



Centre jeunesse  
de Québec

Institut universitaire

# Intervention à la suite d'un traumatisme ou d'une agression en milieu de travail : efficacité et innocuité de différentes approches d'intervention



Rapport de réponse rapide préparé par :

**Patricia Bouchard, M. Serv. Soc.**  
**Eve-Line Bussièrès, Ph. D, M. Sc. (ETMI)**

Unité d'évaluation des technologies et des modes  
d'intervention en services sociaux

Direction des services professionnels  
et des affaires universitaires

Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

Juin 2014



**Intervention à la suite d'un traumatisme ou  
d'une agression en milieu de travail :  
efficacité et innocuité de  
différentes approches d'intervention**

## **Équipe projet**

Patricia Bouchard, M. Serv. Soc.  
Agente de planification, de programmation et de recherche

Eve-Line Bussièrès, Ph.D, M. Sc. (ETMI)  
Chercheure d'établissement  
Responsable scientifique de l'UETMISS

## **Comité de suivi**

Magalie Chevallier, chef de service  
Direction des ressources humaines

Louis Mc Clish, directeur  
Direction des services de réadaptation en internat et en foyer de groupe

## **Secrétariat et mise en page**

Agentes administratives  
Direction scientifique et Direction des services professionnels et des affaires universitaires

## **Comment citer ce document**

Bouchard, P., & Bussièrès, E.L. (2014). *Intervention à la suite d'un traumatisme ou d'une agression en milieu de travail : efficacité et innocuité de différentes approches d'intervention*. Rapport de réponse rapide. ETMISS, Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (CJQ-IU), 51 p.

## **Financement**

Ce projet a été financé en partie par la Direction des ressources humaines et en partie par le budget de l'UETMISS, tous deux du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire.

## **Divulgence de conflits d'intérêts**

Aucun conflit rapporté par les membres de l'UETMISS.

Dans le présent document, le générique masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition d'en mentionner la source.

Production : © Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire  
Direction des services professionnels et des affaires universitaires  
2915, avenue du Bourg-Royal  
Québec (Québec) G1C 3S2

Téléphone : 418 661-6951  
Télécopieur : 418 661-5102  
Site Internet : [www.centrejeunessedequébec.qc.ca](http://www.centrejeunessedequébec.qc.ca)

## Table des matières

Avant-propos.....	ix
Introduction.....	1
1.1. Contexte entourant la demande.....	1
1.2. Question décisionnelle et d'évaluation.....	1
1.3. Informations générales.....	2
2. Méthode.....	4
2.1. Recherche documentaire.....	5
2.1.1. Sélection des études.....	6
2.1.2. Évaluation de l'éligibilité.....	6
2.1.3. Extraction des données.....	6
3. Résultats de la recherche documentaire.....	6
3.1. Bilan des recherches.....	7
3.2. Résultats issus des méta-analyses retenues pour l'extraction des données.....	8
3.3. Résultats obtenus lors de l'analyse de la littérature grise.....	10
3.3.1. Bilan des recherches et des documents pertinents identifiés.....	10
3.3.2. Résumé des guides de pratique retenus.....	11
3.3.3. Informations obtenues des ordres professionnels.....	17
3.3.4. Avis du Contentieux.....	17
4. Constats à la suite de la synthèse des évidences obtenues dans la littérature scientifique et la littérature grise.....	18
Conclusion.....	23
Lectures suggérées.....	25
Références.....	27

## Liste des tableaux

Tableau 1 <i>Dimensions abordées et sources d'information</i> .....	5
Tableau 2 <i>Critères d'inclusion pour l'éligibilité (PICOT)</i> .....	6
Tableau 3 <i>Résultats de l'évaluation de la qualité des revues systématiques et des méta-analyses selon la grille AMSTAR</i> .....	7
Tableau 4 <i>Synthèse des informations recueillies à partir de la littérature grise et scientifique</i> .....	20

## **Annexes**

Annexe A	Stratégie de recherche documentaire.....	31
Annexe B	Critères diagnostiques de l'ESPT et de l'ESA tirés du DSM-IV et du DSM-V .....	33
Annexe C	Recension de la littérature grise .....	37
Annexe D	Synthèses des méta-analyses incluses .....	39
Annexe E	Grilles AGREE II .....	45
Annexe F	Extraits des codes de déontologie des psychologues du Québec et des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec – À jour au 1er avril 2014 .....	47
Annexe G	Avis juridique du contentieux du CJQ-IU.....	49
Annexe H	Programme d'évaluation et de gestion des actes de violence .....	53
Annexe I	Experts québécois qui travaillent sur l'ESPT.....	55

## Liste des abréviations et des acronymes

<b>ACPMH</b>	Australian Centre for Posttraumatic Mental Health
<b>AGREE</b>	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation
<b>AMSTAR</b>	Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews
<b>ASC</b>	Acute Stress Disorder
<b>CJQ-IU</b>	Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire
<b>DRH</b>	Direction des ressources humaines
<b>EMDR</b>	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
<b>EPT</b>	Événement potentiellement traumatique (incident traumatique et événement traumatique)
<b>ESA</b>	État de stress aigu
<b>ESPT</b>	État de stress post-traumatique
<b>ETMISS</b>	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en services sociaux
<b>NCTSN</b>	National Child Traumatic Stress Network
<b>NHMRC</b>	National Health and Medical Research Council
<b>NICE</b>	National Institute for Clinical Excellence (UK)
<b>OPQ</b>	Ordre des psychologues du Québec
<b>OTSTFCQ</b>	Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
<b>PAE</b>	Programme d'aide aux employés
<b>PFA</b>	Psychological First Aid
<b>PICOT</b>	Population – Intervention – Comparateur – Outcomes – Timing
<b>PTSD</b>	Posttraumatic stress disorder
<b>TCC-T</b>	Thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma
<b>TF-CBT</b>	Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy
<b>UETMISS</b>	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en services sociaux





## **Avant-propos**

Le présent projet d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en services sociaux (ETMISS) offre un éclairage sur l'intervention à privilégier à la suite d'un événement traumatique vécu chez un intervenant dans le cadre de son travail. Il consiste également à préciser qui devrait prendre en charge ces interventions.

Afin de répondre à ce questionnement, quatre dimensions ont été abordées : l'efficacité et l'innocuité des interventions de même que les dimensions éthique/déontologique et légale. Celles-ci ont été documentées à l'aide de différentes sources de données (littératures grise et scientifique, les codes de déontologie des ordres professionnels des psychologues et des travailleurs sociaux et le Service du contentieux du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (CIQ-IU).

Bien que systématique, cette recherche ne prétend pas à l'exhaustivité. Compte tenu de la quantité et de la qualité des informations recueillies, elle constitue néanmoins une source d'information fiable à propos de l'état du travail réalisé au CJIQ-IU, de la terminologie à employer et des interventions à privilégier.

Pour un aperçu des principaux constats observés, le lecteur est invité à consulter la section 4.



## Introduction

Le présent document fournit un éclairage sur les interventions à mettre en place pour prévenir l'état de stress post-traumatique (ESPT). Il met l'accent sur les meilleures pratiques en vigueur dans ce domaine. Bien que ce document ne porte pas sur les traitements de l'ESPT, il importe de mentionner que ceux-ci sont présentés dans les guides de pratiques suggérés. En effet, les guides repérés traitent à la fois de la prévention et du traitement de l'état de stress aigu (ESA) et de la prévention de l'ESPT.

### 1.1. Contexte entourant la demande

Au Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (CJQ-IU), le terme postvention réfère aux activités visant le traitement et le rétablissement des personnes ayant été exposées à un événement violent ou traumatisant. L'intervention de postvention peut comprendre une ou des rencontre(s) de suivi avec différents acteurs (chef de service, collègue, psychologue à l'interne ou à l'externe, intervenant du programme d'aide aux employés (PAE), etc.). Dans ce contexte, le plan d'action *Entreprise en santé-Élite 2013* veut poursuivre son offre de service en matière de postvention et souhaite obtenir d'une part, un état de situation des services offerts et d'autre part, connaître les meilleures pratiques à mettre en place lors d'événement violent ou traumatisant. Le présent rapport documente le second aspect.

En septembre 2013, une chef de service de la Direction des ressources humaines (DRH) du CJQ-IU s'est adressée à l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en services sociaux (UETMISS) du CJQ-IU, afin d'obtenir une recension des données probantes sur l'intervention à mettre en place auprès des intervenants sociaux ayant subi une agression ou un traumatisme dans le cadre de leurs fonctions. La requête de la DRH visait d'abord à préciser qui devrait faire la postvention auprès de ces intervenants et ensuite vérifier si la méthode actuelle, effectuée par des collègues de l'établissement, est adéquate au regard non seulement de l'efficacité de la méthode, mais aussi des aspects relatifs à l'éthique et à la confidentialité. Cette question initiale a été reformulée et validée avec le demandeur (en l'occurrence la DRH).

### 1.2 Question décisionnelle et d'évaluation

#### Question décisionnelle

Qui devrait faire la postvention auprès des intervenants ayant subi un(e) traumatisme/agression? Est-ce que la méthode actuelle, effectuée par des collègues de l'établissement, est adéquate et éthique, au regard non seulement de l'efficacité de la méthode mais aussi des aspects relatifs à l'éthique et la confidentialité ?

#### Question d'évaluation (PICOT)

La question retenue aux fins de cette ETMISS (réponse rapide) est la suivante : Quelle est l'efficacité et l'innocuité d'une intervention de postvention effectuée par des collègues d'intervenants ayant subi un traumatisme ou une agression dans le cadre de leur travail, en comparaison avec une intervention de postvention effectuée par un organisme externe, sur le bien-être des intervenants?

## 1.3 Informations générales

### 1.3.1 Précision de la terminologie

La recherche documentaire exploratoire a permis de préciser la terminologie. Dans la présente section, les définitions des principaux concepts retenus aux fins de cette réponse rapide sont présentées (la liste des mots-clés utilisés pour la recherche documentaire est disponible à l'Annexe A).

- **Postvention**

Dans la littérature scientifique, le terme postvention est associé aux interventions mises en place en suicidologie (prévention ou intervention après un suicide). Dans ce contexte, la recherche documentaire a porté sur les interventions à mettre en place à la suite d'événements traumatiques. Ainsi, les termes de recherche (mots-clés) associés à la prévention d'un état de stress post-traumatique (ESPT ou du trouble de stress post-traumatique) et aux interventions à mettre en place pour prévenir et traiter l'état de stress aigu (ESA ou le trouble de stress aigu) ont été privilégiés, car ces deux états se développent en réaction à un événement traumatique.

- **Événement traumatique**

Un événement est dit traumatique lorsqu'une personne est confrontée à la mort, à la peur de mourir ou lorsque son intégrité physique ou celle d'une autre personne a pu être menacée. Cet événement doit également provoquer une peur intense, un sentiment d'impuissance ou un sentiment d'horreur (*American Psychiatric Association, 1994*).

- **Debriefing, critical incident stress debriefing (CISD) et critical incident stress management (CISM)**

Dans la littérature sur l'intervention de crise, plusieurs modèles de *débriefing* sont identifiables. De plus, les termes *débriefing* psychologique (DP ou *Psychological debriefing*) et « *débriefing* des incidents critiques » (CISD ou *Critical Incident Stress Debriefing*) sont souvent utilisés de façon interchangeable. Plus récemment, un autre concept, soit la « gestion de contrainte de l'incident critique » (CISM ou *Critical Incident Stress Management*), a été développé. Une brève définition de ces trois concepts est présentée.

Le ***débriefing* psychologique (DP)** est une forme d'intervention post-traumatique qui a vu le jour aux États-Unis au début des années 1980 (Mitchell, 1983). Il vise à réduire les risques de développer des séquelles psychologiques (état de stress aigu ou ESPT) après avoir été exposé à un événement traumatique. Cette intervention est basée sur les principes de la ventilation et représente une occasion de parler de l'expérience vécue. Le DP permet de normaliser les réactions vécues à la suite d'un événement traumatique et d'accélérer la récupération psychologique (diminuer le niveau de détresse à la suite de l'incident critique). Essentiellement, le DP encourage l'expression émotionnelle et favorise la restructuration cognitive. Cette intervention est habituellement mise en place entre 24 et 72 heures après l'événement.

Le DP ne doit pas être effectué lorsque les participants sont encore en état de choc ou nient ce qui s'est passé. Le DP permet d'identifier rapidement les personnes qui auraient besoin d'une aide professionnelle supplémentaire. Cela dit, le DP ne doit pas être confondu avec le *débriefing* opérationnel qui vise plutôt à faire le bilan d'un événement et à en tirer des leçons pour le futur (ACPMH, 2013; Marchand, 2013).

Le **débriefing des incidents critiques** (*Critical Incident Stress Debriefing* ou CISD) est une technique d'intervention de crise mise en place pour les services d'urgence également développée dans les années 1980 (Dyregrov, 1989; Mitchell, 1983; Mitchell et Everly, 1997). Il s'agit d'une forme spécifique de *débriefing* s'articulant principalement autour d'interventions de groupe. Il s'appuie sur les processus de reconstruction de l'événement traumatique, la ventilation et la normalisation et comporte un volet de formation structurée. Plus récemment, le CISD a été fusionné dans le cadre d'activités d'autoassistance et les processus organisationnels structurés, appelés gestion de contrainte de l'incident critique (*Critical Incident Stress Management* ou CISM) (Everly et Mitchell, 1999). Le CISM est une approche clinico-administrative permettant de répondre/prévenir les séquelles psychologiques susceptibles de survenir après un événement traumatique. Le CISM définit la procédure à suivre de la phase préincident jusqu'au suivi postcrise (Everly, Flannery et Mitchell, 2000). Il vise tant l'intervention individuelle qu'en petits ou grands groupes (familles, organisations et communautés).

- **État (ou trouble) de stress post-traumatique (ESPT – posttraumatic stress disorder)**

L'état de stress post-traumatique (ESPT) est un trouble qui se développe en réaction à un traumatisme. Selon les critères diagnostiques du DSM-IV, l'ESPT est un trouble réactionnel qui peut apparaître à la suite d'un événement traumatique. Une personne qui développe un état de stress post-traumatique présente trois grandes classes de symptômes :

- Elle revit continuellement la scène traumatique en pensées ou en cauchemars (symptômes de reviviscence);
- Elle cherche à éviter, volontairement ou involontairement, tout ce qui pourrait lui rappeler de près ou de loin le trauma (symptômes d'évitement et d'engourdissement émotionnel);
- Elle est fréquemment aux aguets et en état d'hypervigilance (symptômes d'hyperéveil), et ce, malgré l'absence de danger imminent.

- **État (ou trouble) de stress aigu (ESA – Acute Stress Disorder)**

En 1994, l'état de stress aigu (ESA) fait son entrée dans le manuel (DSM). Il englobe tant les réactions de survenue immédiate que les réponses postimmédiates perdurant jusqu'à quatre semaines après et exige qu'au moins trois des cinq troubles dissociatifs suivants soient présents :

- Un engourdissement émotionnel (un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réaction émotionnelle);
- Une impression de déréalisation;
- Une impression de dépersonnalisation;
- Une réduction de la conscience de son environnement (ex. : « être dans le brouillard »);
- Une amnésie dissociative (ex. : incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme).

Cette entité se limite aujourd'hui à identifier les victimes souffrant de réactions de stress sévères dans la période de latence pendant laquelle le diagnostic d'ESPT ne peut être posé.

