

CADRES DE RÉFÉRENCE
ET GUIDES TECHNIQUES

INTERVENTION
POSTÉVÉNEMENT
CRITIQUE (IPEC)
LIGNES DIRECTRICES



SQETGC
SERVICE QUÉBÉCOIS D'EXPERTISE
EN TROUBLES GRAVES DU COMPORTEMENT

UN SERVICE DE LA



FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES
CENTRES DE RÉADAPTATION
EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES
ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT



CADRES DE RÉFÉRENCE
ET GUIDES TECHNIQUES

INTERVENTION POSTÉVÉNEMENT CRITIQUE (IPEC)

LIGNES DIRECTRICES

Lynne Bibeau, Ph. D., psychologue

Guy Sabourin, Ph. D., expert-conseil, SQETGC

Novembre 2014

Publié au Québec en novembre 2014.

Par le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement, un service de la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement.

ISBN – 2-921627-24-8

© FQCRDITED | SQETGC (2014)

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Écrit par Lynne Bibeau et Guy Sabourin.

Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement
1001, rue Sherbrooke Est, bureau 510
Montréal (Québec)
H2L 1L3

Téléphone : 514 525-2734
Télécopieur : 514 525-7075

www.fqcrdited.org/sqetgc

Ce document devrait être cité comme suit : Bibeau, L. et Sabourin, G. (2014). *Intervention postévénement critique (IPEC) – Lignes directrices*. Montréal, Canada : FQCRDITED | SQETGC.

TABLE DES MATIÈRES

Préface	5
Présentation.....	5
Remerciements.....	5
Introduction	7
1. Objectif général de l'intervention postévénement critique.....	9
2. Définitions	11
2.1 Définition d'un événement critique.....	11
2.2 Définition des réactions de stress aigu	12
2.3 Définition des différentes formes de stress.....	17
3. Théories neurobiologiques	19
4. Revue des études en gestion du stress.....	21
4.1 Une étude auprès de différents aides-soignants et leurs réactions postincident critique	21
4.2 <i>Assaulted Staff Action Program (ASAP)</i>	22
4.3 <i>Debriefing</i> pour le personnel des soins psychiatriques	24
4.4 Programme d'intervention vs une session unique de <i>debriefing</i> psychologique.....	26
4.5 Programme d'intervention vs coûts.....	27
4.6 Les programmes d'intervention de crise révisés par les Nations unies.....	27
4.7 Les critères d'intervention du programme <i>Critical Incident Stress Management (CISM)</i> de J. T. Mitchell et G. Everly (1)	29
4.8 Les études de Caine, R. M. et Ter-Bagdasarian, L. (3) et de Richards, D. (12), une révision du programme de gestion de stress postincident critique (CISM) (1).....	30
4.9 Les interventions effectuées par les pairs.....	33
5. Composantes d'un programme de gestion du stress postévénement critique	37
5.1 L'intervention précrise (<i>preincident education</i>).....	37
5.2 Désamorçage.....	38
5.3 Triage.....	39
5.4 <i>Debriefing</i> psychologique.....	41
5.5 <i>Debriefing</i> technique.....	48
5.6 Suivi en psychothérapie et en médecine	49

6. Mise en œuvre du programme IPEC.....	51
6.1 Préparation et prise de décision	52
6.2 Nomination d'un chargé de projet.....	53
6.3 Comité de mise en œuvre	53
6.4 Création d'une équipe d'aidants-IPEC	56
6.5 Sensibilisation et formation	57
6.6 Mécanismes de soutien et de supervision	58
6.7 Implantation effective d'IPEC.....	58
6.8 Évaluation continue et périodique d'IPEC.....	59
7. Évaluation d'un programme de gestion du stress postévénement critique	61
Conclusion.....	63
Références.....	65
Littérature additionnelle	67
Annexe - I Synthèse des lignes directrices pour la mise en œuvre du programme IPEC.....	69
Annexe - II Résumé des services de soutien psychologique et technique offerts dans le cadre de l'intervention postévénement critique (IPEC)	77
Annexe - III Rapport type intervention postévénement critique à l'intention du gestionnaire ou des RH	79
Annexe- IV Rapport Abrégé intervention postévénement critique – Formulaire de demande pour un <i>debriefing</i> Psychologique à l'intention du psychologue associé à IPEC.....	83
Annexe - V Triage – formulaire d'évaluation.....	87
TABLEAU 1 – LES DIFFÉRENTES FORMES DE STRESS	17
TABLEAU 2 – LE MODÈLE DE R. JAMES – INTERVENTION DE CRISE	38
TABLEAU 3 – LES SEPT ÉTAPES DU <i>DEBRIEFING</i> PSYCHOLOGIQUE, MODÈLE DE J. T. MITCHELL, ET ADAPTATION FRANÇAISE	42
TABLEAU 4 – SÉQUENCE TEMPORELLE RECOMMANDÉE POUR LES ÉTAPES D'INTERVENTION.....	55

