire. La tenue d'une rencontre bilan avec l'ensemble des gestionnaires pour clore les activités ne semble pas la norme. Aucun bilan écrit de la coordination n'a été produit lors des trois événements ayant nécessité une coordination.

4.3 Objectif 3 – Interventions post traumatiques dans les autres centres jeunesse du Québec

Les données sont issues de la compilation des réponses aux questionnaires et de l'information contenue dans les documents reçus des 11 établissements participants à l'objectif 3. L'Annexe 2 présente, pour chaque établissement, le type de mesures prévu à l'égard des ÉT. L'examen des données montre que sur les 11 établissements participants, un seul n'a pas de politique ni de mesures internes concernant les ÉT. Pour cet établissement, les victimes sont directement dirigées vers une ressource externe (établissement 14, Annexe 2). Neuf établissements ont établi des mesures internes dans les phases immédiate et post immédiate (0-72 heures) d'un événement potentiellement traumatique dans lesquelles les gestionnaires et des membres du personnel sont

impliqués¹². Quelques-uns d'entre eux ont formé des équipes de professionnels qui ont pour rôle d'offrir un soutien aux victimes s'apparentant ainsi à l'ÉIPT du CJM-IU (p. ex., établissement 6 et 7). Aussi, dans la plupart des établissements, le supérieur immédiat semble jouer un rôle clé dans le déploiement des mesures prévues. Parallèlement à l'existence de mesures internes, tous les établissements prévoient le recours à des ressources externes, surtout lors des phases subséquentes (72 heures ou +). Le PAE constitue la principale ressource privilégiée pour une aide professionnelle individuelle ou de groupe. Il importe de souligner que la séance de verbalisation sur une base individuelle ou en groupe semble toujours faire partie des interventions prévues par les établissements. Certains d'entre eux mentionnent également l'existence de mesures administratives, tels que des congés autorisés et/ou du soutien dans les démarches judiciaires ou dans l'organisation et le retour au travail.

5. CONCLUSION

L'objectif 1 de l'étude a permis de démontrer la pertinence théorique et empirique de l'IPT du CJM-IU. Le nouveau modèle implanté depuis juin 2005 intègre les principales données scientifiques disponibles jusqu'à ce jour concernant la prévention des réactions post-traumatiques, à la fois secondaires et tertiaires. Les interventions immédiates et post immédiates du CJM-IU s'appuient sur les recommandations des organismes officiels américains et britanniques œuvrant en santé mentale quant aux interventions à privilégier dans les heures et les semaines suivant un ÉT (p. ex., APA, 2009; National Child and Adult Traumatic Stress Network and National Center of PTSD, 2006; National Institute for Clinical Practice du Royaume-Uni, 2005; Foa et coll., 2005). Compte tenu de la solidité théorique du modèle, les hypothèses quant aux effets attendus sur la prévention de l'ÉSPT s'avèrent robustes. Ces effets concernent chacune des trois classes de symptômes (symptômes d'intrusion, d'évitement, ainsi que d'activation neurovégétative) susceptibles de se présenter chez une personne touchée par un ÉT. Plus spécifiquement, il est probable que l'IPT permette aux personnes touchées de bien comprendre leurs réactions et leur fonction, mais également, les habilite à mettre de l'avant les stratégies d'adaptation les plus susceptibles de les aider à résoudre le choc traumatique, et ainsi prévenir l'émergence d'un trouble anxieux, soit l'État de stress post-traumatique (ÉSPT).

L'objectif 2 a permis de documenter la mise en application de l'intervention du CJM-IU et de vérifier les écarts avec le modèle théorique de l'intervention. Au regard de la connaissance de l'IPT, les gestionnaires ont tous entendu parler de l'intervention. Quant au rôle de formateur prévu dans le protocole d'IPT, les gestionnaires l'assument en grande majorité. Ils informent leurs employés sur l'ÉIPT ainsi que sur le soutien qu'un employé peut recevoir. Par contre, seulement le tiers des gestionnaires abordent les actions à poser par le personnel présent sur les lieux. Il existe donc un écart entre la situation réelle et proposée dans la politique de l'IPT en ce qui a trait au rôle de formateur du gestionnaire et au contenu informatif qu'il doit offrir à ses employés. Étant donné l'importance des actions et réactions lors de tels événements, il est important de s'assurer que les gestionnaires de premier niveau disposent de l'information et des

¹² Il est à noter que les informations fournies par un des établissements sont incomplètes et ne permettent pas de préciser le type de mesures (établissement 12).

ressources nécessaires afin de bien informer et former leur personnel sur les actions à réaliser lorsqu'ils sont témoins d'événements violents à potentiel traumatique. Ces résultats sont corroborés en partie par l'enquête auprès des employés. En effet, plus de 70% des employés indiquent connaître l'IPT. Toutefois, seulement 43% se souviennent d'avoir été informés par leur supérieur immédiat.