- **Différences entre l'ESA et L'ESPT**

L'ESA est caractérisé par des symptômes similaires à ceux de l'état de stress post-traumatique. Bien que les critères diagnostiques de l'ESA et l'ESPT se chevauchent, les principales différences résident dans la durée des symptômes requise pour émettre le diagnostic. L'ESA est diagnostiqué

entre deux jours et un mois suivant l'événement critique. Lorsque les symptômes persistent plus longtemps qu'un mois, le diagnostic de stress post-traumatique est posé. L'ESPT aigu est diagnostiqué lorsque les symptômes persistent entre un et trois mois alors que l'ESPT chronique est diagnostiqué lorsque les symptômes sont présents depuis trois mois ou plus (pour des précisions sur les critères diagnostiques du DSM-IV et du DSM-V, consultez l'Annexe B).

À noter que les études ont prouvé que si la grande majorité des individus manifestant un tableau de stress aigu souffrent plus tard d'un syndrome chronique, bon nombre de victimes affectées par un ESPT n'ont pas présenté de trouble de stress aigu. L'ESA s'est ainsi révélé un critère sensible, mais peu spécifique à prédire le devenir des individus confrontés à un événement adverse.

- **Premiers soins psychologiques (Psychological First Aid – PFA)**

Le but du PFA est d'offrir une aide immédiate de soutien en vue de réduire la détresse et de répondre aux besoins immédiats des victimes exposées à un traumatisme. Il s'agit d'une aide non-interventionniste, soutenue par des experts en santé mentale, dont les objectifs sont de :

- Réconforter et soutenir la personne exposée et vivant des difficultés;
- Protéger la personne des sources de menace ou de détresse supplémentaires, y compris les médias, témoins et collègues insensibles;
- Répondre aux besoins physiques immédiats et apporter une aide concrète;
- Faciliter le soutien social (ex. : accès à la famille par téléphone);
- Écouter activement et encourager la personne, si elle souhaite parler de son expérience, respecter son désir, si elle ne souhaite pas en parler;
- Offrir un accès à l'information y compris sur l'événement (ce qui s'est passé, qui est touché, où se trouvent les autres maintenant);
- Fournir des informations sur des réactions courantes à la suite d'un traumatisme, y compris des réactions d'adaptation et de récupération naturelles;
- Faciliter la trajectoire de soins et le recours aux ressources d'aide;
- Favoriser l'accès à des conseils professionnels et à des traitements spécifiques des traumatismes;
- Encourager la prise d'objectifs réalistes concernant la réinsertion au travail;
- Exprimer de l'appréciation au travailleur exposé. Des petits signes de soutien peuvent faire toute la différence.

## 2. Méthode

Plusieurs dimensions ont été retenues afin de répondre à la question d'évaluation. Le tableau suivant résume les différentes dimensions abordées et les sources de données qui leur sont associées.

**Tableau 1*****Dimensions abordées et sources d'information***

DIMENSIONS	SOURCES DE DONNÉES
Efficacité	Revue de littérature (grise et scientifique).
Innocuité	Revue de littérature (grise et scientifique).
Éthique/déontologique	Consultation des codes de déontologie de différents ordres professionnels concernés.
Légale	Avis légal du Contentieux.

**2.1 Recherche documentaire**

- **Littérature scientifique**

Étant donné la nature de ce mandat (réponse rapide), une recension partielle de la littérature scientifique publiée entre janvier 2008 et décembre 2013 a été réalisée.

Les études de synthèse avec ou sans méta-analyse et les essais cliniques randomisés (ECR) portant sur l'efficacité et l'innocuité des approches de postvention ont été recherchés dans les bases de données suivantes : *PsycInfo* et *Abi/informe complete*. La stratégie documentaire, incluant les mots-clés utilisés, est présentée à l'Annexe A.

- **Littérature grise (non-publiée)**

L'examen de la littérature grise visait à identifier trois types de documents.

Premièrement, des guides de pratique fondés sur des données probantes. Divers sites Web ont été consultés pour les identifier, notamment la bibliothèque de *Cochrane Collaboration* et de *Campbell Collaboration* et le site Web du *National Institute of Clinical Excellence* (NICE) (la liste complète des sites consultés est disponible à l'Annexe C).

Deuxièmement, la recherche avait pour but d'identifier des documents décrivant des programmes mis en place dans des milieux similaires ou connexes comme les autres centres jeunesse, les milieux policiers ou correctionnels québécois.

Troisièmement, cette recherche avait pour but d'adresser les dimensions éthique et légale entourant les modalités de pratique. Ainsi, la consultation de documents officiels des ordres professionnels suivants a été effectuée : Ordre des psychologues du Québec (OPQ) et Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) (ex. Code de déontologie). Concernant la dimension légale, une demande d'avis légal a été adressée au Service du contentieux du CJQ-IU.

**Tableau 2****Critères d'inclusion pour l'éligibilité (PICOT)**

<b>Population</b>	Intervenants qui ont vécu un épisode traumatisant ou une agression dans le cadre de leur travail.
<b>Intervention</b>	Postvention effectuée par des collègues (psychologues ou chefs de service) à l'intérieur de l'établissement.
<b>Comparateur</b>	Postvention effectuée par un organisme professionnel indépendant.
<b>Résultat</b>	Effets sur le bien-être des intervenants.
<b>Années</b>	2008-2013.
<b>Type de documents</b>	Rapports d'ETMI, guides de pratique fondés sur des données probantes, revues systématiques et méta-analyses.

**2.1.1 Sélection des études**

La sélection des documents identifiés lors de la recherche documentaire a été effectuée par une professionnelle (P. B.) et validée par la chercheuse et responsable scientifique de l'UETMISS (E.-L. B.). Les désaccords ont été réglés par consensus.

**2.1.2 Évaluation de l'éligibilité**

L'évaluation de l'éligibilité a été effectuée par une professionnelle (P. B.) et validée par la chercheuse de l'UETMISS (E.-L. B.). Dans un premier temps, la pertinence des études a été évaluée en fonction des critères d'éligibilité (Tableau 1).

Ensuite, la qualité des études a été effectuée à l'aide de la grille *Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews* (AMSTAR) (Shea *et al.*, 2007) pour les études de synthèses et de la grille *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II* (AGREE II) pour les guides de pratiques (Centre de collaboration nationale des méthodes et outils, 2011).

**2.1.3 Extraction des données**

L'extraction des données a été effectuée par un évaluateur (P. B.) et validée par la chercheuse et responsable scientifique de l'UETMISS (E.-L. B.).

**3. Résultats de la recherche documentaire****Résultats obtenus à partir de la littérature scientifique**

D'emblée, il importe de préciser qu'à la suite d'une recherche documentaire exploratoire, les critères d'inclusion ont dû être élargis (Tableau 2), car les études repérées ne correspondaient pas exactement aux critères du PICOT au regard de la comparaison entre l'intervention réalisée à l'interne et à l'externe. En accord avec le comité de suivi, il a été convenu de s'intéresser aux études concernant les interventions à mettre en place à la suite d'événements traumatiques, soit celles associées à la prévention d'un état post-traumatique (ESPT) et celles mises en place pour prévenir et traiter l'état de stress aigu (ESA). De plus, pour s'assurer de répondre à la question initiale concernant l'aspect « qui devrait faire l'intervention », il a été convenu d'inclure les dimensions éthique/déontologique et légale (Tableau 1).

La recherche réalisée à partir des différents mots-clés (Annexe A) a permis de repérer 1298 articles (doublons non exclus) dans la littérature scientifique. De ce nombre, 93 études ont été retenues sur



la base du titre et du résumé. Étant donné la disponibilité de recensions des écrits et de méta-analyses récentes sur le sujet, et compte tenu de la nature brève de cette ETMISS, aucune étude primaire n'a été retenue. Sept méta-analyses ont été sélectionnées pour une analyse approfondie.

### 3.1 Bilan des recherches

Parmi les 93 études retenues sur la base du titre et du résumé, sept revues systématiques ou méta-analyses ont été sélectionnées. La qualité de ces études a été évaluée à l'aide de la grille AMSTAR (Shea *et al.*, 2007). Le tableau suivant présente les résultats de cette évaluation.

**Tableau 3**

#### **Résultats de l'évaluation de la qualité des revues systématiques et des méta-analyses selon la grille AMSTAR**

Facteurs de qualité (AMSTAR)	Forneris <i>et al.</i> (2013)	Roberts <i>et al.</i> (2010)	Rose, Bisson, Churchill et Wessely (2009)	Tannenbaum et Cerasoli (2012) *	Skeffington <i>et al.</i> (2013) *	Roberts <i>et al.</i> (2009)	Roberts <i>et al.</i> (2012)
1. Plan établi « a priori ».	1	1	1	1	1	1	1
2. Extraction par deux personnes indépendantes.	1	1	1	1	0	1	1
3. Recherche de littérature complète.	1	1	1	1	1	1	1
4. Statut de publication n'est pas un critère d'inclusion.	1	1	1	1	1	1	1
5. Liste des études incluses et exclues fournie.	0	1	1	0	0	1	1
6. Caractéristiques des études incluses.	1	1	1	0	1	1	1
7. Évaluation de la qualité scientifique des études incluses.	1	1	1	0	0	1	1
8. Qualités scientifiques des études sont considérées.	1	1	1	0	0	1	1
9. Méthodes appropriées pour combiner les études (test d'homogénéité).	1	1	1	1	0	1	1
10. Évaluation du biais de publication.	1	1	1	0	0	1	1
11. Documentation de conflit d'intérêts.	0	1	1	0	0	1	1
<b>Score de qualité (max. de 11).</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	<b>11</b>

\* Études non-incluses dans l'extraction compte tenu du faible score d'évaluation de la qualité.

Au tableau 3, on observe que deux études obtiennent des scores de qualité plus faibles. Compte tenu des limites qu'elles présentent, ces deux études n'ont pas été considérées pour l'extraction et leurs résultats ne sont pas rapportés dans la prochaine section.

### 3.2. Résultats issus des méta-analyses retenues pour l'extraction des données

Cette section présente une brève synthèse narrative des cinq méta-analyses retenues. L'information détaillée concernant ces méta-analyses est disponible à l'Annexe D.

#### Méta-analyse 1

ROSE, S.C., BISSON J., CHURCHILL R. et WESSELY S. (2009). *Psychological Debriefing for Preventing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) (Review)*. The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.

Cette méta-analyse évalue l'efficacité du *débriefing* psychologique bref (*brief psychological debriefing*) pour la gestion de la détresse psychologique et la prévention de l'ESPT susceptibles d'être vécus à la suite d'un événement traumatique. Il s'agit de la troisième mise à jour de l'étude « review of single session psychological debriefing » réalisée en 1997. Dans le cadre de cette étude, les trois comparaisons suivantes sont effectuées :

- *Débriefing* vs groupe contrôle;
- *Débriefing* vs intervention éducationnelle;
- *Débriefing* immédiat vs *débriefing* retardé.

Pour les auteurs, les résultats ne permettent pas de conclure qu'une séance unique de *débriefing* psychologique (*single session individual psychological debriefing*) offerte en individuel est utile pour la prévention de l'ESPT susceptible de se développer après un événement traumatique. Le *débriefing* psychologique est équivalent, ou pire, que les interventions de contrôle (ex. : liste d'attente) ou d'éducation pour prévenir ou réduire la sévérité d'un ESPT, la dépression, l'anxiété ou la morbidité psychologique générale. En effet, certaines études incluses dans cette méta-analyse suggèrent que le DP peut augmenter le risque de développer un ESPT ou la dépression. Non seulement l'efficacité de cette approche n'est pas démontrée dans la littérature, mais des effets indésirables sont documentés. En conséquence, les auteurs soulignent que le *débriefing* obligatoire mis en place pour les victimes de traumatismes devrait cesser. La réponse appropriée à mettre en place à la suite d'un événement traumatique doit inclure un modèle de dépistage et de traitement tel que suggéré par NICE (2005).

#### Méta-analyse 2

ROBERTS, N.P., KITCHINER N.J., KENARDY, J. et BISSON, J.I. (2010). *Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder (Review)*. The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.

Cette méta-analyse évalue l'efficacité d'offrir précocement des « séances multiples d'intervention psychologique » (à l'intérieur des trois mois suivants un événement traumatique) afin de prévenir l'ESPT. Les interventions comparées dans cette méta-analyse incluent les thérapies psychologiques basées sur un modèle théorique spécifique (ex. : Trauma focused cognitive behavioural therapy, Stress management/relaxation, TF-CBT Group Therapy, Cognitive behavioural therapy (CBT), Eye Movement Desensitisation and Reprocessing, etc.). Les séances uniques de DP ont été exclues.

Chez certains individus, les résultats soutiennent que les séances multiples d'intervention psychologique précoce peuvent être pires que l'absence d'intervention pour prévenir l'ESPT.

D'autres recherches sont toutefois nécessaires afin d'évaluer les meilleures façons de fournir une aide psychologique précocement après un événement traumatique. En effet, la nature hétérogène des interventions comparées dans cette étude laisse planer une incertitude quant à l'évaluation de l'efficacité de ces interventions.

En somme, les résultats de cette méta-analyse ne recommandent aucune intervention psychologique pour une utilisation régulière (*routine use*) à la suite d'un événement traumatique. Ils indiquent que les séances multiples d'intervention, tout comme les séances uniques (Rose *et al.*, 2009), peuvent avoir des effets adverses pour certains individus. Compte tenu de ces résultats, les auteurs concluent que les sessions d'interventions multiples dirigées à toutes les personnes exposées à un événement traumatique ne devraient pas être utilisées.

### **Méta-analyse 3**

FORNERIS, C.A., GARTLEHNER, G., BROWNLEY, K.A., GAYNES, B.N., SONIS, J., COKER-SCHWIMMER, E., JONAS, D.E., GREENBLATT, A., WILKINS, T.M., WOODDELL, C. et LOHR, K.N. (2013). Interventions to Prevent Post-traumatic Stress Disorder. A Systematic Review. *American journal of Prevention Medicine*, 44 (6), 635-650.

L'objectif de cette méta-analyse est d'évaluer l'efficacité (*efficacy et effectiveness*) et les préjudices des interventions psychologiques, pharmacologiques et émergentes pour prévenir l'ESPT. À l'exception des études sur le *débriefing*, pour lesquelles les évidences sont largement suffisantes pour évaluer l'efficacité, les auteurs de cette méta-analyse observent une insuffisance d'évidences pour tirer des conclusions, quant à l'efficacité des autres interventions examinées (interventions pharmacologiques ou interventions émergentes). Néanmoins, selon les résultats obtenus, la thérapie cognitivo-comportementale brève pourrait réduire la sévérité des symptômes associés à l'ESPT chez les personnes présentant un trouble de stress aigu, alors que les soins basés sur la collaboration (*collaborative care*) pourraient aider à diminuer la sévérité des symptômes post-incident. Enfin, le *débriefing* serait inefficace pour réduire l'incidence de l'ESPT ou la sévérité des symptômes associés à l'ESPT ou la dépression.

Parmi les 19 études retenues dans cette méta-analyse, seulement trois sont considérées pour les calculs méta-analytiques, ce qui est insuffisant pour tirer des conclusions. De plus, le fait qu'elles aient été réalisées par le même auteur peut induire certains biais. En conséquence, les résultats de cette méta-analyse doivent être interprétés avec prudence.