PRÉFACE

Présentation

Exercer le rôle d'intervenant auprès d'une clientèle présentant des troubles graves de comportement constitue pour plusieurs un défi professionnel stimulant, mais c'est aussi un rôle qui comporte un niveau élevé d'exigences, lié à la complexité des situations à gérer et à leur imprévisibilité. Dans un tel contexte, il n'est pas rare que ces intervenants soient impliqués (comme témoins ou parfois victimes) dans des événements susceptibles d'entraîner chez eux des réactions psychologiques ou physiques significatives, pour lesquelles un soutien spécialisé peut s'avérer nécessaire.

Désireux d'agir sur cette problématique, le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement est fier de mettre à la disposition des établissements qui œuvrent auprès de la clientèle ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme un ouvrage qui, en plus d'offrir un cadre de référence permettant de comprendre comment et pourquoi se développent des réactions de nature traumatique chez les intervenants confrontés à des événements critiques, soumet des recommandations permettant de structurer et d'implanter des mécanismes de soutien appropriés pour les personnes qui en sont victimes.

Remerciements

Le présent ouvrage est le fruit d'un travail de longue haleine mené par deux experts chevronnés associés de près au SQETGC, madame Lynne Bibeau, Ph. D., et monsieur Guy Sabourin Ph. D.

Psychologue judiciaire, madame Bibeau a réalisé des études postdoctorales à l'Université de Memphis (Nevada) portant sur l'intervention de crise en milieu policier; elle est une référence dans ce domaine, comme en font foi les nombreuses conférences et formations qu'elle donne à plusieurs organismes publics. Elle a aussi assumé pendant plusieurs années la gestion de programmes d'aide aux employés et de programmes en intervention de crise pour une importante société québécoise de services-conseils en gestion des ressources humaines.

De son côté, monsieur Sabourin agit depuis de nombreuses années comme psychologue et clinicien auprès de la clientèle présentant des troubles graves de comportement, et ce, dans différents milieux : déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme, santé mentale. Il a occupé divers postes de cadre conseil et de gestionnaire dans le réseau de la santé et des services sociaux, dont celui de directeur du SQETGC pendant plus de 11 ans. Chercheur au CRDITED MCQ-IU, il est impliqué dans la recherche d'outils et de pratiques cliniques permettant de prévenir les situations de crise ou de les gérer. Il vient d'ailleurs de compléter, pour le compte du ministère de la Santé et des Services sociaux, une vaste étude portant sur le phénomène de la crise et la recherche des meilleures pratiques permettant d'y faire face.

Le SQETGC remercie chaleureusement ces deux experts qui ont su conjuguer leur expertise pour proposer une démarche d'intervention concrète et efficace qui fait déjà ses preuves dans les milieux où elle a été implantée.

Il convient également de remercier les membres du Comité de lecture qui ont accepté de revoir et d'enrichir le contenu du cadre de référence présenté ici : madame Justine Granger, psychologue et spécialiste en intervention de crise, monsieur André Soulières, expert-conseil au SQETGC, et monsieur Martin Bigras, psychoéducateur, conseiller en gestion des programmes/DI-équipe régionale TGC au CRDITED MCQ-IU.