Quant aux actions réalisées, nos résultats indiquent un écart sur plusieurs actions attendues des gestionnaires de premier niveau. Nous avons observé des écarts sur les actions attendues au moment de l'événement, au cours des 4 à 72 heures suivant l'événement et des semaines suivantes. Nous avons noté que l'ÉIPT est peu sollicitée par les gestionnaires lors de la phase immédiate pour l'analyse de la situation et le rôle-conseil. Nous avons aussi constaté que la connaissance des actions à réaliser diminue à chacune des périodes temporelles de l'IPT, notamment à ce qui a trait à l'application des mesures administratives et judiciaires. Une mise à niveau sur les aspects moins bien connus ou observés s'avère nécessaire si l'on désire exploiter le plein potentiel de l'IPT à prévenir le développement du stress post-traumatique. Cette mise à niveau est d'autant plus souhaitable que seulement la moitié des actions à maîtriser lors d'un événement à potentiel traumatique ont été identifiées par plus de 90 % des employés répondants. Les deux actions les moins bien assimilées par les employés étant : 1) neutraliser la source de danger si nécessaire et 2) s'assurer que les personnes touchées quittant les lieux soient accompagnées.

Les interventions individuelles effectuées par les intervenants de l'ÉIPT respectent le cadre prévu. Par ailleurs, la durée de l'intervention s'avère plus courte que celle planifiée. Une durée d'intervention plus courte peut nuire à la capacité à prévenir une pathologie traumatique. Par ailleurs, il est possible que l'écart observé soit attribuable à la particularité des cas de l'échantillon analysé. En effet, près de la moitié des cas a fait l'objet d'une référence vers une ressource, favorisant ainsi la détection de cas problématique. L'étude a confirmé que les stratégies d'intervention préconisées sont utilisées par les intervenants et adaptées selon les besoins particuliers de la personne touchée. Les stratégies d'intervention utilisées de façon systématique réfèrent principalement à la psychoéducation, à l'évaluation et à la sensibilisation, attestant les visées psychoéducatives et préventives de l'intervention. L'étude a toutefois révélé quelques lacunes dans l'application de certaines stratégies cognitives et comportementales, comme la respiration diaphragmatique, le questionnement socratique et l'inoculation au stress. Ces stratégies semblent moins bien maîtrisées par les intervenants, ce qui entraîne leur sous-utilisation ou l'emploi de stratégies alternatives ayant le même but thérapeutique. Aussi, il appert que le contenu abordé lors des rencontres peut outrepasser le contexte de l'événement traumatique. Ces contenus, touchant des enjeux personnels et professionnels, rendent plus difficile le respect du protocole établi et obligent les intervenants à s'adapter et à puiser dans leur bagage clinique personnel. Par ailleurs, les intervenants semblent respecter les limites de leur rôle et diriger la personne vers les ressources appropriées. La diversité des contenus et les lacunes observées dans la maîtrise de certaines stratégies d'intervention révèlent la nécessité de poursuivre les efforts de formation continue et de supervision des intervenants. À cet égard, l'étude montre que les intervenants reçoivent les activités de formation et de supervision prévues. Elle a permis de documenter la forme, le contenu et le déroulement des différentes activités de formation. Par ailleurs, au regard de la participation, il semble difficile de réunir l'ensemble des intervenants aux séances de formation continue. La contrainte des exigences professionnelles des

intervenants exerce une pression sur leur implication et leur disponibilité dans les activités de l'ÉIPT, tant en ce qui a trait aux activités de formation que d'intervention. Dans ce contexte, une réflexion sur le temps de libération des intervenants de l'ÉIPT s'avère pertinente.

L'objectif 3 a permis de documenter les mesures mises en place dans les autres CJ du Québec pour prévenir l'ÉSPT. L'étude a révélé que la majorité des établissements a établi des mesures internes et externes dans la phase immédiate et post immédiate d'un événement potentiellement traumatique. Cependant, peu d'entre eux ont élaboré des mesures internes s'apparentant à celles de l'IPT du CJM-IU. La variété des interventions existantes constitue d'éventuelles bases de comparaison qui permettront de mesurer l'efficacité de l'intervention du CJM-IU dans une phase ultérieure de l'étude.