### **Méta-analyse 4**

ROBERTS, N. P., KITCHINER, N.J., KENARDY, J. et BISSON, J.I. (2009). Systematic Review and Meta-Analysis of Multiple-Session Early Interventions Following Traumatic Events. *American Psychiatry*, 166 (3), 293-301.

Dans cette méta-analyse, les auteurs ont voulu déterminer l'efficacité des séances multiples d'intervention psychologique précoces pour prévenir et traiter les individus présentant des symptômes reliés au stress post-traumatique à l'intérieur des trois mois suivants un événement traumatique.

D'après les auteurs, aucune preuve ne permet de conclure que les séances multiples d'intervention mises en place après un événement traumatisant sont efficaces pour toutes les personnes, indépendamment de leurs symptômes. Néanmoins, chez les personnes symptomatiques, l'approche cognitivo-comportementale axée sur le trauma (*Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy* ou

TF-CBT) est significativement supérieure à l'absence de traitement ou aux thérapies habituelles pour réduire les symptômes de stress traumatique, mais l'ampleur des effets est variable. Elle est grande pour les individus qui sont diagnostiqués avec un état de stress aigu ou un ESPT aigu. Les bénéfices de cette approche pour les individus symptomatiques qui ne rencontrent pas les critères de ces états de stress (stress aigu ou ESPT) sont faibles.

Selon les résultats, l'utilisation d'une approche cognitivo-comportementale axée sur le trauma (TF-CBT), utilisée à l'intérieur des trois mois suivants l'événement traumatique, apparaît efficace pour les individus qui présentent des symptômes de stress traumatique, et spécialement ceux qui rencontrent le seuil du diagnostic clinique.

### **Méta-analyse 5**

ROBERTS, N.P., KITCHINER, N.J., KENARDY, J. et BISSON, J.I. (2012). *Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms (Review)*. *The Cochrane Collaboration*. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.

La présente étude vise à identifier les interventions qui permettent de traiter l'état de stress aigu vécu à la suite d'un événement traumatique.

Les évidences scientifiques soutiennent l'utilisation de la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma (TCC-T ou *Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy* - TF-CBT) auprès des personnes ayant vécu un événement traumatique. Étant donné le nombre de biais identifié dans les études, ce résultat doit cependant être traité avec précaution. D'autres études sont nécessaires pour évaluer les effets à long terme de la TCC-T, pour identifier les effets potentiels des autres formes d'intervention et les moyens les plus efficaces pour fournir une aide psychologique dans les premiers moments suivant un événement traumatique.

Néanmoins, les évidences scientifiques actuelles soutiennent l'utilisation de la TCC-T auprès des personnes ayant vécu un événement traumatique comparativement à la liste d'attente pour les interventions de soutien (counseling). Cela dit, la qualité des études incluses dans cette méta-analyse est variable et les échantillons considérés dans ces études sont souvent faibles.

Compte tenu de l'hétérogénéité clinique observée entre les études incluses et de l'hétérogénéité statistique inexplicée observable dans certaines comparaisons, les résultats de cette méta-analyse doivent être interprétés avec prudence. D'autres études, basées sur des périodes de suivi plus longues, sont nécessaires pour tester l'efficacité de l'intervention TCC-T et des autres formes d'intervention pour le traitement des symptômes associés à l'état de stress aigu.

## **3.3. Résultats obtenus lors de l'analyse de la littérature grise**

### **3.3.1 Bilan des recherches et des documents pertinents identifiés**

Cette section fait état des prescriptions/orientations rapportées dans les guides de pratique (lignes directrices) développés par des organismes internationaux. Ceux-ci ont été retenus sur la base de leur crédibilité (fréquemment cités dans la littérature scientifique), de leur actualité et de la rigueur méthodologique (analyse critique de la littérature scientifique et regroupement d'experts) privilégiée pour leur développement. De plus, les guides de pratique retenus devaient comporter des éléments concernant la prévention ou le traitement de l'état de stress aigu (ESA ou Acute Stress Disorder – ASD) ou de la prévention l'état de stress post-traumatique (ESPT ou Posttraumatic Stress Disorder – PTSD).

Parmi les différents guides repérés, seules les recommandations issues des guides de l'*Australian Centre for Posttraumatic Mental Health* (ACPMH) et du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) sont présentées dans cette section. La qualité des deux guides retenus en fonction des trois critères susmentionnés a été évaluée au préalable à l'aide de la grille *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II* (AGREE II) (Annexe E).

### 3.3.2 Résumé des guides de pratique retenus

Cette section rend compte des recommandations émises dans les guides de pratique clinique pour le traitement de l'ESA ou la prévention ESPT. Les guides retenus (NICE, 2005 et ACPMH, 2013) respectent de hauts niveaux de standards de développement (AGREE, 2001 et NHMRC, 2011) et reposent sur trois types d'évidences :

- Les évidences provenant de la recherche scientifique;
- Les évidences provenant des rapports de comités ou opinions et des expériences menées par des autorités respectées;
- Les recommandations de bonnes pratiques basées sur l'expérience clinique des membres du groupe de développement du guide.

#### **PRÉSENTATION DU GUIDE 1:**

*Australian Guidelines for the Treatment of Acute Stress Disorder & Posttraumatic Stress Disorder.*  
Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (ACPMH), 2013.

Le guide de l'ACPMH est développé selon la méthodologie proposée par l'*Australian National Health and Medical Research Council* (NHMRC). Il s'agit de la mise à jour de l'*Australian Guidelines for the Treatment of Acute Stress Disorder & Posttraumatic Stress Disorder* (2007) qui, pour sa part, incluait les revues systématiques produites par le *NICE guidelines* (2005) et le *Veterans Affairs/Department of Defense guidelines* (VA/DoD, 2004).

Les recommandations répertoriées dans ce guide de pratique ne sont pas prescriptives. C'est-à-dire que ce guide présente des orientations sur les interventions les plus appropriées à mettre en place après un événement traumatique, en soulignant que l'intervenant devrait toujours utiliser son expertise et son jugement clinique pour appliquer les recommandations. Leurs mises en œuvre doivent tenir compte des besoins de chaque personne, du contexte et des circonstances entourant l'événement traumatique.

Le guide de l'ACPMH fournit des recommandations sur le dépistage, l'évaluation diagnostique, la planification de l'intervention, les interventions précoces suivant une exposition à un traumatisme, le traitement du PTSD, le traitement dans les conditions de comorbidité et la réhabilitation psychosociale. Il fournit également des recommandations pour l'intervention auprès des enfants et des adolescents.

Dans cette section, seules les recommandations qui permettent de répondre aux questions initiales de la présente ETMISS sont présentées. Celles-ci correspondent aux questions 3 à 7 des 24 questions documentées dans l'ACPMH (2013) :

Questions de recherche retenues	
3.	Pour les personnes exposées à un événement traumatique, est-ce que les interventions psychologiques précoces améliorent la situation comparativement à l'absence d'intervention?
4.	Pour les personnes exposées à un événement traumatique, est-ce qu'une intervention psychologique précoce procure un avantage en comparaison avec d'autres interventions précoces?
5.	Pour les personnes exposées à un événement traumatique, est-ce que les interventions pharmacologiques précoces améliorent la situation comparativement à l'absence d'intervention?
6.	Pour les personnes exposées à un événement traumatique, est-ce que les interventions pharmacologiques précoces améliorent la situation comparativement à d'autres types d'interventions pharmacologiques?
7.	Pour les personnes exposées à un événement traumatique, est-ce que l'intervention précoce unique est plus efficace que les interventions précoces multiples?

Afin de bien comprendre les recommandations du guide, il est essentiel de rappeler la légende suivante :

Légende pour l'interprétation des recommandations du guide de l'ACPMH (2013)		
<b>R</b>	Recommandations basées sur les preuves scientifiques, classées selon quatre grades (A : les plus fortes évidences à D : les plus faibles évidences).	<p><b>A</b> Les évidences peuvent être considérées avec confiance pour guider la pratique.</p> <p><b>B</b> Les évidences peuvent être considérées avec confiance pour guider la pratique dans la plupart des situations.</p> <p><b>C</b> Les évidences offrent un certain soutien pour la recommandation, mais sa mise en application doit être faite avec soin.</p> <p><b>D</b> Les évidences sont faibles et la recommandation doit être appliquée avec prudence.</p>
<b>CP</b>	Consensus Point (consensus d'experts).	Utilisée pour répondre à une question de recherche en l'absence d'évidences scientifiques.
<b>RBP (GPP)</b>	Recommandation de bonne pratique (Good Practice Point).	Utilisée en l'absence de question de recherche.
<b>RR</b>	Recommandation pour la recherche.	Besoins de futures recherches.

### Recommandations concernant l'utilisation du guide

Les recommandations émises dans ce guide de pratique sont formulées en supposant que les traitements seront prodigués par des professionnels qualifiés qui possèdent les habiletés pertinentes pour réaliser les interventions psychosociales et médicales dans le respect des standards professionnels prescrits par leur profession.

À ce sujet, les auteurs du guide préconisent la recommandation de bonne pratique (RBP ou GPP – good practice point) suivante concernant l'application des consensus d'experts (CP) et des points de bonnes pratiques (GPP) amenés dans le guide :

Recommandations	Grade
Les recommandations émises, soit les consensus d'experts (CP) et les points de bonnes pratiques (GGP), reposent sur l'hypothèse qu'elles seront implantées par des praticiens ayant les formations, les qualifications et l'expérience requises. Cela dit, les interventions pour tous ( <i>interventions for all</i> ) mises en place dans les phases préincident et postimmédiat ( <i>immediate postincident</i> ) peuvent être offertes par différentes personnes (ex. : premiers répondants) dont plusieurs ne sont pas des professionnels de la santé.	GPP

### Recommandations concernant l'intervention précoce pour les adultes exposés à un événement potentiellement traumatique

Concernant les aspects touchant l'intervention précoce pour les adultes exposés à un événement potentiellement traumatique (*early psychological interventions for all*) (réf. : questions 3, 4 et 7 du guide), les auteurs préconisent, d'abord sur la base des évidences scientifiques, les recommandations suivantes :

Recommandations	Grade
Pour les adultes exposés à un événement potentiellement traumatique, une séance d'intervention psychologique unique et structurée, comme le <i>débriefing</i> psychologique, ne devrait pas être offerte sur une base régulière ( <i>routine use</i> ) pour la prévention de l'ESPT.	B
Pour les adultes exposés à un événement potentiellement traumatique, si nécessaire, offrir un soutien pratique ou émotionnel. Il s'agit d'un moyen facilitant pour gérer la détresse et permettre l'accès au soutien social et promouvoir des attentes positives ( <i>positives expectations</i> ).	GPP
Les adultes exposés à un événement potentiellement traumatique qui souhaiteraient discuter de leur expérience, et qui démontrent une capacité à tolérer la détresse associée devraient être soutenus. En offrant ce soutien, le praticien devrait garder en tête qu'il peut y avoir des effets secondaires potentiels associés à une ventilation excessive pour ceux présentant une détresse réelle.	GPP
Pour les adultes exposés à un événement potentiellement traumatique, une approche de soin par étapes, adaptée aux besoins individuels, est conseillée. Cela devrait inclure un suivi continu des gens qui vivent plus de détresse ou qui présentent un risque accru de vivre des répercussions négatives sur la santé physique et mentale, et permettre une évaluation ciblée ou une intervention lorsque nécessaire.	GPP
Pour les adultes qui développent un niveau de détresse extrême ou qui sont à risque de se blesser ou de blesser quelqu'un d'autre, une évaluation diagnostique rigoureuse et une intervention appropriée devraient être offertes.	GPP

### Recommandation concernant le traitement psychologique des adultes présentant un ESA ou un ESPT

En lien avec les traitements psychologiques des adultes présentant un ESA ou un ESPT (*Psychological Treatment for Adults with ASD or Acute PTSD*), le guide de l'ACPMH émet la recommandation suivante :

Recommandation	Grade
Pour les adultes présentant des symptômes associés à l'ESA ou à l'ESPT dans les quatre semaines suivant un événement potentiellement traumatique, la TCC-T individuelle, incluant l'exposition et la thérapie cognitive, devrait être considérée si elle est requise après une évaluation clinique complète.	C

## Recommandations concernant l'intervention pharmacologique pour les adultes exposés à un événement potentiellement traumatique

Au sujet de l'intervention pharmacologique précoce pour tous les adultes exposés à un événement potentiellement traumatique (*early pharmacological interventions for all*), le guide propose les recommandations suivantes :

Recommandations	Grade
Pour les adultes exposés à un événement potentiellement traumatique, les traitements pharmacologiques ne devraient pas être utilisés comme une intervention préventive.	C
Pour les adultes exposés à un événement potentiellement traumatique, si nécessaire, offrir un soutien pratique ou émotionnel. Il s'agit d'un moyen facilitant pour gérer la détresse et permettre l'accès au soutien social et promouvoir des attentes positives ( <i>positives expectations</i> ).	GPP

## Recommandations concernant le traitement pharmacologique des adultes présentant un ESA ou un ESPT

De même, pour le traitement pharmacologique des adultes présentant un ESA ou un ESPT (*Pharmacological treatment for adults with ASD or acute PTSD*), le guide émet l'avis suivant :

Recommandation	Grade
L'utilisation régulière ( <i>routine use</i> ), de la pharmacothérapie pour traiter l'ESA ou le ESPT précoces (à l'intérieur des quatre premières semaines de symptômes) chez l'adulte n'est pas recommandée.	D

### PRÉSENTATION DU GUIDE 2

*Post-traumatic stress disorder : The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care.* National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2005<sup>1</sup>

Le guide de NICE (2005) identifie les éléments que devraient inclure les organisations dans leur plan de gestion des événements traumatiques vécus en milieu de travail. Ce guide de pratique clinique est développé à partir de la méthode *AGREE* (*AGREE Collaboration*, 2001). Bien que ce guide identifie les actions à mettre en place pour la gestion de l'ESPT, il recommande également les actions à engager dès qu'une personne (enfants et adultes de tous âges) est confrontée à un événement critique ou traumatisant. Par ailleurs, il s'agit d'un guide très souvent cité, et ce, tant dans les écrits (études empiriques, textes théoriques, *handbook*) que par les groupes d'experts.

Il s'adresse à tous les professionnels de la santé des services primaires et secondaires qui ont un contact direct avec la clientèle et qui ont à prendre des décisions concernant les soins à fournir aux personnes souffrant d'un ESPT. Ce guide de pratique est aussi pertinent pour le travail des professionnels de la santé et de la sécurité au travail (*occupational health services*), du service social et des autres secteurs (*independent sectors*). Puisque les expériences traumatiques peuvent affecter les familles et les membres de la communauté, ce guide de pratiques reconnaît le rôle de la famille et de la communauté dans le traitement et le soutien offerts aux personnes vivant un ESPT.

<sup>1</sup> En 2011, une consultation auprès d'experts a permis de constater que les informations inscrites dans le guide sont encore actuelles. Ainsi, l'organisation a choisi d'attendre le déploiement du DSM-V avant de faire une mise à jour du guide.