Finalement, une publication comme celle-ci ne peut voir le jour sans l'appui d'une équipe technique compétente et dédiée, qui prend charge de tous les détails associés au processus d'édition. À cet égard, un grand merci à Marianne Reux pour la gestion de ce processus et à Diane Touten pour les multiples révisions et pour son implication tout au long de l'élaboration de ce document.



Roger Guimond
Directeur du SQETGC

INTRODUCTION

Considérant, d'une part, les services offerts par les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED) aux personnes présentant des épisodes de troubles graves du comportement (TGC) et, d'autre part, les différents contextes d'intervention et la pression ressentie par divers intervenants, le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC) propose des lignes directrices destinées à soutenir la mise en place, au sein des établissements, d'un programme (ou dispositif) d'intervention postévénement critique (IPEC). Ces lignes directrices identifient, pour les besoins des ressources humaines des CRDITED, les mesures destinées à faciliter la gestion du stress « postévénement critique ». Elles ont été rédigées à l'intention des directions des CRDITED en vue de les aider à mieux soutenir le personnel affecté et le personnel témoin d'un événement critique, voire traumatique, en lien avec son travail auprès de la clientèle présentant un trouble grave du comportement.

Le document présente en premier lieu une revue des études relatives à la gestion du stress postévénement critique dans les milieux de travail se rapprochant le plus du contexte des CRDITED et il souligne le besoin de soutien des intervenants œuvrant directement auprès de la clientèle. Cette revue de la recherche scientifique permet aussi d'identifier les meilleures pratiques (*Best Practices*) susceptibles d'aider le personnel des CRDITED à faire face à cette problématique.

Les lignes directrices proposées, qui comprennent plusieurs types d'interventions, visent à prévenir les situations potentiellement à risque pour l'intégrité physique et psychologique du personnel qui œuvre auprès des usagers présentant un TGC, à évaluer les besoins du personnel et à leur offrir un soutien spécifique immédiatement après l'événement critique et jusqu'à six semaines postévénement. Un tel soutien les aidera à mieux comprendre et à mieux gérer les réactions « normales » de stress suite à un événement déstabilisant ou traumatique. Un système de référence devra aussi être disponible pour une aide à plus long terme lorsque nécessaire.

Le présent document comprend plusieurs recommandations, appuyées par des résultats de recherche, qui définissent les composantes requises pour qu'un programme de gestion du stress postévénement critique en contexte organisationnel soit efficace. Il inclut également une réflexion sur les modalités de mise en œuvre d'un tel programme, et décrit la séquence des interventions à offrir ainsi que la démarche d'implantation proprement dite; il se conclut en identifiant les variables qui devraient être prises en compte pour évaluer les impacts des interventions déployées.

En résumé, le programme d'intervention postévénement critique (IPEC) mis de l'avant dans le présent document s'inscrit dans un processus de soutien aux personnes qui ont vécu un événement critique avec un ou des usagers. Il a été développé en fonction de ce qui est ressorti comme étant les meilleures pratiques de soutien dans la recension des écrits scientifiques et professionnels réalisée par la première auteure. Dans le cadre de ce processus d'intervention, une équipe d'intervenants dédiés à l'application de ces meilleures pratiques doit être créée et adéquatement formée pour offrir ce type de soutien. Dans le texte, nous référons à ces personnes-ressources en parlant des « aidants-IPEC ». Une bonne connaissance des étapes du programme IPEC les rendra plus confiants pour assumer cet aspect de leur travail. Il a été démontré que cette forme de soutien a un impact très positif sur le personnel directement et indirectement affecté par des comportements inquiétants, menaçants, ou des agressions de la part des usagers.

1. OBJECTIF GÉNÉRAL DE L'INTERVENTION POSTÉVÉNEMENT CRITIQUE

Les mesures proposées dans l'intervention postévénement critique visent à soutenir les différents intervenants œuvrant auprès de personnes présentant des épisodes de TGC. Leurs fonctions les exposent aux menaces et aux risques d'agression; il faut donc bien évaluer leurs besoins et leur donner un soutien approprié dans les heures, les jours et les semaines suivant un événement déstabilisant.