6. LIMITES DE L'ÉTUDE

L'interprétation de nos résultats doit être envisagée avec prudence et retenue, et ce, pour plusieurs raisons. En effet, nous utilisons une méthodologie de recherche exploratoire et descriptive mixte qui repose principalement sur une méthodologie qualitative d'analyse des données. On doit donc interpréter les résultats en fonction des limites inhérentes à ce type de protocole, et ce, même si nous avons mis en œuvre tous les moyens de contrôle nécessaires et adopté une façon d'appliquer les protocoles de recherche de manière rigoureuse.

Des mises en garde concernant la généralisation des résultats doivent être faites. Compte tenu que l'étude porte sur un programme particulier d'un seul CJ et que ce centre est spécifique à la région montréalaise, il ne faut pas généraliser nos résultats à l'ensemble des CJ du Québec. Il importe également de mentionner que les résultats relatifs aux interventions de l'ÉIPT sont issus de l'analyse de 14 cas qui se sont déroulés au cours d'une seule année (2011) à partir des données recueillies auprès des intervenants de l'ÉIPT. Qui plus est, certains des intervenants de l'ÉIPT, soit ceux qui étaient en place avant l'implantation du nouveau protocole en 2005, n'ont pas participé à ce projet. Bien que nous ayons tenté d'en minimiser les effets, la cueillette de données rétrospectives est soumise au biais de rappel. De plus, l'obtention de données issues des employés ayant bénéficié des services de l'ÉIPT quant à leur expérience avec le programme de gestion des événements traumatiques aurait permis d'augmenter la robustesse des résultats. Bien que le taux de participation au sondage soit acceptable, ce ne sont pas tous les employés actifs du CJM-IU qui y ont répondu. Nous avons mis en place un échantillonnage stratifié concernant les différentes catégories d'emploi et les sites de travail, et ce, afin d'obtenir la meilleure représentativité possible. Par ailleurs, en raison d'un taux de participation plus faible, certaines catégories ou statuts d'emploi sont moins bien représentés (p.ex., les agents d'intervention, les préposés aux unités et à l'alimentation, les employés sur la liste de rappel, etc.). Ces limites doivent être prises en considération dans l'interprétation et la portée des résultats de l'étude.

7. BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. « Diagnostic and statistical manual of mental disorder», Washington, DC., Fourth Edition, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR», Washington, DC., American Psychiatric Publishing, Fourth Edition (Text Revision), 2000.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. «DSM-IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux», Paris : Masson, Fourth Edition, 2000.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. «Guideline Watch: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder», {DOI: 10.1176/appi.books.9780890423479.156498} (2009).

AQUINO, K., et THAU, S. (2009). «Workplace victimization: Aggression from the target's perspective», *Annual review of psychology*, 60, 717-741.

AU COIN, K., et BEAUCHAMPS, D. «Répercussion et conséquences de la victimisation», *ESG, Statistique Canada*, 2004, # 85-002 X1F, 27 (1).

BARLOW, D. H. «Anxiety and its disorders», New York, Guilford Press, Second Edition, 2001.

BISSON, J., et ANDREW, M. (2009). «Psychological treatments of post-traumatic stress disorder (PTSD), (Review) ». *The Cochrane Library* <http://www.thecochranelibrary.com>.} 2, 2009.

BISSON, J., EHLERS, A., MATTHEWS, R., PILLING, S., RICHARDS, D., TURNER, S. «Systematic review and meta analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder», *British Journal of Psychiatry*, 2007, [[PubMed](#)], p.97–104.

BRADLEY R., GREENE J., RUSS E., DUTRA L., WESTEN D. A. «Multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD», *American Journal of Psychiatry* 162, 2005, [[PubMed](#)], p.214-217.

BREWIN, C.R., ANDREWS, B., VALENTINE, J.D. «Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 5, 2000, p.748-766.

BRILLON, Pascale. «Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique; guide à l'intention des thérapeutes», Montréal, Les éditions Québecor, 2005.

BRYANT R.A., MOULDS M.L., GUTHRIE R.M. S.T., Mastrodomenico J., Nixon R.D.V. «A randomized controlled trial of exposure therapy and cognitive restructuring for posttraumatic

stress disorder», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 2008, [[PubMed](#)] p. 695–703.

BRYANT, R.A., MOULDS, M.L., et NIXON, R.V. «Cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: a four-year follow-up», *Behaviour Research and Therapy*, 41, 4, 2003, p.489-494.

BRYANT, R.A., HARVEY, A.G., DANG, S.T., SACKVILLE, T., et BASTEN, C. «Treatment of acute stress disorder; a comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 5, 1998, p. 862-866.

CENTRE CANADIEN D'HYGIÈNE ET DE SÉCURITÉ AU TRAVAIL. «Prévention de la violence en milieu de travail (3ième ed.)». ISBN 978-0-660-97392-0. Catalogue : MAS CC273-2/10-3F. (2010).