## Recommandations concernant l'utilisation du guide

Les auteurs de ce guide de pratique font une mise en garde aux lecteurs à l'effet que ce guide ne peut pas se substituer aux connaissances professionnelles et au jugement clinique. Le développement de ce guide de pratique clinique est basé sur une méthodologie reconnue internationalement (*AGREE Collaboration, 2001*), permettant ainsi de sélectionner les meilleures connaissances et de générer des recommandations applicables pour la majorité des patients, dans la plupart des situations. Par contre, les recommandations émises peuvent être inappropriées pour certains patients ou certaines situations. En conséquence, ce guide ne peut remplacer le jugement des professionnels de la santé pour prendre la meilleure décision pour un patient.

Par contre, les lignes directrices émises sont pertinentes pour tous les proches et les professionnels de la santé (ex. psychiatres, psychologues cliniques, infirmières en santé mentale, infirmières en communauté psychiatrique, travailleurs sociaux, personnels médicaux de deuxième ligne, personnel paramédical, ergothérapeutes, pharmaciens, pédiatres, médecins, médecine générale, praticiens et thérapeutes de famille ou autre) impliqués dans l'aide, le traitement et les soins à offrir à la personne présentant un ESPT.

Dans la section suivante, seules les recommandations répondant aux questions initiales de la présente ETMISS sont présentées.

## Recommandations générales concernant les soins à fournir aux personnes avec un ESPT

Afin de bien comprendre les éléments présentés dans les recommandations, il est essentiel de présenter la légende suivante :

Légende pour l'interprétation des recommandations dans le guide NICE (2005)	
<b>Niveaux de preuve</b>	
<b>A</b>	Recommandation établie d'après des études méta-analytiques et randomisées OU d'après au moins une étude contrôlée avec randomisation.
<b>B</b>	Recommandation établie d'après au moins une étude contrôlée sans randomisation OU d'après au moins un autre type d'études quasi-expérimentales.
<b>C</b>	Recommandation reposant sur l'opinion d'experts. Pas d'étude de qualité encore disponible.
<b>PRC (GPP)</b>	Pratique recommandée par le comité NICE.

Recommandation	Grade
Le traitement (l'intervention ou la thérapie) devrait être fourni par un individu compétent qui a reçu une formation ( <i>training</i> ) appropriée. Le thérapeute devrait pouvoir bénéficier d'une supervision appropriée.	C

## Recommandations concernant l'intervention postimmédiate pour les adultes exposés à un événement traumatique

La sévérité de la réponse initiale au trauma est un indicateur fiable des besoins d'intervention précoce. Dans cette situation, le guide NICE émet les recommandations suivantes :

Recommandations	Grade
Lorsque les symptômes sont de faible intensité et présents depuis moins de quatre semaines après le trauma, la veille attentive ( <i>watchful waiting</i> ) est une mesure à considérer pour gérer les difficultés présentées par les personnes ayant un ETSP. Un suivi doit être réalisé avec la victime du trauma à l'intérieur d'un mois.	C
Tous les professionnels (de la santé et du social) doivent envisager les impacts psychologiques immédiats d'un événement traumatique et parmi les soins immédiats à offrir ( <i>immediate postincident care</i> ), proposer un support pratique, social et émotionnel aux victimes de l'événement.	PRC
Pour les personnes ayant vécu un événement traumatique, l'utilisation systématique d'une séance d'intervention unique (réf. : <i>debriefing</i> psychologique) qui met l'accent sur l'événement traumatisant ne devrait pas être une pratique courante dans la prestation de service.	A
Considérer un traitement pharmacologique dans la phase aiguë d'un ESPT (entre un et trois mois) pour traiter les troubles du sommeil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• À court terme : hypnotiques.</li> <li>• À long terme : antidépresseurs (pour réduire le risque de dépendance).</li> </ul>	C

### Recommandations concernant les interventions préventives de l'ESA pour les adultes exposés à un événement traumatique (dans les trois mois suivant l'événement)

Recommandations	Grade
La thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma (TCC-T ou TF-CBT) devrait être offerte aux individus qui présentent des symptômes sévères d'ESPT ou qui vivent un ESPT sévère dans le premier mois suivant l'événement traumatique. Ce traitement devrait être fourni sur une base individuelle, à l'externe.	B
La thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma (TCC-T ou TF-CBT) devrait être offerte aux individus présentant un ESPT à l'intérieur des trois mois suivant l'événement traumatique.	A
La durée habituelle de la TF-CBT est de 8-12 séances, mais si le traitement débute dans le premier mois suivant l'événement, moins de séances (environ cinq) peuvent être suffisantes. Lorsque le trauma est abordé dans les séances de traitement, une longue session (ex. : 90 minutes) est habituellement nécessaire. Dans cette situation, le traitement doit être régulier et continu (une fois/semaine) et devrait être offert par la même personne.	B
Un traitement pharmacologique peut être considéré dans la phase aiguë de l'ESPT pour la gestion des troubles du sommeil. Dans ce cas, la médication hypnotique peut être appropriée pour une utilisation à court terme. Si un traitement pharmacologique est requis à plus long terme, la prise d'un antidépresseur approprié devrait être envisagée rapidement en vue de diminuer les risques de dépendance.	C
Les interventions qui ne sont pas basées sur le trauma comme la relaxation ou la thérapie non-directive, qui ne font pas appel à la mémoire du trauma, ne devraient pas être offertes sur une base régulière aux individus présentant des symptômes d'ESPT à l'intérieur des trois mois suivant l'événement traumatique.	B
Les traitements pharmacologiques ne devraient pas être utilisés d'emblée (en 1 <sup>re</sup> ligne) pour le traitement de l'ESPT chez l'adulte et ne doivent pas être privilégiés aux thérapies psychologiques axées sur le trauma.	A
Toutes les personnes avec un ESPT devraient se faire offrir une TCC-T ou un traitement de désensibilisation et de reprogrammation par mouvements oculaires ( <i>eye movement desensitization and reprocessing/EMDR</i> ). Ces traitements devraient être fournis sur une base individuelle, à l'externe.	A

### 3.3.3 Informations obtenues des ordres professionnels

Bien qu'aucun avis n'ait été directement obtenu de la part des ordres professionnels, les codes de déontologie des ordres professionnels des psychologues (OPQ) et des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux (OTSTCFQ) fournissent des balises sur les notions de conflit d'intérêts et de confidentialité par rapport aux services rendus (les extraits des articles sont présentés à l'Annexe F). À ce sujet, les éléments suivants doivent être rappelés.

#### Concernant la confidentialité

Selon les codes de déontologie de l'OPQ et de l'OTSTCFQ :

- Ces professionnels ne doivent pas révéler qu'un client a fait appel à ses services;
- Les informations consignées au dossier ne peuvent être dévoilées qu'à condition d'obtenir l'autorisation du client ou s'il y a ordonnance;
- Aucun renseignement ne peut être dévoilé (sauf urgence : ex. : violence, suicide).

#### Concernant les conflits d'intérêts

Les professionnels doivent conserver leur indépendance dans l'offre de service. À l'exception d'une situation d'urgence, le psychologue évite de rendre des services professionnels à des personnes avec qui il entretient une relation susceptible de mettre en cause le caractère professionnel de sa relation ainsi que la qualité de ses services professionnels.

#### Intervenant interne vs externe

Compte tenu des prescriptions stipulées dans les codes de déontologie des psychologues et des travailleurs sociaux pour assurer la confidentialité et prévenir les conflits d'intérêts, il s'avère pertinent d'envisager que les services offerts aux victimes d'événement traumatique en milieu de travail soient dispensés par des professionnels de l'externe.

Cette affirmation rejoint les recommandations énoncées précédemment à l'effet que les services mis en place pour « traiter les symptômes » manifestés après un événement traumatique nécessitent la consultation individuelle de personnes formées et compétentes de l'externe (réf. : NICE, 2005).

### 3.3.4 Avis du Contentieux

Une demande d'avis légal a été adressée au Service du contentieux du CJC-IU afin de circonscrire les modalités de pratique à instaurer à la suite d'un événement traumatique/violent. Cet avis fait état de la législation régissant la santé et la sécurité au travail. À ce propos, les auteurs rappellent que « l'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé et assurer la sécurité et l'intégrité physique du travailleur » (art. 51, LSST). Ainsi, les interventions postimmédiates sont encadrées par la Loi sur la santé et sécurité au travail et le Code canadien du travail.

Dans cet avis, il est aussi question des méthodes d'intervention (voire des interventions préventives ou de traitement) à mettre en place à la suite d'un événement traumatique, de la psychothérapie et des obligations que doivent respecter les psychologues à l'égard du Code des professions.

Concernant l'intervention à privilégier, aucune balise juridique claire n'a été repérée et conséquemment, les professionnels qui devraient faire ce type d'intervention n'ont pas été identifiés. D'après les résultats rapportés dans cet avis, ni le Code des professions, ni le Code de déontologie des médecins ou des psychologues ne traitent de cet aspect. Ce constat laisse sous-entendre que les méthodes d'intervention de postvention peuvent donc varier d'un

professionnel à un autre. Il appartient à chaque établissement de mettre en place un protocole de postvention dans le milieu de travail. Cependant, le ministère de la Santé et des Services sociaux précise que les experts en état post-traumatique retiennent généralement la psychothérapie et les médicaments comme étant les meilleurs traitements. Donc, selon les experts en état post-traumatique, les professionnels les mieux qualifiés pour intervenir à la suite d'un trauma sont les personnes détenant un permis de psychothérapeute, les psychologues et les médecins.

Par ailleurs, l'exercice de la psychothérapie est encadré par la loi (projet de loi 21). Cette loi permet aux psychologues, aux médecins et aux professionnels détenant un permis de pratique d'exercer la psychothérapie (projet de loi 21). De plus, la pratique de ces professionnels demeure encadrée par les obligations des Codes de professions de ces professionnels. Pour consulter l'intégral de l'avis, voir l'Annexe G.

#### **4. Constats à la suite de la synthèse des évidences obtenues dans la littérature scientifique et la littérature grise**

L'objectif de la présente démarche d'ETMISS vise à dégager les consensus obtenus grâce aux différentes sources consultées au regard de la meilleure intervention à mettre en place pour intervenir à la suite d'événements traumatiques.

L'évaluation de la qualité des méta-analyses et des guides de pratique retenus dans le cadre de cette ETMISS indique que ce sont des évidences de haut niveau parce qu'elles découlent d'une « somme » d'études de bonne qualité méthodologique<sup>1</sup>.

À la lumière des informations obtenues dans la présente ETMISS, les constats suivants sont autorisés :

##### **Concernant le travail actuellement réalisé au CJQ-IU**

- Aucune politique ou procédure portant spécifiquement sur l'intervention à réaliser à la suite d'un événement traumatique n'a été repérée;
- Le « Guide d'application des politiques et des protocoles » (2009) comporte toutefois une section sur la prévention, l'intervention et la postvention liées à la violence. Celui-ci mériterait d'être bonifié en tenant compte des pratiques probantes;
- Des éléments sur la violence (personne violente « code blanc ») sont disponibles dans le document « Guide des mesures d'urgence ». L'intervention à réaliser dans les situations de violence n'est pas précisée;
- Une « Politique globale en matière de gestion intégrée de la santé et de la sécurité du travail et bien-être » a été identifiée. Bien qu'elle comporte des éléments sur le traitement des événements accidentels, elle ne tient pas compte des événements traumatiques;
- Un document concernant les conflits d'intérêts (« Règlement sur les conflits d'intérêts et l'exclusivité de la fonction au Centre jeunesse de Québec ») a été repéré. Bien qu'il date de 1999,

---

<sup>1</sup> Trois éléments sont nécessaires pour estimer la force d'un ensemble de données scientifiques (AHRQ, 2002) :

1. La qualité (l'évaluation de la qualité des études individuelles, reflétant dans quelle mesure les biais ont été minimisés);
2. La quantité (taille de l'effet, nombre d'études ayant évalué le sujet donné, taille de l'échantillon global, largeur de l'intervalle de confiance ou puissance statistique de l'étude);
3. L'homogénéité (pour un sujet donné, dans quelle mesure des résultats analogues sont rapportés dans des travaux utilisant des études de conception similaire ou différente).

les informations incluses demeurent pertinentes. Il mériterait toutefois d'être actualisé, de sorte à inclure des éléments sur l'intervention réalisée par un collègue;

- Une formation sur les « approches sécuritaires en milieu de travail » est dispensée (à tous les nouveaux employés – agents de relations humaines, techniciens en assistance sociale, agents d'intervention, cuisiniers, gardiens, éducateurs – dès leur arrivée). Il s'agit de prévention primaire (mais comporte des éléments sur la postvention qui proviennent du « Guide d'application des politiques et des protocoles »).

### **Concernant les concepts à utiliser**

Le terme postvention réfère aux approches mises en place pour l'intervention réalisée lors d'un suicide ou d'une tentative de suicide. Ainsi, il ne devrait plus être utilisé pour parler de l'intervention mise en place à la suite d'un événement traumatique. Les termes suivants pourraient plutôt être utilisés : « interventions post-traumatiques », « gestion des actes de violence grave » ou « prévention de l'ESA ou de l'ESPT ».

### **Concernant l'intervention à privilégier selon la littérature grise et scientifique**

Le prochain tableau présente la synthèse des informations recueillies à partir de la littérature grise et scientifique.