L'intervention psychologique de première ligne, c'est-à-dire le désamorçage et le *debriefing* psychologiques, ont beaucoup évolué. Controversé à un certain moment, le *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD) de J. T. Mitchell (1) a attiré l'attention de plusieurs chercheurs. Une revue de la littérature sur le sujet s'imposait donc afin de bien expliquer, et même de justifier, chacune des étapes proposées.

À ce jour, aucune étude sur les réactions postévénement critique n'a été faite chez le personnel œuvrant auprès de personnes ayant un TGC. Le présent document inclut donc une revue des études effectuées dans les populations les plus similaires possibles, c.-à-d. les aides-soignants ou le milieu infirmier.

Les mesures de gestion de stress postévénement critique proposées ici devraient contribuer à réduire les facteurs de risques psychosociaux dans le milieu de travail et avoir un impact positif sur le bien-être du personnel et sur sa qualité de vie au travail.

2. DÉFINITIONS

2.1 Définition d'un événement critique

Certains auteurs ont fait une différence importante, et ce, à juste titre, entre l'événement traumatogène et l'événement dépressogène (2).

Un **événement traumatogène** est généralement exceptionnel et arrive de manière soudaine, violente et imprévisible. Il est ressenti comme mettant en péril l'équilibre psychologique et comme pouvant avoir des répercussions physiques (2, 3). Il implique une expérience subjective et objective de menace pour la vie ou pour l'intégrité personnelle. Au cours de l'événement, la personne impliquée se sent envahie ou assujettie. L'événement cause une peur, un sentiment d'horreur et d'impuissance.

Pour De Soir (2), les indices qu'il y a eu un traumatisme sont les suivants : la personne sent qu'elle a « couru pour sa vie », qu'elle a connu une hyperactivation (état d'alerte physique et psychologique), une expérience dissociative (*tunnel vision*) ou un niveau très élevé d'anxiété. Le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; American Psychiatric Association)* (4) définit la dissociation comme étant un processus dans lequel les fonctions habituellement intégrées de la mémoire, de la conscience, de l'identité ou de la perception de l'environnement sont perturbées. Il s'ensuit un effondrement de soi et une déstabilisation des croyances de base reliées à la sécurité et à la capacité de prédire et de contrôler.

L'événement dépressogène a le potentiel de rendre les gens tristes, abattus et de provoquer des pensées « noires ». Le professionnel peut aussi avoir une réaction de deuil. Certaines situations peuvent aussi déclencher une réaction d'hyperagitation.

Les intervenants du domaine de la santé et des services sociaux, et dans l'actuel cadre de référence, ceux qui travaillent avec des personnes présentant des épisodes de TGC, sont susceptibles de vivre des réactions postévénement critique suite à des événements de type traumatogène et ou dépressogène.

Les deux types d'événements, traumatogène et dépressogène, ont en commun qu'ils créent le même niveau élevé d'anxiété et qu'ils laissent une trace indélébile dans l'esprit des personnes affectées (2).

2.2 Définition des réactions de stress aigu

Afin de bien situer le besoin d'intervention et les différents éléments d'un programme de gestion du stress postévénement critique, une description des réactions de stress aigu doit d'abord être présentée.