DE MOL, J. «Post-aggression stress disorders: Psychosocial and work repercussions», *International Medical Journal*, 5, 1998, 277-282.

DE LÉSÉLEUC, S. «La victimisation criminelle en milieu de travail 2004». Ottawa: Statistique Canada, 2007.

EHLERS, A., CLARK, D.M., HACKMANN, A., MCMANUS, F., FENNELL, M., HEBERT, C. «A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder», *Archives of General Psychiatry*, 60, 2003, [[PubMed](#)], p. 1024-1032.

FOA, E. B., Kean, T. M., FRIEDMAN, M. J., et COHEN, J. A. «Effective Treatment for PTSD», *Practical Guidelines from the international Society for Traumatic Stress, Studies Second Edition*, New York, Guilford Press, 2009.

FOA, E.B., KEANE, T.M., FRIEDMAN, M.J., COHEN, J.A. «Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies», *Guilford Press, New York, Second Edition*, 2005.

FOA, E. B., et ROTHBAUM, B. O. «Theoretical Bases for PTSD and its treatment» dans, *Treating the Trauma of Rape: Cognitive Behavioral Therapy for PTSD*, New York, Guilford Press, 1998.

FOLLETTE, V.M., et Ruzek, J. I. «Cognitive-behavioral therapies for trauma», *Guilford Press*, 2006.

GEOFFRION, S. «Lorsque la relation d'aide blesse : étude sur la violence vécue par les éducateurs des Centres Jeunesse». Communication présentée au congrès annuel de l'Association francophone pour le savoir (ACFAS), Sherbrooke, Canada, mai 2011.

GRAY, M.J., et LITZ, B.T. «Behavioral interventions for recent trauma: Empirically informed practice guidelines», *Behavior modification*, 29, 1, 2005, p.189-215.

GUAY, S., BOYER, R., MARCHAND, A., JARVIS, J. «Résultats du sondage sur la violence en milieu de travail», *Objectif Prévention* 36,1, 2013, p. 4-6.

GUAY, S., et MARCHAND, A. «Les troubles liés aux événements traumatiques, dépistage, évaluation et traitement», Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2006a.

GUAY, S., MARCHAND, A., et BILLETTE, V. «Impact du soutien social sur l'état de stress post-traumatique: données empiriques, aspects étiologiques et stratégies d'intervention » dans *Les troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements* sous la direction de S. Guay & A. Marchand, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2006b, p.369-384.

GUAY, S., MARCHAND, A., LAVOIE, V., GRIMARD, F., et BOND, S. «Les interventions psychologiques pour l'état de stress post-traumatique » dans *Les troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements*, sous la direction de S. Guay & A. Marchand, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2006, p. 191-214.

HARVEY, A. G., et BRYANT, R. A. «The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A prospective evaluation of motor vehicle accident survivors», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 1998, p. 507–512.

JACOBSON, E. «Savoir relaxer pour combattre le stress», Montréal, Éditions de l'Homme, 1980.

JANOFF-BULMAN, R. «Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma». NY: Free Press, 1992.

LITZ, B. T., et BRYANT, R. A. «Early Cognitive-Behavioral Intervention for Adult» in *Effective Treatment for PTSD: Practical Guidelines from the international Society for Traumatic Stress, Studies*, under direction of E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman, J. A. Cohen., Second Edition, New York, Guilford Press, 2009.

LITZ, B.T., et GRAY, M. J. «Early Intervention for trauma in adults: A framework for first aid and secondary prevention» in *Early intervention for trauma and traumatic loss*, under direction of B.T. Litz, New-York, Guildford Press, 2004, p. 87-111.

LITZ, B.T., et MAGUEN, S. (2007) «Early intervention for trauma», in *Handbook of PTSD: Science and practice*, under direction of M. J. Friedman, T. M. Keane & P. A. Resick (Eds), New York, Guildford Press, p. 306-329.

LITZ, B.T., GRAY, J., BRYANT, R.A., et ADLER, A.B. «Early intervention of trauma: current status and future directions», *Clinical Psychology, Science and Practice*, 9, 2, 2002, p. 112-134.

MACDONALD, H. A., COLOTLA, V., FLAMER, S. ET KARLINSKY, H. «Posttraumatic stress disorder (PTSD) in the workplace: A descriptive study of workers experiencing PTSD resulting from work injury». *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13, 2003, p. 63-77.