## Tableau 4

## Synthèse des informations recueillies à partir de la littérature grise et scientifique

Interventions POSTIMMEDIATES (intervention secondaire <sup>1</sup> )					
Approches	Efficacité/innocuité	Recommandations des auteurs	Par qui ?	Quand/fréquence ?	Provenance des évidences
<b>Premiers soins psychologiques</b> ( <i>Psychological First Aid/PFA</i> ).	Utile (manque d'évidence scientifique).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Offrir du soutien de façon non interventionniste et, si possible, évaluer brièvement les facteurs de risque dans un but de dépistage.</li> <li>La personne n'est pas apte à bénéficier d'une intervention psychologique.</li> </ul>	Différentes personnes (ex. : premiers répondants) dont plusieurs ne sont pas des professionnels de la santé.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Immédiatement après l'événement.</li> <li>Dès que la personne se sent en sécurité (jusqu'à 2 jours après l'événement).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Guides de pratique (recommandations formulées à partir de consensus d'experts).</li> </ul>
« <b>Veille attentive</b> » ( <i>Watchful waiting</i> ).	Utile (manque d'évidence scientifique).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Offrir un soutien social, pratique et émotionnel (soutien non interventionniste).</li> <li>Lorsque les symptômes sont de faible intensité et présents &lt; que 4 semaines.</li> <li>Suivi à réaliser (dépistage rapide et continu).</li> </ul>	Différentes personnes (ex. : premiers répondants) dont plusieurs ne sont pas des professionnels de la santé.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Postimmédiat (entre 2 jours et 1 mois suivant l'événement).</li> <li>Faire un de suivi avec la victime à l'intérieur d'un mois.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Guides de pratique (recommandations formulées à partir de consensus d'experts).</li> </ul>
Interventions PRÉCOCES pour traiter l'état de stress aigu ou prévenir l'ESPT (intervention tertiaire)					
<b>Débriefing psychologique</b> ( <i>single session</i> )	Inefficace. Risque d'effets indésirables.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cesser le <i>Débriefing</i> obligatoire.</li> <li>Ne pas l'appliquer systématiquement.</li> <li>Inclure un modèle de dépistage (NICE).</li> </ul>	Praticiens ayant les formations, les qualifications et l'expérience requises.	Postimmédiat (entre 2 jours et 1 mois).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Méta-analyse.</li> <li>Guides de pratique (recommandations formulées à partir de résultats de recherche).</li> </ul>
<b>Thérapie cognitivo-comportementale brève et précoce (TCC-T) (TF-CBT)</b> (≈5 séances) ( <i>multiple session</i> )	Efficace.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comporte des limites si appliquée de façon inappropriée (personnes non spécialisées ou si le niveau de formation ou de soutien à son application n'est pas offert).</li> <li>Devrait être fourni sur une base individuelle, à l'externe.</li> </ul>	Thérapeute compétent (formation et supervision appropriées).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dès l'apparition de symptômes associés à l'ESPT (peut être mis en place &lt; 4 semaines suivant l'événement).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Méta-analyse.</li> <li>Guides de pratique (recommandations formulées à partir de résultats de recherche).</li> </ul>
<b>Pharmacothérapie</b>	Efficacité non confirmée (évidences scientifiques faibles).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ne devrait pas être utilisée comme une intervention préventive et ne doit pas être privilégiée aux TCC - T.</li> <li>L'utilisation régulière et précoce de la pharmacothérapie (&lt; 4 sem.) n'est pas recommandée.</li> </ul>	Médecin.	<ul style="list-style-type: none"> <li>À considérer dans la phase aiguë d'un ESPT (entre 1 et 3 mois) pour les troubles du sommeil : Hypnotique (à court terme). Antidépresseur (à long terme).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Guides de pratique (recommandations reposant sur l'opinion d'experts et sur quelques études empiriques de faible qualité).</li> </ul>
<b>Autres interventions</b> non axées sur le trauma (ex. relaxation ou thérapie non-directive).	Évidences faibles (évidences B - NICE).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interventions ne faisant pas appel à la mémoire du trauma ne devraient pas être offertes sur une base régulière aux individus présentant des symptômes d'ESPT.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 3 mois suivant l'événement traumatique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Guide de pratique (recommandations formulées à partir de résultats de recherche).</li> </ul>
Interventions THÉRAPEUTIQUES pour traiter l'État de stress post-traumatique (intervention tertiaire)					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma (TCC-T)</li> <li>Désensibilisation et reprogrammation par mouvements oculaires (EMDR).</li> </ul>	Efficace.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Devrait être fourni sur une base individuelle, à l'externe.</li> </ul>	Thérapeute compétent (formation et supervision appropriées).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peu importe l'intervalle de temps écoulé depuis l'événement traumatique.</li> <li>Offrir entre 8 et 12 séances.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Guide de pratique (recommandations formulées à partir de résultats de recherche).</li> </ul>

<sup>1</sup> Pour prévenir un ESPT ou d'un problème de santé mentale associé, Guay et Marchand (2011) suggèrent le recours à un programme de gestion globale des actes de violence (Annexe H).

## RÉSUMÉ DES POINTS ESSENTIELS PROVENANT DES CONSTATS

<b>Rappel des interventions postimmédiates et préventives à mettre en place après un événement traumatique selon la littérature</b>
<b>Interventions postimmédiates pour toutes les victimes</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Offrir du soutien social, pratique et émotionnel aux personnes touchées par l'événement.</li> <li>– Ne pas offrir systématiquement un <i>débriefing</i> psychologique individuel d'une séance à toutes les victimes d'un événement traumatique.</li> <li>– Considérer un traitement pharmacologique dans la phase aiguë d'un ESPT (entre un et trois mois) pour les difficultés de sommeil : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Court terme : hypnotique.</li> <li>▪ Long terme : antidépresseur.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Interventions pour traiter l'ESA ou prévenir l'ESPT</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– La thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma (TCC-T) devrait être offerte aux individus avec un ESA sévère dans le mois suivant l'événement traumatique.</li> <li>– La durée de la TCC-T devrait être d'environ cinq séances, donnée sur une base régulière et par la même personne.</li> <li>– Des interventions non axées sur le trauma, comme la relaxation ou une thérapie non-directive, ne devraient pas être offertes aux individus avec un ESPT dans les trois mois suivant l'événement.</li> </ul>

<b>Rappel sur la question du « qui » devrait faire les interventions postimmédiates et préventives après un événement traumatique</b>			
	<b>Littérature</b>	<b>Codes de déontologie – Ordres professionnels</b>	<b>Contentieux</b>
<b>Interventions postimmédiates.</b>	Premiers répondants (ex. : collègues, chefs).	Intervention de collègues (ou chef) lors d'urgence.	Loi sur la santé et sécurité au travail.  Code canadien du travail.
<b>Interventions préventives ou de traitement.</b>	Professionnels formés.	Professionnels formés et compétents, à l'externe.	MSSS. Loi 21 (psychothérapie).





## Conclusion

La présente ETMISS visait à éclairer la décision concernant le type d'approche à privilégier à la suite d'un événement traumatique survenu chez un intervenant dans le cadre de son travail et de préciser qui devrait prendre en charge ces interventions. Ce travail a permis d'identifier, à partir des données probantes, les actions immédiates, préventives et curatives à mettre en place à la suite d'un événement traumatique.

Les experts s'entendent sur la nécessité d'offrir du soutien social, pratique et émotionnel aux personnes touchées par un événement traumatique, immédiatement après l'événement. L'approche portant sur les premiers soins psychologiques (ou aide psychologique immédiate - *Psychological first aid/PFA*) a été développée et manualisée (NCTSN, 2006), mais n'a pas encore fait l'objet d'évaluation; ce qui empêche de conclure en sa réelle efficacité pour la prévention de l'ESPT (Fox *et al.*, 2012; Vernberg *et al.*, 2008). Néanmoins, il s'agit d'une intervention prometteuse et soutenue par les spécialistes en santé mentale qui interviennent lors de désastres (Forbes *et al.*, 2011). Ces mêmes auteurs proposent d'ailleurs l'implantation du PFA dans les organisations où les employés sont à haut risque d'être exposés à un événement traumatique.

Actuellement, la meilleure méthode d'intervention précoce disponible pour prévenir le développement d'un ESPT (lorsque des symptômes associés à l'ESA sont présents) et traiter l'ESPT à la suite d'un événement traumatique est la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma précoce et intensive (TCC-T) (ACPMH, 2013; Guay et Marchand, 2011; Kornor *et al.*, 2008; NICE, 2005; Rothbaum *et al.*, 2012, Roberts *et al.*, 2012). Cependant, cette approche comporte des limites si elle est appliquée de façon inappropriée par des personnes non spécialisées ou si le niveau de formation ou de soutien à son application n'est pas offert (ACPMH, 2013; Brunet *et al.*, 2013; NICE, 2005).

### Perspectives d'avenir

Afin de bonifier cette ETMISS, il serait souhaitable d'obtenir un avis officiel de l'*Ordre professionnel des psychologues du Québec* qui permettrait de statuer sur la formation de la personne qui doit intervenir auprès d'un collègue victime d'un événement traumatique en milieu de travail.

Consulter les parties prenantes (ex. : gestionnaires, intervenants victimes ou non d'un événement traumatique) s'avérerait une avenue intéressante permettant de savoir exactement ce qui se passe dans ces circonstances et de documenter les enjeux liés à la confidentialité.

Parallèlement, certains chercheurs québécois, spécialistes du stress post-traumatique, mériteraient d'être consultés afin de valider les informations recensées dans le présent rapport (Annexe I). Par exemple, ils pourraient situer la place du PAE dans les interventions à mettre en place.



## Lectures suggérées

### Articles

Forbes, D., Creamer, M., Bisson, J., Cohen, J., Crow, B., Foa, E., Friedman, M., Keane, T., Kudler, H., & Ursano, R. (2010). A Guide to Guidelines for the Treatment of PTSD and Related Conditions. *Journal of Traumatic Stress, 23*(5), 537-552.

Geoffrion, S., & Ouellet, F. (2013). Quand la réadaptation blesse? Éducateurs victimes de violence. *Criminologie, 46*(2), 263-289.

### Guides de pratique

American Psychiatric Association. (2004 ; 2009). *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Arlington, VA : Author. (<http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28&sectionid=1670530>).

Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., and Cohen, J. A. (2008). *Effective Treatments for PTSD*. 2<sup>nd</sup> Edition. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies.

National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) (2006). *Psychological First Aid, Field Operations Guide, 2<sup>nd</sup> Edition*. National Child Traumatic Stress Network, National Center for PTSD (<http://www.nctsn.org/content/psychological-first-aid>).

VA/DoD Clinical Practice Guideline Working Group. (2010). *Management of post-traumatic stress*. Washington, DC : VA Office of Quality and Performance. (<http://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd>).

### Livres et autres documents

Brillon, P. (2013). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatisme. Guide à l'intention des thérapeutes*. 5<sup>e</sup> édition. Les Éditions Québec-Livres.

Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (2012). *Procédure d'application de la politique d'intervention post-traumatique, et postvention et de mesures de gestion associées*, 16 p.

Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (2013). *Politique d'intervention post-traumatisme, de postvention et de mesures de gestion associées*, 8 p.

Hughes, R., Kinder, A., & Cooper, C. L. (2012). *International Handbook of Workplace Trauma Support*, Wiley-Blackwell.

Séguin, M., Brunet, A., & LeBlanc (2012). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. 2<sup>e</sup> édition. Éditions Gaëtan Morin.

### Autres sites Internet

Équipe VISAGE : <http://www.equipevisage.ca>.

Info Trauma : <http://www.info-trauma.org>.

International Society for Traumatic Stress Studies:  
<http://www.istss.org/TreatmentGuidelines/5168.htm>.



## Références

- Agency for Healthcare Research and Quality (2002). *Systems to Rate the Strength of Scientific Evidence*. Rockville : AHRQ.
- AGREE Collaboration (2001). *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) Instrument*. London : St George's Hospital Medical School (<http://www.agreecollaboration.org>)
- AGREE Next Steps Consortium (2009). The AGREE II Instrument [Electronic version]. Retrieved <Month, Day, Year>, from <http://www.agreetrust.org>.
- American Psychiatric Association (APA) (2004). Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. Récupéré le 26 novembre 2013 du site Psychiatryonline : <http://psychiatryonline.org/pdfaccess.ashx?ResourceID=243186&PDFSource=6>. doi : 10.1176/appi.books.9780890423363.52257.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed., text rev.). Washington, DC : Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5<sup>th</sup> ed.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (ACPMH). (2013). *Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. Melbourne, Victoria : ACPMH. <http://www.acpmh.unimelb.edu.au/resources/resources-guidelines.html>.
- Brunet, A., Bousquet Des Groseilliers, I., Cordova, J. M., & Ruzek, J. I. (2013). Randomized Controlled Trial of a Brief Dyadic Cognitive Behavioral intervention Designed to Prevent PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, p. 1-11. doi : <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21572>.
- Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (CCNMO) (2011). *Évaluation critique de guides de pratique clinique : la grille AGREE II*. Hamilton, ON : Université McMaster (révisé November, 01, 2013). (Récupéré sur <http://www.ccnmo.ca/registry/view/fra/100.html>).
- Department of Veterans Affairs/Department of Defense (VA/DoD) (2004). *VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress, version 1.0*. Washington DC : Veterans Health Administration, Department of Defense.
- Dyregrov, (1989). Caring for Helping in Disaster Situations : Psychological Debriefing. *Disaster Management*, 3, 123-128.
- Everly, G.S. Jr., & Mitchell, J. T. (1999). *Critical Incident Stress Management : A New Era and Standard of Care in Crisis Intervention*. 2<sup>e</sup> Edition. Ellicott City, MD : Chevron Publishing Corp.
- Everly, G. S., Flannery, R. B., & Mitchell, J. T. (2000). Critical Incident Stress Management (CISM) : A Review of the Literature. *Aggression and Violent Behavior*, 5 (1), 23-40.
- Forbes, D., Lewis, V., Varker, T., Phelps, A., O'Donnell, M., Wade, D. J., Ruzek, J. I., Watson, P., Bryant, R. A., & Creamer, M. (2011). Psychological First Aid Following Trauma :

Implementation and Evaluation Framework for High-Risk Organizations . *Psychiatry* 74(3) 224-239.

- Forneris, C. A., Gartlehner, G., Brownley, K. A., Gaynes, B. N., Sonis, J., Coker-Schwimmer, E., Jonas, D. E., Greenblatt, A., Wilkins, T. M., Woodell, C., & Lohr, K. N. (2013). Interventions to Prevent Post-traumatic Stress Disorder. A Systematic Review. *American journal of Prevention Medicine*, 44 (6), 635-650.
- Fox, J. H., Burkle Jr, F. M., Bass, J., Pia, F. A., Epstein, J. L., & Markenson, D. (2012). The Effectiveness of Psychological First Aid as a Disaster Intervention Tool : Research Analysis of Peer-Reviewed Literature From 1990-2010. *Disaster Med Public Health Preparedness*, 6, 247-252.
- Gouvernement du Québec (2014). *Code de déontologie des psychologues*, L.R.Q., c. C-26, r. 212. Récupéré le 14 avril 2014 du site du Gouvernement du Québec : [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FC\\_26%2FC26R212.htm](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FC_26%2FC26R212.htm).
- Gouvernement du Québec (2014). *Code de déontologie des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*, L.R.Q., c. C-26, r. 286. Récupéré le 14 avril 2014 du site du Gouvernement du Québec : [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/C\\_26/C26R286.htm](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/C_26/C26R286.htm).
- Guay, S., & Marchand, A. (2011). Actes de violence grave : prise en charge des travailleurs. *Objectif prévention*, 34 (3), 29-31.
- Hambrick, E. P., Rubens, S. L., Vernberg, E. M., Jacobs, A. K., & Kanine, R. M. (2013). Towards Successful Dissemination of Psychological First Aid : A Study of Provider Training Preferences. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 1-12. doi 10.1007/s11414-013-9362-y
- Kornor, H., Winje, D., Ekeberg, O., Weisaeth, L., Kirkehei, I., Johansen, K., & Steiro, A. (2008). Early Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy to Prevent Chronic Post-Traumatic Stress Disorder and Related Symptoms : A Systematic Review and Metaanalysis. *BMC Psychiatry*, 8, 81. doi : 10.1186/1471-244x-8-81.
- Marchand, A. (2013). Violence au travail : perspectives actuelles et futures des meilleures pratiques de prise en charge. Récupéré le 12 novembre 2013 du site de l'Équipe VISAGE : <http://www.equipevisage.ca/activites/violence-au-travail-perspectives-actuelles-et-futures-des-meilleures-pratiques-de-prise-en-charge>.
- Mitchell, J. T. (1983). *Effects of Stress Management Training on Paramedic Coping Styles and Perceived Stress Levels (Doctoral Dissertation)*. Ann Arbor, MI : University Microfilms International.
- Mitchell, J.T., & Everly, G. S., Jr. (1997). *Critical Incident Stress Debriefing : An Operations Manual for the Prevention of Traumatic Stress Among Emergency Services and Disaster Workers* (2<sup>nd</sup> Editions). Ellicott City, MD : Chevron.
- National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD (NCTSN/NCPTSD) (2006). *Psychological First Aid : Field Operations Guide* (2<sup>nd</sup> ed.). Authors in Alphabetical

- Order : Melissa Brymer, Chris Layne, Anne Jacobs, Robert Pynoos, Josef Ruzek, Alan Steinberg, Eric Vernberg, & Patricia Watson. National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2005). *The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care* (Vol. 26). Wiltshire, England : Cromwell, 176p.
- Poundja, J., Sanche, S., Tremblay, J., & Brunet, A. (2012). Trauma Reactivation Under the Influence of Propranolol: An Examination of Clinical Predictors. *European Journal of Psychotraumatology*, 3, 1\_9. doi : 10.3402/ejpt.v3i0.15470.
- Roberts, N.P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., & Bisson, J. I. (2012). *Early Psychological Interventions for to Treat Acute Traumatic Stress Symptoms* (Review). The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.
- Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., & Bisson, J. I. (2010). *Multiple Session Early Psychological Interventions for the Prevention of Post-Traumatic Stress Disorder* (Review). The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.
- Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., & Bisson, J. I. (2009). Systematic Review and Meta-Analysis of Multiple-Session Early Interventions Following Traumatic Events. *American Psychiatry*, 166 (3), 293-301.
- Rose, S.C., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely S. (2009). *Psychological Debriefing for Preventing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)* (Review). The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.
- Rothbaum, B. O., Kearns, M. C., Price, M., Malcoun, E., Davis, M., Ressler, K. J., & Houry, D. (2012). Early Intervention may Prevent the Development of Posttraumatic Stress Disorder : A Randomized Pilot Civilian Study with Modified Prolonged Exposure. *Biological Psychiatry*, 72 (11), 957-963.
- Shea, B. J., Grimshaw, J. M, Wells, G. A., Boers, M, Andersson, N, Hamel, C, Hamel, C., Porter, A., Tugwell, P., Moher, D., & Bouter, L. M. (2007). Development of AMSTAR: A measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res BMC Med Res Methodol*, 7, 10.
- Skeffington, P. M., Rees, C., & Kane, R. (2013). The Primary Prevention of PTSD : A Systematic Review. *Journal of Trauma & Dissociation*, 14, 404-422. doi : 10.1080/15299732.2012.753653.
- Tannenbaum, S. I., & Cerasoli, C. P. (2013). Do Team and Individual Debriefs Enhance Performance ? A Meta-Analysis. *Human Factors : the Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, 55 : 231-245. doi : 10.1177/0018720812448394.
- Vernberg, E. M., Steinberg, A. M., Jacobs, A. K., Brymer, M. J., Watson, P. J., Osofsky, J. D., Layne, C. M., Pynoos, R.S., & Rusek, J. I. (2008). Innovations in Disaster Mental Health : Psychological First Aid. *Professional Psychology : Research and Practice*, 39 (4), 381-388.