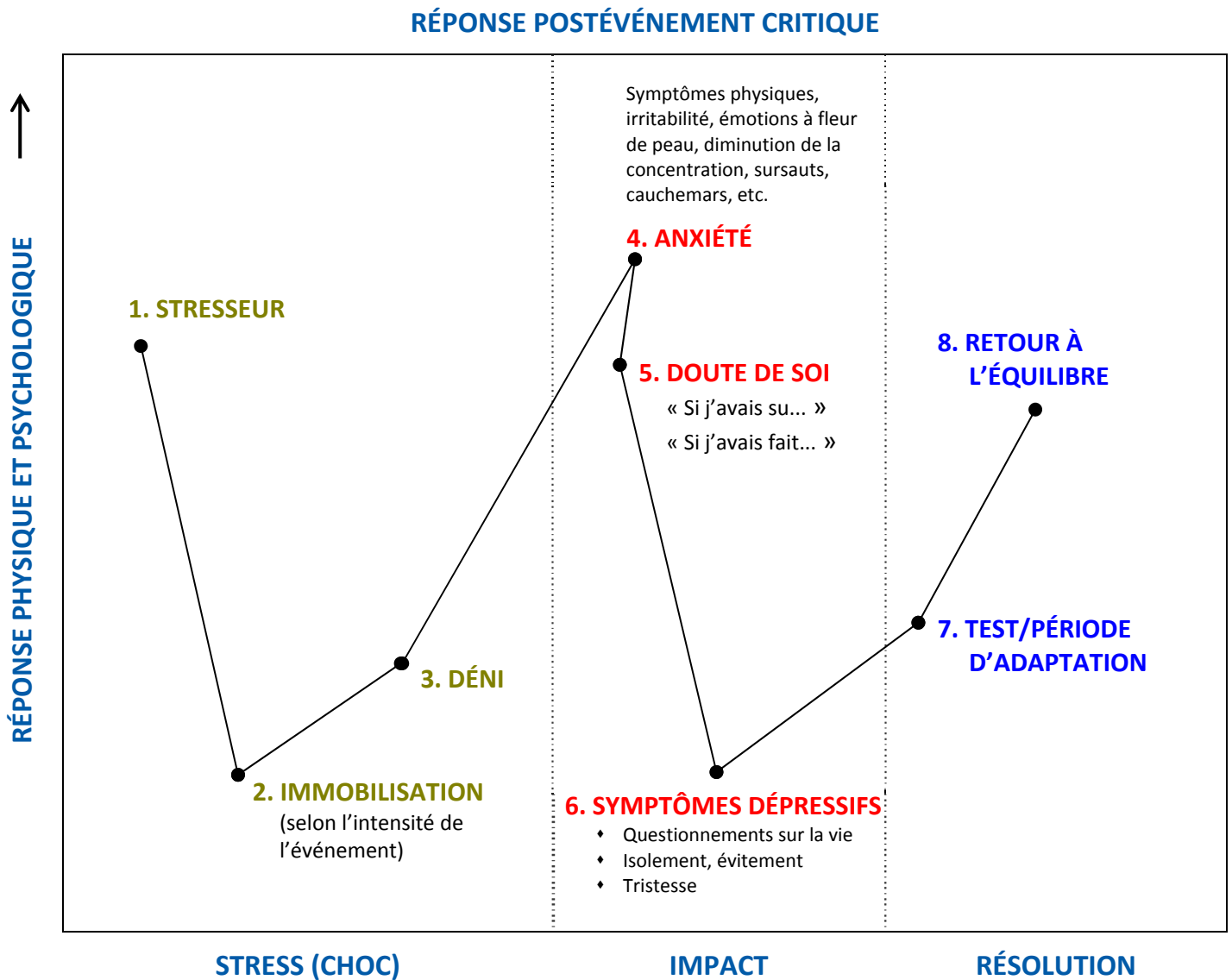
Les chercheurs Caine, R. M. et Ter-Bagdasarian, L. (3) rapportent quelques facteurs influençant la réponse à l'événement critique. Les principaux facteurs sont l'état psychologique de la personne impliquée, ses valeurs personnelles, son attitude, la façon dont la menace est perçue, la signification attribuée à l'événement, la présence ou l'absence d'un signal, le fait d'avoir pu ou non se préparer et l'habileté à se distancer émotionnellement de l'événement.

La liste suivante donne un aperçu des réactions qu'une personne pourrait développer suite à un événement critique :

- sentiment de perte de contrôle;
- inquiétude, crainte, peur;
- sentiment de culpabilité, honte;
- blessure psychologique;
- nervosité, anxiété;
- augmentation du stress;
- baisse de la concentration;
- diminution de la productivité;
- diminution du désir de travailler;
- diminution de la confiance en soi;
- diminution de l'efficacité;
- tension musculaire;
- augmentation de la consommation d'alcool ou d'autres substances;
- réactions émotionnelles (plus ou moins intenses et pouvant nuire au bon fonctionnement personnel et professionnel);
- diminution ou augmentation de l'appétit.

L'apparition, l'intensité et la durée de ces réactions varient énormément d'une situation à l'autre et d'un individu à l'autre.