- MARCHAND, A., BOUSQUET DES GROSEILLERS, I., et BRUNET, A. (2006) «Psychotraumatismes: stratégies d'intervention psychothérapeutique post-immédiate» dans *Les troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements*, sous la direction de S. Guay et A. Marchand, Deuxième Edition, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, p.165-190.
- MARTIN, M., GERMAIN, V., et MARCHAND, A. (2006). «Facteurs de risque et de protection dans la modulation de l'état de stress post-traumatique» dans *Les troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements*, sous la direction de S. Guay et A. Marchand, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, p.51-86.
- MARTIN, M., MARCHAND, A., BOYER, R., et MARTIN, N. «Predictors of the development of posttraumatic stress disorder among police officers, » *Journal of Trauma & Dissociation*, 10, 2009, p.451-468.
- MEICHENBAUM, D. «Stress inoculation training for coping with stressors». *The Clinical Psychologist*, 49, 1996, p. 4-7.
- MITCHEL, J. T. «When disaster strikes: the critical incident stress debriefing process», *Emergency Medical Services*, 8, 1983, p.36-39.
- MITCHEL, J. T., EVERLY, G. S. (1995) «The critical incident stress debriefing (CISD) and the prevention of work-related traumatic stress among high risk occupational groups» in *Plenum series on stress and coping. Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress*, under direction of Dand, G., Everly, S., and Lating, J.M., New York, Plenum Press.
- NATIONAL CHILD TRAUMATIC STRESS NETWORK AND NATIONAL CENTER FOR PTSD. «Psychological First Aid: Field Operation Guide», Second Edition, www.nctsen.org and www.ncptsd.va.gov., July 2006.
- NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL PRACTICE. «Nice Guidelines», Royaume-Uni, www.nice.org.uk, 2005
- O'CONNOR, K., MARCHAND, A., BROUSSEAU, L. et DESJARDINS, S. «La vie sans tranquillisant: pour réussir à arrêter et maintenir le cap», Montréal, Éditions Stanké, 2006, p. 157-171.
- OZER, E.J., BEST, S.R., LIPSEY, T.L., et WEISS, D. S. «Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis», *Psychological Bulletin*, 129, 1, 2003, p.52-73.
- RUZEK, J. I., BRYMER, M. J., JACOBS, A. K., LAYNE, C. M., VERNBERG, E. M., et WATSON, P. J. «Psychological first aid», *Journal of Mental Health Counseling*, 29, 1, 2007, p.17-49.

SCHAT, A. C. H., KELLOWAY, E. K. (2005). «Training as a workplace aggression intervention strategy» in *Handbook of work stress*, under direction of J. Barling, M. R. Frone et E. K. Kelloway, Thousand Oaks, CA: Sage, pp. 579-605.

SÉGUIN M., BRUNET, A. et LEBLANC, L. «Intervention en situation de crise et en contexte traumatique», Gaétan Morin éditeur, 2012.

SÉGUIN, M., GUAY, S., SZRUMELAK, N., LESAGE, A., BLEAU, P., BOYER, R., STEINER, W., GAUVIN, D., MIQUELON, P., ROY, D., CHAWLY, T. «Fusillade du 13 septembre 2006 au Collège Dawson : SECURE (soutien, évaluation et coordination unifiés pour le rétablissement et l'éducation) : plan multimodale d'intervention psychologique en cas de fusillade en milieu scolaire», Troisième de quatre rapports déposés au ministère de la Justice du Québec sur l'évaluation de l'impact psychologique et de l'intervention psychologique suite à la fusillade au Collège Dawson le 13 septembre 2006, 2010.

SÉGUIN, M., CHAWKY, N., GUAY, S., SZKRUMELAK, N., LESAGE, A., BLEAU, P., BOYER, R., STEINER, W., GAUVIN, D., MIQUELON, P., et ROY, D. «Fusillade du 13 septembre 2006 au Collège Dawson: SECURE (Soutien, évaluation et coordination unifiés pour le rétablissement et l'éducation) : un programme d'intervention psychologique multimodal», Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2010.

SHALEV, A. Y., et FREEDMAN, S. «PTSD following terrorist attacks: A prospective evaluation», *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 2005, p. 1181-1191.

TAYLOR, S., «Clinician's guide to PTSD: A cognitive-behavioral approach», Guilford Press, 2006.

VAN ETTEN, M.L., TAYLOR, S. (1998). «Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis», *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 1998, p.126-144.