**Annexe A****Stratégie de recherche documentaire**

Regroupements pour recherches bibliographiques.

**1. Mots clé/catégories**

<b>1 POSTVENTION</b>	<b>2 PAE</b>	<b>3 WHO</b>	<b>4 STANDARDS</b>	<b>5 INNOCUITÉ</b>	<b>6 ÉTHIQUE</b>
Postvention Debriefing Critical Incident* Defusing Crisis intervention Posttraumatique stress	Employee assistance programs Support employment programs Employment specialist Gatekeep* Peer support Settings Workplace Supportive counseling	Colleague External Specialist Internal specialist Employee competencies Independent agency Independent professional	Standards Guidelines Evidence-based* Best practices Effectiveness Efficacy Policy Outcome Issue Implications Considerations Impact Systematic review Meta-analysis	Well-being Safety Security Adverse effects Negative effects Side effects	Ethics Code of conduct Deontology

**2. Limites**

<b>Mots exclus</b>	<b>Temps</b>	<b>Types de documents</b>	<b>BD</b>
Suicide (suicid*) Nurse (nurs*)	2008-2013	Articles scientifiques Revue systématique Méta-analyses	PsycInfo Abi/Informe complete Cochrane Campbell



## Annexe B

Critères diagnostiques de l'ESPT et de l'ESA tirés du DSM-IV et du DSM-V<sup>1</sup>

<b>TROUBLE (OU ÉTAT) DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER)</b>		
<b>Critères</b>	<b>DSM-IV (APA, 1994)</b>	<b>DSM-V (APA, 2013)</b>
A.	<p>1. Avoir été témoin ou victime d'un événement traumatique qui aurait mis en danger notre vie ou celle de quelqu'un d'autre ou encore l'intégrité physique.</p> <p>2. Réaction qui s'est traduite par une peur intense<sup>2</sup>.</p>	<p>La personne a été exposée à un ou plusieurs des événements suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mort ou menace de mort ;</li> <li>- Blessure grave ou menace de blessure grave ;</li> <li>- Délit sexuel ou menace de délit sexuel.</li> </ul> <p>De l'une ou l'autre des façons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vivre l'événement soi-même.</li> <li>- Être témoin d'un tel événement.</li> <li>- Apprendre que l'événement s'est produit à un ami proche ou un parent.</li> <li>- Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails de l'événement.</li> </ul>
B.	<p>Ré-expérience du traumatisme.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au moins une manifestation (/5) :</li> <li>1. Souvenirs récurrents, intrusifs, involontaires générant de la détresse.</li> <li>2. Rêves perturbants récurrents dont le contenu ou l'affect est associé à l'événement.</li> <li>3. Réactions dissociatives (ex. : flashbacks) où l'individu sent/agit comme si l'événement se reproduisait (continuum de dissociation).</li> <li>4. Détresse intense et prolongée à des stimuli internes ou externes.</li> <li>5. Réactions physiologiques à des stimuli internes ou externes.</li> </ul>	<p>Ré-expérience du traumatisme.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au moins une manifestation (/5) :</li> <li>1. Souvenirs récurrents, intrusifs, involontaires générant de la détresse.</li> <li>2. Rêves perturbants récurrents dont le contenu ou l'affect est associé à l'événement.</li> <li>3. Réactions dissociatives (ex. : flashbacks) où l'individu sent/agit comme si l'événement se reproduisait (continuum de dissociation).</li> <li>4. Détresse intense et prolongée à des stimuli internes ou externes.</li> <li>5. Réactions physiologiques à des stimuli internes ou externes.</li> </ul>
C.	<p>Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au moins trois manifestations (/7) :</li> <li>1. Évitement des pensées, sentiments et conversations associées au traumatisme.</li> <li>2. Évitement activités, endroits et gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.</li> <li>3. Incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme.</li> <li>4. Réduction de l'intérêt pour des activités importantes ou réduction de la participation à ces activités.</li> <li>5. Sentiment de détachement.</li> <li>6. Restriction des affects.</li> <li>7. Sentiment d'avenir « bouché ».</li> </ul>	<p>Évitement persistant des stimuli associés au trauma.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au moins une manifestation (/2) :</li> <li>1. Souvenirs, pensées ou sentiments qui éveillent des souvenirs de l'événement.</li> <li>2. Stimuli externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets ou situations) qui éveillent des souvenirs, pensées ou sentiments associés à l'événement.</li> </ul>
D.	<p>Symptômes persistants d'activation neurovégétative</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au moins deux manifestations (/5) :</li> <li>1. Difficultés d'endormissement ou sommeil</li> </ul>	<p>Altérations cognitives et émotionnelles (commencées ou aggravées après l'événement)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au moins deux manifestations (/7) :</li> </ul>

<sup>1</sup> Depuis la parution du DSM-V (juin 2013), l'ESPT et l'ESA font partie des troubles associés au stress et aux traumatismes plutôt que des troubles anxieux. Pour des informations complètes sur ces deux états, se référer directement aux DSM IV et V.

<sup>2</sup> Le critère A2 (émotions) ne se retrouve plus dans le DSM-V. Ne comprend pas les médias, la télévision, les films ou les images (sauf si cela fait partie de la profession). Concerne l'exposition à des détails aversifs de la mort non naturelle seulement.

<b>TROUBLE (OU ÉTAT) DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER)</b>		
<b>Critères</b>	<b>DSM-IV (APA, 1994)</b>	<b>DSM-V (APA, 2013)</b>
	<p>interrompu.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Irritabilité ou accès de colère.</li> <li>3. Difficulté de concentration.</li> <li>4. Hypervigilance.</li> <li>5. Réaction de sursaut exagérée.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incapacité à se rappeler d'un aspect important de l'événement.</li> <li>2. Perceptions négatives, persistantes et exagérées de soi, des autres, ou du monde.</li> <li>3. Blâme persistant exagéré de soi/autres quant aux causes/conséquences de l'événement.</li> <li>4. État émotif négatif envahissant (ex. : peur, horreur, colère, culpabilité ou honte).</li> <li>5. Perte d'intérêt ou de participation marquée pour des activités importantes.</li> <li>6. Sentiment de détachement émotionnel ou d'éloignement des autres.</li> <li>7. Incapacité persistante à ressentir des émotions positives (ex. : amour, joie).</li> </ol>
E.	<p>Durée des symptômes (critères B, C, D) &gt; 1 mois.</p> <p>– Spécifications :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aigu : durée des symptômes &lt; 3 mois</li> <li>• Chronique : des symptômes &gt; 3 mois</li> <li>• Survenue différée : début &gt; 6 mois</li> </ul>	<p>Symptômes persistants d'activation neurovégétative (commencés ou aggravés après l'événement).</p> <p>– Au moins deux manifestations (/6) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Irritabilité, crises de colère, agression verbale/physique envers des personnes/objets.</li> <li>2. Comportements imprudents ou auto destructeurs (conduite, substance, automutilation).</li> <li>3. Hypervigilance.</li> <li>4. Réaction de sursaut exagérée.</li> <li>5. Problèmes de concentration.</li> <li>6. Problèmes de sommeil.</li> </ol>
F <sup>1</sup> .	<p>Souffrance significative ou altération du fonctionnement social, professionnel ou d'autres domaines importants.</p>	<p>Durée des symptômes (critères B, C, D) &gt; 1 mois depuis l'événement.</p>
G.		<p>Souffrance significative ou altération du fonctionnement.</p> <p>Spécifications :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aigu : Durée des symptômes &lt; 3 mois.</li> <li>• Chronique : Durée des symptômes &gt; 3 mois.</li> <li>• Survenue différée : Début &gt;6 mois.</li> </ul>
H.		<p>Exclusion si les troubles sont dus à un médicament, l'abus de substances ou d'autres maladies.</p>

<sup>1</sup> Les critères F, G et H : détresse et altération du fonctionnement (équivalent à E, F du DSM-IV).

<b>TROUBLE (OU ÉTAT) DE STRESS AIGU (ACUTE STRESS DISORDER)</b>		
<b>Critères</b>	<b>DSM-IV (APA, 1994)</b>	<b>DSM-V (APA, 2013)</b>
A.	Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents : 1. Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très grièvement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée. 2. La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.	Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents : 1. Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très grièvement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée. 2. La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.
B.	Durant l'événement ou après avoir vécu l'événement perturbant, l'individu a présenté trois (ou plus) des symptômes dissociatifs suivants. – Au moins trois manifestations (/5) : 1. Un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle. 2. Une réduction de la conscience de son environnement (ex. « être dans le brouillard »). 3. Une impression de déréalisation. 4. Une dépersonnalisation. 5. Une amnésie dissociative (c.-à-d. Incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme).	– Au moins neuf manifestations <sup>1</sup> (/14) : 1. Souvenirs récurrents, intrusifs, involontaires générant de la détresse. 2. Rêves perturbants récurrents dont le contenu ou l'affect est associé à l'événement. 3. Réactions dissociatives (ex. : flashbacks) où l'individu sent/agit comme si l'événement se reproduisait (continuum de dissociation). 4. Détresse intense et prolongée à des stimuli internes ou externes. 5. Réactions physiologiques à des stimuli internes ou externes. 6. Altération de la conscience. 7. Incapacité de se souvenir d'un aspect important de l'événement traumatique. 8. Efforts pour éviter les souvenirs récurrents. 9. Efforts pour éviter les rappels qui ramènent les souvenirs récurrents (ex. : personnes, endroits, conversations, etc.). 10. Troubles du sommeil. 11. Comportement d'irritabilité ou de colère envers des personnes ou des objets. 12. Hypervigilance. 13. Problème de concentration. 14. Réactions de sursaut exagérées.
C.	L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes : images, pensées, rêves, illusions, épisodes de flash-back récurrents, ou sentiment de revivre l'expérience, ou souffrance lors de l'exposition à ce qui peut rappeler l'événement traumatique.	Durée du trouble (symptômes du critère B) est de trois jours à un mois après l'événement traumatique.
D.	Évitement persistant des stimuli qui éveillent la mémoire du traumatisme (ex. : pensées, sentiments, conversations,	La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement

<sup>1</sup> Si l'accent est ainsi mis sur les symptômes dissociatifs, c'est parce qu'ils sont considérés comme les signes immédiats les plus prédictifs d'un trouble psychotraumatique ultérieur. Les recherches menées depuis 1994 et l'avènement de l'ASD, ont poussé les auteurs à en modifier les objectifs et les critères dans le DSM-V. En maintenant l'ASD dans le DSM-V, l'APA ne poursuit plus l'ambition de dépister précocement les sujets à risque de développer une future affection psychotraumatique.

<b>TROUBLE (OU ÉTAT) DE STRESS AIGU (ACUTE STRESS DISORDER)</b>		
<b>Critères</b>	<b>DSM-IV (APA, 1994)</b>	<b>DSM-V (APA, 2013)</b>
	activités, endroits, gens).	social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
E.	Présence des symptômes anxieux persistants ou bien manifestations d'une activation neurovégétative (ex. : difficultés lors du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, agitation motrice).	Présence des symptômes anxieux persistants ou bien manifestations d'une activation neurovégétative (ex. : difficultés lors du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, agitation motrice).
F.	La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ou altère la capacité du sujet à mener à bien certaines obligations comme obtenir une assistance nécessaire ou mobiliser les ressources personnelles en parlant aux membres de sa famille de l'expérience traumatique.	
G.	La perturbation dure un minimum de deux jours et un maximum de quatre semaines et survient dans les quatre semaines suivant l'événement traumatique.	
H.	Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (ex. : médicament) ou d'une affection médicale générale; ils ne sont pas mieux expliqués par un trouble psychotique bref et ne sont pas simplement l'exacerbation d'un trouble mental préexistant.	

## Annexe C

### Recension de la littérature grise

#### Objectifs de la consultation de la littérature grise

S'assurer, à l'intérieur des critères établis pour la recherche de littérature grise, que l'ensemble des documents pertinents (guides de pratiques basés sur des données probantes, etc.) dans le cadre de la démarche est consulté, particulièrement dans le cas des documents qui n'auraient pas fait l'objet de publication.

#### Critères pour la recherche

Lieu : documents québécois, canadiens et internationaux, publiés ou non.

Langue : français et anglais.

Années : 2008 à 2013.

#### Sites consultés :

- 16 centres jeunesse du Québec;
- Réseau universitaire intégré jeunesse (RUIJ);
- Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ);
- Centre de santé et de services sociaux (CSSS);
- Association francophone pour le savoir (ACFAS);
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS);
- Institut de réadaptation en déficience physique du Québec (IRD PQ);
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS);
- Conseil québécois d'agrément (CQA);
- Sûreté du Québec/Police municipale.
- Milieux carcéraux/correctionnels (Service correctionnel Canada);
- Milieux militaires (Défense nationale);
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (voir les recensions des écrits);
- Ordres professionnels (psychologue, travailleur social, conseillers en relations industrielles du Québec);
- Les nouveaux repères / Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail, en collaboration (U. Laval).