Le graphique 1 illustre bien les différentes étapes qu'une personne victime d'une agression ou d'un autre événement critique pourrait traverser.



Graphique 1. Williams, T. (1988) (5)

1. Le **stresseur** : l'événement critique (le stresseur) déclenche chez la personne impliquée (victime) une réaction psycho-physiologique de production d'adrénaline.
2. La phase d'**immobilisation** (modification des perceptions) n'est présente que dans les traumatismes, donc dans les situations qui dépassent le stress « habituel ». Une peur intense vient affecter les perceptions. Par exemple, lors d'une charge sur un intervenant (la personne cliente fonçait dessus), l'intervenant rapporte avoir vu la scène se dérouler au ralenti, un autre a « gelé sur place » et un autre a eu le regard figé sur les yeux furieux de l'agresseur et n'a rien vu d'autre, etc.
3. Le **déni** se produit surtout lors d'un traumatisme important; le déni est en quelque sorte un mécanisme de défense. Pendant un moment, la victime peut être incrédule face au stresseur. Par exemple : « Je ne réalisais pas ce qui se passait. », « Je ne pouvais pas croire que ça m'arrivait. »
4. L'**anxiété** sera d'une intensité différente d'une personne à l'autre. Elle s'exprime de manière physique, émotive, cognitive et comportementale.

Réactions physiques immédiates

- Augmentation du rythme cardiaque;
- Tremblements ou sensation de tremblements intérieurs;
- Étourdissement;
- Transpiration;
- Sensation de froid;
- Douleur ou tension musculaire;
- Hyperventilation;
- Élévation de la pression artérielle.

Réactions physiques à moyen ou à long terme

- Problème gastro-intestinal;
- Exacerbation d'un problème médical préexistant;
- Insomnie;
- Perte ou augmentation de l'appétit;
- Maux de tête;
- Faiblesse;
- Fatigue.

Réactions émotives

- Anxiété;
- Symptômes dépressifs;
- Culpabilité;
- Colère;
- Dénier;
- Irritabilité, impatience;
- Émotions à fleur de peau.

Réactions cognitives à court ou à plus long terme

- Cauchemars;
- Pensées intrusives aussi appelées mémoire intrusive (ex. : revoir la scène, revoir l'individu agressif, repenser au conflit, *flashback* d'un bruit en particulier et associé à l'événement, d'une odeur, d'une image ou d'une partie de l'événement, etc.);
- Hypervigilance (un état d'alerte physique et psychologique);
- Confusion;
- Diminution de la concentration;
- Perte de mémoire.

Réactions comportementales à court ou à plus long terme

- Isolement (un besoin d'être seul);
- Besoin de parler à quelqu'un;
- Sursauts;
- Nervosité;
- Agressivité;
- Besoin accentué d'être compris et soutenu;
- Pleurs;
- Rire nerveux;
- Envie de prendre de l'alcool ou drogue pour se calmer.

5. **Le doute de soi** : une période de remise en question peut s'installer, ce qui peut induire un sentiment de culpabilité et causer beaucoup de détresse. « Si j'avais fait », « Si j'avais dit... », « J'aurais dû faire... ». Cette critique de soi est dure et n'a pas sa raison d'être. Les « si » ne mènent nulle part. Les symptômes et réactions de stress aigu risquent d'être plus sévères et de durer plus longtemps lorsque l'autoculpabilité se manifeste et persiste. Il peut s'ensuivre un besoin de consulter en psychothérapie.

6. **Les symptômes dépressifs** : la personne qui vient tout juste de vivre une agression ou tout événement critique peut, suite aux effets de l'hormone « adrénaline », connaître une fatigue prononcée. Elle aura déployé beaucoup d'énergie mentale et physique dans le but de se protéger et de protéger les autres.

Par la suite, des symptômes dépressifs peuvent s'installer. Il ne s'agit pas d'un diagnostic de dépression mais de quelques symptômes transitoires. La durée de cette période, au cours de laquelle la personne se sent plus déprimée, varie.