WAMPOLD, B. E., IMEL, Z. E., LASKA, K. M., BENISH, S., MILLEUR, S. D., FLUCKIGER, C. et coll. «Determining what works in the treatment of PTSD», *Clinical Psychology Review*, 30, 8, 2010, p.923-933.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. «International statistical classification of diseases and related health problems - 10th revision», edition 2010.3 v. II.ICD-10, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2010
http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf

8. ANNEXE 1

8.1 Objectif 2 - Formation initiale de 2011

Lectures préparatoires

- Les trois premiers chapitres du livre « Se relever d'un traumatisme » de Pascale Brillon (2004)
- Chapitre 7 (*Comment faire une bonne psychoéducation des réactions post-traumatiques*) du livre « Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique » de Pascale Brillon (2005)
- Chapitre 7 (*Psychotraumatismes : stratégies d'intervention psychothérapeutique post-immédiate*) du livre « Les troubles liés aux événements traumatiques » de S. Guay et A. Marchand (2006)
- Chapitre sur la relaxation tiré du livre « S'affirmer et communiquer » de Boisvert et Beaudry (1979)
- Un texte intitulé *Socratic questioning : changing minds or guiding discovery?* de C.A. Padesky (1993)
- Chapitre 5 (*Cognitive therapy for posttraumatic stress disorder*) du livre « Cognitive therapy for PTSD ».

Contenu de la formation

Séance du 18 octobre (1/2 journée):

Contenus abordés	Animé par	Temps consacré
AM		
Présentation des participants et du programme de formation	Cadre ÉIPT	15 min
Historique de l'IPT	Cadre EIPT	5 min
Avantage d'une action concertée dans l'organisation	Consultante externe	5 min
Types de demande reçus par l'ÉIPT	Cadre EIPT	10 min
Mandat de l'IPT et rôle du 1 ^{er} répondant (gestionnaire)	Cadre EIPT	10 min
Étude de Dawson	Consultante externe	30 min
Cadre éthique de l'ÉIPT	Cadre EIPT	10 min
Identification des événements potentiellement traumatiques	Consultante externe	20 min
Définition et caractéristiques cliniques du stress post-traumatique	Consultante externe	45 min
Conséquences d'un événement potentiellement traumatique	Consultante externe	10 min

Séance du 27 octobre (1 journée) :

Contenus abordés	Animé par	Temps consacré
AM		
Historique des procédures de désamorçage et de séance de verbalisation	Consultante externe	20 min
Mesures d'intervention immédiates suite à un ÉT	Cadre EIPT	10 min
Mesures d'intervention post-immédiates à la suite d'un ÉT	Cadre EIPT	10 min
Rôle du chef de service lors des interventions immédiates et post-immédiates	Cadre EIPT	10 min

Modèle du <i>Psychological First Aid</i>	Consultante externe	50 min
Procédure de postvention	Cadre ÉIPT/ Consultante externe	1 heure
PM		
Facteurs protecteurs, prédisposants, précipitants et de maintien de l'ÉSPT	Consultante externe	---
Prévention de l'usure de compassion	Consultante externe	---
La dissociation et les techniques de centration	Consultante externe	---
Relaxation active et passive de Jacobson	Consultante externe	----

Séance du 31 octobre (1 journée) :

Contenus abordés	Animé par	Temps consacré
AM		
Retour sur les exercices de centration	Consultante externe	15 min
La comorbidité	Consultante externe	5 min
Le CET	Consultante externe	5 min
L'écoute (sans accent sur les émotions)	Consultante externe	5 min
Le consentement éclairé	Consultante externe	5 min
Principes de la TCC	Consultante externe	20 min
Psychoéducation	Consultante externe	1 ½ heure
Apprentissage de la respiration diaphragmatique	Consultante externe	20 min
PM		
Pratique de la respiration diaphragmatique	Consultante externe	15 min
Les recommandations d'usage à faire	Consultante externe	10 min
Restructuration cognitive (questionnement socratique)	Consultante externe	1 ½ heure
Inoculation au stress	Consultante externe	20 min
Fin de l'intervention IPT	Consultante externe	20 min
Retour sur la prévention de l'usure de compassion	Consultante externe	5 min
Survol des annexes du guide de formation	Consultante externe	30 min

Séance du 11 novembre (1 journée) :

Contenus abordés	Animé par	Temps consacré
AM		
Retour sur la pratique de la respiration diaphragmatique	Consultante externe	10 min
Retour sur la lecture des textes et réponses aux questions des participants	Consultante externe	30 min
La première entrevue et les questions posées lors de la supervision	Consultante externe	30 min
Illustration de la première rencontre IPT par un jeu de rôle	Consultante externe et cadre EIPT	1 ½ heure
PM		
Illustration des rencontres IPT subséquentes par des jeux de rôle	Consultante externe, cadre EIPT et membre EIPT	----

9. ANNEXE 2

TYPE DE MESURES MISES EN PLACE POUR PRÉVENIR L'ÉSPT DANS LES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC

9.1 Établissement : 01

Création du programme : 1999 (révisé en 2010)

Clientèle : Le personnel de l'établissement, leurs biens et leurs proches

Types de mesure :

Interne : oui

Externe : oui

Description :