#### Groupes de recherches en milieux universitaires :

- Équipe VISAGE : Violence au travail selon le sexe et le genre (Centre d'étude sur le trauma, Institut universitaire en santé mentale de Montréal);
- Info-trauma [www.info-trauma.org](http://www.info-trauma.org);
- Centre d'étude sur le trauma (Revue Traumag : [www.plusqu1souvenir.ca](http://www.plusqu1souvenir.ca));
- Douglas Institut universitaire en santé mentale;
- Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).
- Centre d'étude sur le stress humain (CEST);
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS);

**Organisations internationales :**

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE);
- The International Society for Traumatic Stress Studies- ÉU;
- National Health and Medical Research Council (NHMRC) – Australie;
- Cochrane Collaboration;
- Campbell Collaboration.



## Annexe D

Synthèses des méta-analyses incluses<sup>1</sup>

Source	Nombre d'études recensées	Nombre d'études retenues	Aspects méthodologiques	Critères d'inclusion	Principaux résultats	Score de qualité (AMSTAR)
Forneris <i>et al.</i> (2013) É-U	2563	19/56 évaluées. Les échantillons varient de 14 à 1335 participants (toutes les études – sauf une – comportent des petits échantillons).	8 BD consultées 1 janv. 1980 au 30 juil. 2012. Inclut des ECR, des études non-randomisées, études de cohortes prospectives et rétrospectives.	<b>Population</b> : adultes > 18 ans ayant été exposés à un événement traumatique.  <b>Interventions/comparateurs</b> Comparaison d'interventions préventives (ciblées et universelles) administrées dans les 3 mois suivant l'événement avec les interventions suivantes : – Liste d'attente, – Soins réguliers, – Absence d'intervention, – Placebo, – Autres interventions pharmacologiques, psychologiques ou émergentes.	Les 19 études identifiées dans cette méta-analyse concernent des populations, des traumatismes et des interventions variées.  Pour les personnes avec un ESA, la TCC-T brève est plus efficace que la thérapie de soutien ( <i>supportive counseling</i> ) pour réduire la sévérité des symptômes reliés à l'ESPT (évidence modérée).  Ces deux types d'interventions obtiennent des résultats similaires pour l'incidence de l'ESPT (faible évidence), la dépression (faible évidence) et l'anxiété (évidence modérée).  La sévérité des symptômes de PTSD suivant l'événement diminue davantage à la suite des approches de collaboration ( <i>collaborative care</i> ) que des approches habituelles ( <i>usual care</i> ) (une seule étude ; faible évidence).  Le <i>débriefing</i> ne diminue pas l'incidence ou la sévérité des symptômes psychologiques associés à l'ESPT ( <i>low-strength</i> ).  Pour la plupart des interventions, les évidences sont basées sur une étude unique, souvent avec de petits échantillons, des limites méthodologiques et des résultats imprécis. Ces limites empêchent les auteurs de conclure à l'efficacité des	9/11

<sup>1</sup> Toutes les informations présentées dans ce tableau proviennent d'une traduction libre.

Source	Nombre d'études recensées	Nombre d'études retenues	Aspects méthodologiques	Critères d'inclusion	Principaux résultats	Score de qualité (AMSTAR)
					interventions.	
Roberts <i>et al.</i> (2010) UK	2051	11/50 évalués. Les échantillons varient de 17 à 162 participants.	9 BD consultées. Comportent les évaluations à jour au 31 juillet 2008. Inclut des ECR.	<p><b>Population</b> Individus exposés à un événement traumatique (critère A1 du DSM-IV (APA, 1994) de l'ESPT qui ne présentent pas de difficultés psychologiques spécifiques.</p> <p><b>Interventions</b> Séances d'intervention multiples (2 sessions ou plus) (<i>multiple session early psychological intervention or treatment</i>) mises en place à l'intérieur de 3 mois après l'événement traumatique pour prévenir les symptômes d'ESPT :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma (TCC-T ou TF-CBT) (individuel).</li> <li>- Gestion du stress / relaxation.</li> <li>- Groupe de TCC-T.</li> <li>- Thérapie cognitivo-comportementale (CBT).</li> <li>- Désensibilisation et reprogrammation par mouvements oculaires (EMDR).</li> <li>- Groupe de thérapie cognitivo-comportementale (non axé sur le trauma).</li> <li>- Autre intervention psychologique.</li> <li>- Éducation ou information par étapes (<i>education or information giving intervention stepped care</i>).</li> <li>- Interventions offertes sur une base individuelle pour encourager</li> </ul>	<p>Parmi les 11 études (RCT) repérées, 9 présentaient des données pertinentes pour cette méta-analyse.</p> <p>Aucune différence n'est observée entre les conditions de traitement et de contrôle (k=5, n=479 ; RR 0.84; 95 % CI 0.60 to 1.17).</p> <p>Tendance à autorapporter des symptômes d'ESPT aux suivis de 3 et 6 mois chez les personnes recevant une intervention (k=4, n=292; SMD 0.23; 95 % CI 0.00 to 0.46).</p> <p>Aucune évidence ne permet de soutenir l'efficacité du <i>memory structuring intervention</i> ou de l'écoute active (<i>supportive listening</i>).</p> <p>La nature hétérogène des interventions incluses dans cette MA laisse planer une incertitude en regard de l'efficacité d'interventions spécifiques.</p>	11/11

Source	Nombre d'études recensées	Nombre d'études retenues	Aspects méthodologiques	Critères d'inclusion	Principaux résultats	Score de qualité (AMSTAR)
				<p>les habiletés d'adaptation positives et le bien-être.</p> <p>Les séances d'intervention unique sont exclues.</p> <p><b>Comparateurs</b></p> <p>Interventions psychologiques vs listes d'attente/soins usuels.</p> <p>Interventions psychologiques vs autres interventions actives (<i>memory structuring intervention</i>) vs écoute active (<i>supporting listening</i>)</p>		
Rose <i>et al.</i> (2009) UK	15 (dont 9 comportent des populations comparables) Les échantillons varient de 30 à 1745 participants.	16 BD consultées 1973-1996 2005 (années variables selon les BD (il s'agit de la 3 <sup>e</sup> mise à jour de la revue réalisée en 1997) Inclut des ECR.	<p><b>Population</b></p> <p>Personnes (&gt; 16 ans) récemment exposées (1 mois ou moins) à un événement traumatique (selon les auteurs, la majorité des ECR impliquent des populations comparables).</p> <p><b>Interventions</b></p> <p>Séances d'intervention unique (<i>single session psychological intervention</i>) impliquant la ventilation émotionnelle et la normalisation des réactions émotionnelles ressenties après l'événement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Débriefing</i> psychologique.</li> <li>- Gestion du stress (<i>stress debriefing</i>).</li> <li>- <i>Débriefing</i> des incident critique (<i>critical incident stress debriefing</i>).</li> <li>- Intervention de crise.</li> </ul>	<p>Parmi les 15 études repérées, 9 concernaient des populations et des interventions comparables.</p> <p>Après un événement traumatisant, une séance unique de <i>débriefing</i> psychologique (<i>single session psychological debriefing</i>) ne permettrait pas de prévenir l'apparition de l'ESPT, ni de réduire la détresse psychologique.</p> <p>Un an après le traitement, une étude (RCT) montre une augmentation significative du risque de ESPT chez ceux qui ont reçu une séance unique de <i>débriefing</i> (OR 2.51; 95 % CI 1.24 to 5.09).</p> <p>Les participants ayant reçu cette même intervention ne rapportent pas de diminution de la sévérité de l'ESPT lors du suivi réalisé 1 à 4 mois (SMD 0.11; 95 % CI 0.10 to 0.32) après l'intervention, ni après un suivi réalisé 6-13</p>	11/11	

Source	Nombre d'études recensées	Nombre d'études retenues	Aspects méthodologiques	Critères d'inclusion	Principaux résultats	Score de qualité (AMSTAR)
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Débriefing</i> psychiatrique (<i>psychiatric stress debriefing</i>).</li> <li>- <i>Débriefing</i> sur les stressseurs (<i>multiple stressor debriefing</i>).</li> <li>- <i>Débriefing</i> sur l'événement (<i>traumatic event debriefing</i>).</li> <li>- <i>Débriefing</i> sur le trauma.</li> </ul> <p><b>Comparateurs</b>  <i>Débriefing</i> versus groupe contrôle ;  <i>Débriefing</i> versus intervention éducative;  <i>Débriefing</i> immédiat vs <i>débriefing</i> reporté.</p>	<p>mois suivant le traitement (SMD 0.26; 95 % CI 0.01 to 0.50), ou même 3 ans après ce traitement (SMD 0.17; 95 % CI -0.34 to 0.67).</p> <p>De plus, aucune évidence ne permet de conclure que le <i>débriefing</i> diminue le taux de morbidité psychologique général, la dépression ou l'anxiété ou que cette intervention est supérieure à une intervention éducative.</p>	
Roberts <i>et al.</i> (2009) UK	2050	25/49 Les échantillons varient de 8 à 147 participants.	9 BD consultées. Recherches effectuées avant juillet 2007. Inclut des ÉCR.	<p><b>Population</b> Adultes.</p> <p><b>Interventions/comparateurs</b> Traitements psychologiques à sessions multiples mis en place pour réduire les symptômes traumatiques chez les individus exposés à un événement traumatique (critère A1 du PTSD ou de ASD dans le DSM-IV), dans les 3 mois suivant l'exposition, en comparaison avec une intervention les soins habituels ou liste d'attente ou des conditions de traitement psychologiques alternatives.</p>	<p>Concernant les traitements des individus exposés à un événement traumatique, indépendamment de leurs symptômes, aucune différence significative n'est observable entre les interventions et les soins habituels.</p> <p>Concernant le traitement des symptômes de stress post-traumatique, indépendamment du diagnostic, la TCC axée sur le trauma est plus efficace que la liste d'attente ou la thérapie de soutien (<i>supportive counseling conditions</i>).</p>	11/11
Roberts <i>et al.</i> (2012) UK	251	15/50 Les échantillons varient de 8 à 152 participants.	9 BD Inclut des ECR.	<p><b>Population</b> Individus exposés à un événement traumatique (critère A1 du DSM-IV (APA, 1994) qui débutent un traitement psychologique dans les 3 mois suivant l'événement traumatique.</p>	<p>Parmi les 15 études portant sur différentes formes d'interventions développées pour réduire la détresse psychologique chez les individus exposés à un trauma, 12 études évaluaient la TCC-T plus efficace que la liste d'attente (6 études, 471 participants ; SMD-0.64,</p>	11/11

Source	Nombre d'études recensées	Nombre d'études retenues	Aspects méthodologiques	Critères d'inclusion	Principaux résultats	Score de qualité (AMSTAR)
				<p><b>Interventions</b></p> <p>Interventions psychologiques ou traitements identifiés pour réduire les symptômes de stress traumatique aigu (à l'exception de la séance d'intervention unique ou <i>single session intervention</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma (TCC-T) (individuelle).</li> <li>- Groupe de TCC-T.</li> <li>- Thérapie cognitivo-comportementale (CBT).</li> <li>- Désensibilisation et reprogrammation par mouvements oculaires (EMDR).</li> <li>- Groupe de thérapie cognitivo-comportementale (non axé sur le trauma).</li> <li>- Autre intervention psychologique.</li> <li>- Éducation ou information donnée par étapes.</li> <li>- Interventions offertes sur une base individuelle pour encourager les habiletés d'adaptation positives et le bien-être.</li> </ul> <p><b>Compareurs</b></p> <p>Intervention psychologique vs liste d'attente/soins habituels.</p> <p>Interventions psychologiques vs autres interventions psychologiques.</p>	<p>95 % CI -1.06, -0.23) ou la thérapie de soutien (<i>supportive counselling</i>) (4 études, 198 participants ; SMD -0.67, 95 % CI -1.12, -0.23).</p> <p>Les effets contre la thérapie de soutien se maintiennent au suivi de 6 mois (4 études, 170 participants ; SMD -0.64, 95 % CI -1.02, -0.25).</p> <p>Aucune évidence sur l'efficacité (<i>effectiveness</i>) de l'intervention d'écriture structurée (<i>structured writing intervention</i>) n'est obtenue lorsque comparée à une intervention minimale (2 études, 149 participants ; SMD -0.15; 95 % CI -0.48, 0.17).</p>	



## Annexe E

## Grilles AGREE II

<b>Résultats de l'évaluation de la qualité du guide de pratique clinique NICE selon la grille AGREE II</b>				
<b>Domaines</b>	<b>Items</b>	<b>Facteurs de qualité (AGREE II)</b>	<b>NICE Guideline (2005)</b>	<b>Score par domaine (%)</b>
<b>1. Champ d'application et objectifs</b>	1	Description des objectifs.	7	100
	2	Description des questions de santé visées par le guide.	7	
	3	Description de la population cible.	7	
<b>2. Implication des acteurs</b>	4	Représentation variée du groupe de développement.	7	100
	5	Considération du point de vue des acteurs et de la population cible.	7	
	6	Identification de l'utilisateur cible.	7	
<b>3. Rigueur du développement</b>	7	Utilisation d'une méthode systématique pour identifier les évidences.	7	100
	8	Description claire des critères de sélection.	7	
	9	Description claire des forces et des limites des évidences.	7	
	10	Description claire de la méthode de formulation des recommandations.	7	
	11	Considération des bénéfices pour la santé, des effets secondaires et des risques dans la formulation des recommandations.	7	
	12	Liens explicites entre les recommandations et les évidences.	7	
	13	Révision du guide par des experts externes avant sa publication.	7	
	14	Procédure de mise à jour du guide disponible.	7	
<b>4. Clarté de la présentation</b>	15	Les recommandations sont spécifiques et sans ambiguïté.	7	100
	16	Présentation claire des différentes options de gestion des soins de santé.	7	
	17	Recommandations clés sont facilement identifiables.	7	
<b>5. Applicabilité</b>	18	Description des facilitateurs et des barrières à l'application du guide.	7	100
	19	Des conseils et des outils sont fournis pour faciliter l'application des recommandations dans la pratique.	7	
	20	Considération pour l'implication des ressources potentielles pour l'application des recommandations.	7	
	21	Des critères de suivi et d'évaluation sont présents dans le guide.	7	
<b>6. Indépendance éditoriale</b>	22	Les points de vue d'organismes subventionnaires n'ont pas influencé le contenu du guide.	7	100
	23	Déclaration des conflits d'intérêts.	7	
<b>Évaluation générale de la qualité</b>				
Ce guide de pratique a été développé dans le respect de tous les standards de qualité recommandés par <i>AGREE II</i> .				
<b>Recommandations par rapport à l'utilisation du guide</b>				
Ce guide peut être utilisé tel quel.				