- Tristesse;
- Questionnement sur le sens de la vie (sécurité, justice, valeurs morales, travail, qualité de vie, etc.), ce qui peut ressembler à une minicrise existentielle;
- Diminution de la concentration;
- Perte de mémoire;
- Sentiment d'impuissance;
- Douleur émotive.

Souvent les symptômes de dépression et les symptômes d'anxiété s'entremêlent.

7. **Le test ou la période d'adaptation** : la personne chemine vers le retour au quotidien et à son état d'équilibre. Elle teste son environnement. Plus ou moins consciemment, elle va chercher le soutien dont elle a besoin et se remet de ses émotions.
8. **Le retour à l'équilibre** : la tension diminue, les symptômes et les réactions se sont grandement atténués, l'humeur s'améliore.

Durée des différentes phases de réaction

Le temps pour traverser ces différentes périodes varie d'une personne à l'autre : il peut s'agir de quelques minutes, de quelques heures, de quelques jours ou de quelques semaines. La réaction de stress aigu devrait s'atténuer naturellement de jour en jour, de semaine en semaine. Si les symptômes ou les réactions sont sévères au point de nuire au fonctionnement de la personne ou s'ils perdurent au-delà de quatre à six semaines, la personne devra consulter un médecin et un psychologue pour être guidée vers le rétablissement et prévenir un épuisement à plus long terme.

2.3 Définition des différentes formes de stress

Le Tableau 1 ci-dessous fait une distinction entre les différents termes se rapportant aux réactions de stress. Les symptômes et les réactions physiques, cognitives, comportementales et émotives s'apparentent, mais le moment où ils apparaissent ainsi que leur durée varient.

Tableau 1 – Les différentes formes de stress

STRESS AIGU
Une pression ou une « demande » extrême causée par une situation de stress (au travail) qui produit des réactions physiques, cognitives, comportementales et émotives accentuées – une vigilance – un état d'alerte.
STRESS POSTÉVÉNEMENT CRITIQUE
Un événement soudain, inattendu, avec un impact émotif important qui dépasse la capacité habituelle de l'individu ou du groupe à gérer le stress est susceptible de produire une détresse psychologique et des réactions de stress aigu.
DÉSORDRE DE STRESS AIGU
Critères diagnostiques et nombre de symptômes selon le DSM-5. Apparaît durant le premier mois suivant l'événement et dure de deux jours à quatre semaines.
DÉSORDRE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (DSPT)
Diagnostiqué lorsque les symptômes durent plus de quatre semaines.

Dans le milieu de travail des CRDITED, une accumulation d'événements surprenants ou d'incidents découlant de situations anxiogènes, alarmantes ou menaçantes avec les usagers, pourrait conduire à un stress aigu. L'événement déclencheur serait donc influencé par la répétition de situations exigeantes en termes de gestion du stress.

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N° 1

RECONNAISSANCE DU RISQUE DE STRESS AIGU DES INTERVENANTS ŒUVRANT EN TGC FACE À DES ÉVÉNEMENTS CRITIQUES

Les intervenants œuvrant en TGC dans les CRDITED seraient susceptibles de vivre des états de stress aigu suite à des événements critiques. Il faut évaluer la présence et l'intensité des réactions et des symptômes, les besoins à court terme de l'intervenant affecté et planifier les interventions pertinentes.

Un intervenant affecté par un événement critique au travail associé à des situations de TGC devrait être aidé à reconnaître ses réactions de stress aigu et être soutenu dans la gestion de ses émotions et de ses symptômes.

3. THÉORIES NEUROBIOLOGIQUES

Les théories neurobiologiques viennent appuyer le besoin d'intervention après un événement critique (6). La mémoire de l'événement est consolidée pendant la période qui suit immédiatement le traumatisme.

L'adrénaline est sécrétée en réponse à un état de stress entraînant une accélération du rythme cardiaque, une hausse de la pression artérielle, une dilatation des bronches ainsi que des pupilles. Elle répond à un besoin d'énergie pour faire face au danger. Un niveau élevé de l'hormone de stress, l'adrénaline, contribue à consolider la mémoire. L'activation adrénergique est associée à un meilleur rappel de l'information aversive reliée à l'événement.