- **Événement individuel:**
 - Rapport d'événement
 - Rencontre avec le gestionnaire : séance de verbalisation avec l'équipe, offrir PAE et jusqu'à cinq jours de congé.
- **Événement de groupe:**
 - Intervention par l'équipe psychosociale dans les 48 heures
 - Gestionnaire: contacte le PAE, peut accorder des congés, rencontres
- **Pour les deux:** libérer l'employé pour les démarches judiciaires

Comités/programmes spéciaux/ autres :

- **Équipe psychosociale:** psychologue, infirmière et travailleurs sociaux
- **Comité paritaire en santé et en sécurité au travail:** S'assure du suivi de l'application de la politique

Nombre d'événements en 2010 : 31 rapports d'événements

9.2 Établissement : 02

Création du programme : 1998

Clientèle : Toute personne à l'emploi du CJ et des entreprises contractantes qui offrent des services, de près ou de loin, à la population de l'établissement (ex. stagiaires, bénévoles, familles d'accueil).

Types de mesure :

Interne : oui

Externe : oui

Description :

- **Immédiatement après l'événement**
 - Offrir les premiers soins
 - Ventilation grâce à collègues, pairs ou chef de service.
- **24 à 72 heures après**
 - Séance de verbalisation (débriefing) par un professionnel ayant une formation en ce domaine.
- **3 à 7 jours après**
 - Analyse objective d'une intervention ou retour objectif sur l'intervention par une personne-ressource du milieu de travail.
- **7 jours après**
 - Externe: PAE (par un professionnel reconnu)
- **Temps variable**
 - Retour supporté par le Service de santé et de sécurité au travail et chef de service : Dresser un plan d'action, répondre aux questions et faire synthèse.
 - Retour avec le client, responsabiliser le client et retour d'entrevue avec le client par cadre supérieur, l'intervenant et une personne-ressource.

Comités/programmes spéciaux/ autres

- **DDOP** (Direction du développement organisationnel et professionnel): s'assure de la mise en place de la procédure et que tous les employés soient au courant. S'assure également de la disponibilité du PAE.
- **CPSST**: comité paritaire qui soutient l'application de la politique et des mesures associées (rôle préventif, rôle conseil et suivi).
- **Personne-ressource**: identifiée par le CPSST. Rôle de prévention et intervention rapide pour accompagner et soutenir la personne qui a vécu un ÉT.

Nombre d'événements en 2010 : non disponible

9.3 Établissement : 03

Création du programme : 2002

Clientèle : Le personnel

Types de mesure :

Interne : oui

Externe : oui

Description :

- **Chef de service ou cadre de garde - première séance de verbalisation:**
 - Séance de verbalisation
 - Réfère à PAE ou psychologue (interne)
 - Voit aux possibilités de recours judiciaires.
- **PAE**
- **Possibilité de congé**
- **Budget maintien à l'emploi**

Comités/programmes spéciaux/ autres :

- **Budget maintien à l'emploi:** Budget pour apporter un soutien aux employés vivant des situations particulières (après ÉT ou au retour de congé maladie). Par exemple: engager une autre personne pour faire le travail avec l'employé afin de favoriser sa confiance.

Nombre d'événements en 2010 :

65 événements sans perte de temps

18 déclarations avec perte de temps

9.4 Établissement : 05

Création du programme : 1991**Clientèle :** Le personnel travaillant pour les CJ**Types de mesure :**Internes : ouiExternes : oui**Description :**

- **Intervention conseil ou d'encadrement du supérieur immédiat:**
 - Supporte l'employé
 - Analyse les faits et les causes avec lui
 - Planifie les actions et coordonne l'application des activités
 - Évalue l'efficacité des mesures
 - Réfère à la direction au besoin
- **L'équipe d'urgence:** guide et apporte du support.
- **Intervention thérapeutique:** PAE, médecin (pour CSST), support de groupe au besoin
- Des services d'aide **légal**, **financière** et de **réadaptation professionnelle** sont possibles.

Comités/programmes spéciaux/ autres :

- **Équipe d'urgence**

Nombre d'événements en 2010 : non disponible

9.5 Établissement : 06

Création du programme : 2001 (protocole de séance de verbalisation) et 2008 (pour l'équipe)**Clientèle :** Le personnel, les parents d'adoption, les stagiaires et bénévoles.**Type de mesures :**Interne : ouiExterne : oui

Description :

- **Séance de verbalisation**
- **Employee Assistance Program (EAP)** : permet d'avoir sept rencontres avec un psychologue.
- **Interventions par le Post-trauma Crisis Intervention Team (PTCIT)**:
 - 1-3 sessions individuelles avec la victime.
 - Identifier les services additionnels (EAP, p.ex.)
 - Permettre des séances de verbalisations de groupes structurés
 - Faire des rencontres avec ceux qui n'ont pas été directement touchés.