<b>Résultats de l'évaluation de la qualité du guide de pratique clinique ACPMH selon la grille AGREE II</b>				
<b>Domaines</b>	<b>Items</b>	<b>Facteurs de qualité (AGREE II)</b>	<b>ACPMH guideline (2007)</b>	<b>Score par domaine (%)</b>
<b>1. Champ d'application et objectifs</b>	1	Description des objectifs.	7	100
	2	Description des questions de santé visées par le guide.	7	
	3	Description de la population cible.	7	
<b>2. Implication des acteurs</b>	4	Représentation variée du groupe de développement.	7	100
	5	Considération du point de vue des acteurs et de la population cible.	7	
	6	Identification de l'utilisateur cible.	7	
<b>3. Rigueur du développement</b>	7	Utilisation d'une méthode systématique pour identifier les évidences.	7	100
	8	Description claire des critères de sélection.	7	
	9	Description claire des forces et des limites des évidences.	7	
	10	Description claire de la méthode de formulation des recommandations.	7	
	11	Considération des bénéfices pour la santé, des effets secondaires et des risques dans la formulation des recommandations.	7	
	12	Liens explicites entre les recommandations et les évidences.	7	
	13	Révision du guide par des experts externes avant sa publication.	7	
<b>4. Clarté de la présentation</b>	14	Procédure de mise à jour du guide disponible.	7	100
	15	Les recommandations sont spécifiques et sans ambiguïté.	7	
	16	Présentation claire des différentes options de gestion des soins de santé.	7	
<b>5. Applicabilité</b>	17	Recommandations clés sont facilement identifiables.	7	100
	18	Description des facilitateurs et des barrières à l'application du guide.	7	
	19	Des conseils et des outils sont fournis pour faciliter l'application des recommandations dans la pratique.	7	
	20	Considération pour l'implication des ressources potentielles pour l'application des recommandations.	7	
<b>6. Indépendance éditoriale</b>	21	Des critères de suivi et d'évaluation sont présents dans le guide.	7	100
	22	Les points de vue d'organismes subventionnaires n'ont pas influencé le contenu du guide.	7	
	23	Déclaration des conflits d'intérêts.	7	
<b>Évaluation générale de la qualité</b>				
Ce guide de pratique a été développé dans le respect de tous les standards de qualité recommandés par l' <i>Australian National Health and Medical Research Council (ANHMRC)</i> .				
<b>Recommandations par rapport à l'utilisation du guide</b>				
Ce guide peut être utilisé tel quel.				



## Annexe F

## Extraits des codes de déontologie des psychologues du Québec et des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec - À jour au 1er avril 2014 -

Code de déontologie des psychologues	Code de déontologie des travailleurs sociaux
<b>CONCERNANT LA CONFIDENTIALITÉ</b>	
<p>15. Le psychologue, aux fins de préserver le secret professionnel :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ne divulgue aucun renseignement sur son client à l'exception de ce qui a été autorisé formellement par le client par écrit, ou verbalement s'il y a urgence, ou encore si la loi l'ordonne.</li> <li>2) Avise le client qu'il a l'intention d'autoriser la communication de renseignements confidentiels le concernant à un tiers, des conséquences de cette divulgation et de ses réserves, le cas échéant.</li> <li>3) Ne révèle pas qu'un client fait ou a fait appel à ses services professionnels ou qu'il a l'intention d'y recourir.</li> </ol>	<p>3.06.01. Le travailleur social doit respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle obtenu dans l'exercice de sa profession.</p> <p>Le travailleur social ne peut être relevé du secret professionnel qu'avec l'autorisation de son client ou lorsque la loi l'ordonne.</p> <p>Le travailleur social doit s'assurer que son client soit pleinement informé des utilisations éventuelles des renseignements confidentiels qu'il a obtenus.</p>
<p>18. Le psychologue peut communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable.</p> <p>Toutefois, le psychologue ne peut alors communiquer ce renseignement qu'à la ou aux personne(s) exposée(s) à ce danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours.</p>	<p>3.06.01.01. Outre les cas prévus au deuxième alinéa de l'article 3.06.01, le membre peut communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable.</p> <p>Toutefois, le membre ne peut alors communiquer ce renseignement qu'à la ou aux personne(s) exposée(s) à ce danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours.</p> <p>Le membre ne peut communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication.</p>
	<p>3.06.02. Le travailleur social ne doit pas dévoiler ou transmettre un rapport d'évaluation psychosociale à un tiers, sauf si sa communication est nécessaire dans le cadre de l'application de la loi et que le tiers la requiert dans l'exercice de ses fonctions.</p>
	<p>3.06.03. Le travailleur social ne doit pas révéler qu'une personne a fait appel à ses services à moins que la nature de la situation ou du problème en cause ne rende cette révélation nécessaire ou inévitable, dans ce cas, il en informe le client dès que possible.</p>
	<p>3.06.08. Le contenu du dossier concernant un client, tenu par un travailleur social, ne peut être divulgué, confié ou remis à un tiers, en tout ou en partie, qu'avec</p>

Code de déontologie des psychologues	Code de déontologie des travailleurs sociaux
	l'autorisation du client concerné, ou lorsque la loi l'exige.
<b>CONCERNANT LE CONFLIT D'INTÉRÊTS</b>	
23. Le psychologue subordonne son intérêt personnel ou, le cas échéant, celui de son employeur ou de ses collègues de travail à l'intérêt de ses clients.	3.05.01. Le travailleur social subordonne son intérêt personnel à celui de son client.
24. Le psychologue évite, sauf urgence, de rendre des services professionnels à des personnes avec qui il entretient une relation susceptible de mettre en cause le caractère professionnel de sa relation ainsi que la qualité de ses services professionnels.	3.05.03. Le travailleur social sauvegarde en tout temps son indépendance professionnelle et évite toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, le travailleur social : a. est en conflit d'intérêts, lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux à ceux de son client ou que son jugement et sa loyauté envers celui-ci sont défavorablement affectés ; b. n'est pas indépendant comme conseiller pour un service donné, s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel.
26. Pendant la durée de la relation professionnelle, le psychologue n'établit pas de liens d'amitié susceptibles de compromettre la qualité de ses services professionnels, ni de liens amoureux ou sexuels avec un client, ne tient pas de propos abusifs à caractère sexuel et ne pose pas de gestes abusifs à caractère sexuel à l'égard d'un client.  La durée de la relation professionnelle est déterminée en tenant compte notamment de la nature de la problématique et de la durée des services professionnels donnés, de la vulnérabilité du client et de la probabilité d'avoir à rendre à nouveau des services professionnels à ce client.	

## Annexe G

## Avis juridique du contentieux du CJQ-IU



Contentieux

Existe-t-il des balises juridiques à la postvention?  
Qui devrait effectuer la postvention?

**Législation en matière de santé et de sécurité au travail**

D'abord, il est important de souligner qu'il incombe à l'employeur de prévenir les événements pouvant causer des chocs post-traumatiques. De plus, dans un second temps, l'employeur a la responsabilité d'offrir l'aide appropriée aux personnes atteintes d'un tel type de trauma. Les employeurs, qu'ils soient soumis à la réglementation fédérale ou provinciale, sont tous tenus à cette obligation en vertu de lois différentes.

À cet effet, le Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, en tant qu'employeur de la fonction publique provinciale, est soumis à l'article 51 de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* qui énonce ce qui suit :

*« 51. L'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé et assurer la sécurité et l'intégrité physique du travailleur. »*

Pour remplir son devoir, l'employeur doit notamment :

- Afficher les noms des membres du personnel chargés des questions de santé et de sécurité au travail;
- Informer l'employé sur les risques reliés à son travail et lui permettre la formation et la supervision nécessaires.

À titre d'exemple, l'article 124 du *Code canadien du travail* prévoit cette même obligation pour les employeurs exerçant des activités de compétence fédérale :

*« 124. L'employeur veille à la protection de ses employés en matière de santé et de sécurité au travail. »*

Dans le cadre de cette obligation générale, l'article 125 du *Code canadien du travail* mentionne plusieurs obligations dont l'employeur est tenu :

- Offrir à chaque employé l'information, la formation et la surveillance nécessaires pour assurer sa santé et sa sécurité;
- Prendre des moyens pour prévenir et réprimer la violence dans le milieu de travail;
- Afficher les noms et numéros de téléphone des membres des comités et des représentants de santé et sécurité.

## Méthodes d'intervention

L'intervention à la suite d'un événement traumatisant, communément appelée la postvention, sert à prévenir un état de stress post-traumatique. Il n'existe pas de balises juridiques aux méthodes d'intervention devant être utilisées et non plus concernant les professionnels qui devraient faire ce type d'intervention. Ni le *Code des professions*, ni le *Code de déontologie des médecins ou des psychologues* ne traitent de cet aspect. Les méthodes d'intervention de postvention peuvent donc varier d'un professionnel à un autre. Il appartient à chaque établissement de mettre en place un protocole de postvention dans le milieu de travail.

Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux, les experts en état de post-traumatique retiennent généralement comme étant les meilleurs traitements la psychothérapie et les médicaments. Donc, selon ces experts, les professionnels les mieux qualifiés pour intervenir à la suite d'un trauma sont les personnes détenant un permis de psychothérapeute, les psychologues et les médecins.

## La psychothérapie et son exercice

La psychothérapie est un traitement psychologique encadré par la loi et dont un permis est nécessaire pour l'exercer. Parmi les nombreux changements apportés par la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* (communément appelée le projet de loi 21), il faut compter l'encadrement de la psychothérapie. En effet, le projet de loi 21 a mis fin à l'ambiguïté tournant autour de la psychothérapie en la définissant et en réservant sa pratique.

Depuis l'adoption du projet de loi 21, le *Code des professions* définit la psychothérapie comme suit :

*« Un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien. »*

La loi permet aux psychologues, aux médecins, ainsi qu'aux détenteurs d'un permis de psychothérapeute d'exercer la psychothérapie. Donc, d'emblée, les psychologues et les médecins peuvent pratiquer la psychothérapie. En ce qui concerne les personnes pouvant détenir un permis de psychothérapeute, la loi et certains règlements régissent leur admissibilité.

Les psychothérapeutes membres d'un ordre professionnel sont soumis à leur code de déontologie respectif. Ceux qui ne font pas partie d'un ordre professionnel, sont soumis à une partie identifiée du *Code de déontologie des psychologues*.

## L'obligation des psychologues découlant du Code des professions

L'article 37 du Code des professions décrit le champ d'exercices du psychologue :

*« 37. Tout membre d'un des ordres professionnels suivants peut exercer les activités professionnelles suivantes, en outre de celles qui lui sont autrement permises par la loi :  
[...]*

*[...] (e) l'Ordre professionnel des psychologues du Québec : évaluer le fonctionnement psychologique et mental ainsi que déterminer, recommander et effectuer des interventions et des traitements dans le but de favoriser la santé psychologique et de rétablir la santé mentale de l'être humain en interaction avec son environnement ; »*

Sans être nommée expressément, l'intervention à la suite d'un état de choc post-traumatique fait partie du champ de compétence du psychologue. En effet, cette intervention a pour effet de favoriser la santé psychologique d'une personne atteinte d'un stress post-traumatique. Toutefois, comme il a été mentionné précédemment, aucune méthode spécifique d'intervention n'est prévue.

### **Conclusion**

Enfin, il est important de souligner, bien que les employeurs n'aient pas de balises juridiques auxquelles se raccrocher pour établir leurs méthodes d'intervention à la suite d'un événement traumatisant, qu'ils ont l'obligation de tenter de mettre en place de telles mesures avec les professionnels de leur choix. Il existe plusieurs guides d'informations produits avec la collaboration de Santé Canada ou du ministère de la Santé et des Services sociaux auxquels les employeurs peuvent se fier pour mettre en place un protocole d'intervention dans leur milieu de travail.

**Rédigé par :** M<sup>me</sup> Joannie Laliberté, stagiaire en droit

Mise en page : M<sup>me</sup> Peggy Perron

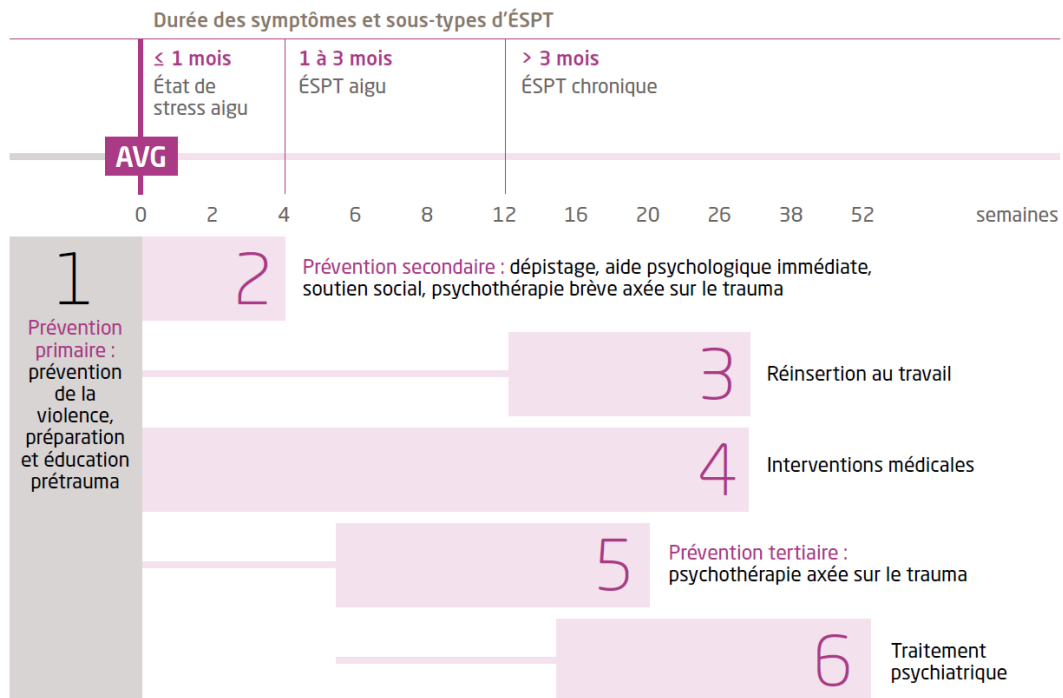
**Supervisé par :** M<sup>e</sup> Louis Charette, avocat

Document en date du 20 mai 2014



## Annexe H

## Programme d'évaluation et de gestion des actes de violence (Guay et Marchand, 2011)







## Annexe I

### Experts québécois qui travaillent sur l'ESPT

- **Brunet, Alain** Courriel : [alain.brunet@mcgill.ca](mailto:alain.brunet@mcgill.ca)  
*Directeur – Institut Douglas – Division de recherche psychosociale*  
*Chercheur – Institut Douglas*  
*Professeur agrégé – Université McGill – Département de psychiatrie*
- Vice-président – International Society for Traumatic Stress Studies
  - Rédacteur en chef – Le journal international de victimologie
  - Rédacteur en chef adjoint – Journal of Traumatic Stress
  - Fondateur – site Internet i-trauma
- **Brillon, Pascale**  
*Psychologue spécialisée,*  
*Clinique des Troubles anxieux, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et Centre de médecine intégrée*
- Chargée de cours, Université de Sherbrooke
  - Professeure associée à l'Université du Québec à Montréal Téléphone : 514 338-4201
- **Guay, Stéphane, Ph.D. en psychologie clinique** Courriel : [stephane.guay@umontreal.ca](mailto:stephane.guay@umontreal.ca)  
*Professeur agrégé*  
*Université de Montréal*  
*École de criminologie*
- Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal
  - Codirecteur du Centre d'étude sur le trauma
  - Directeur de recherche intégrée aux soins de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal
  - Directeur de l'équipe VISAGE
- **Marchand, André Ph.D.** Courriel : [amarchand.hlhl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:amarchand.hlhl@ssss.gouv.qc.ca)  
*Professeur titulaire*  
*Université du Québec à Montréal*  
*Département de psychologie*
- Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal
  - Codirecteur du Centre d'étude sur le trauma







Centre jeunesse  
de Québec

Institut universitaire



Unité d'évaluation des technologies et des modes  
d'intervention en services sociaux

Direction des services professionnels  
et des affaires universitaires

Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

Juin 2014