Comités/programmes spéciaux/ autres :

- **Violence prevention health and safety services** : un coordinateur, quatre professionnels à temps partiel et un employé de soutien pour la prévention de la violence. Intervention lors d'événements rapportés.
- **PTCIT (Post-trauma Crisis Intervention Team)** : équipe qui inclut des infirmières, des psychologues ou tout autre employé avec des expertises pertinentes qui intervient pour minimiser les effets dommageables d'un ÉT.

Nombre d'événements en 2010 : 148 événements

9.6 Établissement : 07

Création du programme : 2001

Clientèle : Employés

Types de mesure :

Interne : oui

Externe : oui

Description :

- **Supérieur immédiat**:
 - Soutien l'employé
 - Contacte le responsable de santé et sécurité
- **Responsable santé et sécurité**:
 - Référence au PAE
 - Équipe de x
 - Service de santé
- **Équipe de séance de verbalisation**: une à deux rencontres individuelles.
- **DRH**:
 - Évalue les besoins et propose des services
 - Possibilité d'une journée de congé

Comités/programmes spéciaux/ autres :

- **Équipe de séance de verbalisation** : cinq intervenants du CJ de 10 à 25 ans d'expérience formés aux séances de verbalisation par le responsable. Reçoivent formation sur le post-trauma.

Nombre d'événements en 2010 : 127 événements

9.7 Établissement : 08

Création du programme : 2002

Clientèle : Le personnel

Types de mesure :

Interne : oui

Externe : oui

Description :

- **Prévention**: encourager à consulter le personnel de la santé.
- PAE (externe)
- PAV (programme d'aide aux victimes) (interne)

Comités/programmes spéciaux/ autres :

- PAV (programme d'aide aux victimes): 10 rencontres avec un professionnel

Nombre d'événements en 2010 : Huit événements

9.8 Établissement : 10

Création du programme : 1998 (adoption d'une politique contre la violence).

Clientèle : Les employés

Types de mesure :

Interne : oui

Externe : oui

Description :

- **Chaque situation est évaluée individuellement**
- **Supérieur immédiat** :
 - Signale l'événement
 - Peut libérer du temps pour que l'employé fasse les démarches prévues (rapports à remplir)
- PAE (externe)
- PRÊT (externe)
- Psychologue (interne) pour groupe de soutien
- **Mesures administratives** peuvent être prises selon les cas.

Comités/programmes spéciaux/ autres :

- **PRÊT** (programme de réintégration au travail): firme externe

Nombre d'événements en 2010 :

Aucun événement déclaré à la CSST

Une situation dangereuse déclarée

9.9 Établissement : 12

Création du programme : 2005 (adoption d'une politique). Aucune intervention clairement définie.

Clientèle : Les employés, bénévoles et stagiaires.

Types de mesure :

Internes : ?

Externes :?

Description :

- **Supérieur immédiat:**
 - Rencontre l'employé
 - Évalue ses besoins
 - Informe le service de santé et de sécurité au travail
- **Direction des ressources humaines:** apporte soutien et conseils.

Comités/programmes spéciaux/ autres :

Nombre d'événements en 2010 : non disponible

9.10 Établissement : 14

Création du programme : Aucune politique

Clientèle : Le personnel

Types de mesure :

Interne : non

Externe : oui

Description :

- **PAE**
- **Organisme externe :** organisme de prévention du suicide
- **Soutien administratif:** congé autorisé sans solde

Comités/programmes spéciaux/ autres :

Nombre d'événements en 2010 : 4

9.11 Établissement : 15

Création du programme : 2010

Clientèle : Employés

Types de mesure :

Interne : oui

Externe : oui

Description :

- **Supérieur et collègues** :
 - Permettre la ventilation par la verbalisation
 - Aviser la hiérarchie et le Service de santé et de sécurité au travail lorsque des conséquences psychologiques sont à craindre.
- **Service de santé et de sécurité** :
 - Recommande soutien externe du PAM ou rencontre avec spécialistes externes en postvention ou d'autres supports au besoin.
 - Réévaluation des besoins de soutien entre 24 et 48 h après l'événement
- **Volet administratif**: faire enquête, analyse de l'événement, aide au niveau de la CSST

Comités/programmes spéciaux/ autres :

- **Service santé et sécurité au travail**: joue un rôle-conseil et/ou peut servir d'intermédiaire et/ou de référence pour la mise en place de ressources internes ou externes.
- **PAM**: programme d'aide aux employés

Nombre d'événements en 2010 : non disponible