Les niveaux de l'hormone de stress cortisol, pendant la période aversive, modulent l'effet de la noradrénaline sur la mémoire. La noradrénaline joue un rôle dans l'attention, les émotions, le sommeil, le rêve et l'apprentissage. Elle est également le précurseur métabolique de l'adrénaline. Ainsi, l'information enregistrée juste après l'événement peut causer une distorsion de la pensée et affecter le rappel à long terme.

Une exposition prolongée à la détresse pendant une période critique peut accentuer ou même créer une mémoire catastrophique. Le but de la prévention, donc de l'intervention de type désamorçage (*defusing*), est de réduire la détresse et l'état physiologique d'alerte. Il s'ensuivra peut-être une mémoire de l'événement moins troublante et des conséquences moins néfastes.

Dans le cadre d'un désamorçage, parler de l'événement n'est pas seulement raconter l'histoire. Parler de l'événement permet à la victime d'ordonner sa parole et sa pensée et de comprendre. Éventuellement, avoir un *coping*¹ positif aura un impact sur le cheminement et, au niveau physiologique, sur certaines zones du cerveau (7).

¹ Fait référence à « habiletés d'adaptation face au stress ».

Cette théorie vient donc ajouter un élément physiologique à l'appui d'une intervention effectuée rapidement après un événement critique. Le désamorçage ne servira pas seulement à évaluer et à soutenir émotionnellement l'intervenant qui aura vécu un incident critique au travail; le fait qu'il parlera de l'événement réduira probablement sa détresse et aura un impact sur les hormones de stress (adrénaline, cortisol, noradrénaline) en favorisant un retour plus rapide à leurs niveaux de base. Conséquemment, l'intervenant (victime) aura peut-être une mémoire de l'événement moins troublante, moins catastrophique. Nous pourrions, ainsi, nous attendre à moins, voire même à l'absence, de *flashbacks*, de pensées intrusives, de troubles du sommeil, de cauchemars et de comportements d'évitement chez l'intervenant (victime). Il est également possible qu'il ait moins de réactions et de symptômes de stress aigu, en quantité ou en intensité.

4. REVUE DES ÉTUDES EN GESTION DU STRESS

Nous présentons dans cette section des études effectuées auprès de divers travailleurs dans les services de santé et portant sur les impacts cliniques et organisationnels d'un programme de gestion du stress postévénement critique. Ces études peuvent constituer des données probantes pour appuyer l'élaboration des présentes lignes directrices dans le domaine des services aux personnes ayant une DI ou un TSA et présentant des épisodes de TGC.

4.1 Une étude auprès de différents aides-soignants² et leurs réactions postincident critique

En consultant la recherche scientifique auprès de différents intervenants (aides-soignants), il s'avère que, dans le milieu infirmier, aux soins intensifs et aux soins aigus, le stress peut produire une stimulation de l'état physique, cognitif, comportemental et émotif (3). Lorsque des employés subissent une agression de la part des patients, les symptômes les plus fréquents sont l'hypervigilance, les problèmes de sommeil, la mémoire intrusive et l'évitement des sites associés à la violence (8). Les réactions les plus souvent observées sont le sentiment de culpabilité, la honte et l'isolement. Le déni s'avère la deuxième réaction la plus fréquemment rapportée et est défini comme étant le mécanisme de défense psychologique dans lequel la personne nie que l'événement a eu un impact sur elle. La troisième réaction est d'aller parler aux collègues ou au superviseur, et la quatrième est de croire que la violence fait partie du travail et qu'on doit simplement apprendre à vivre avec cette particularité (8).

² Le terme « aides-soignants » retrouvé dans les études effectuées dans le milieu de la santé sera remplacé dans le reste du document par « intervenants » pour faire le lien avec le milieu de travail des CRDITED où le terme utilisé pour le personnel œuvrant auprès de la clientèle présentant des troubles graves du comportement est « intervenant ».

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N° 2**FOURNIR L'AIDE REQUISE POUR AMÉLIORER LA COMPRÉHENSION DES MULTIPLES RÉACTIONS INDIVIDUALISÉES AU STRESS AIGU**

Les réactions des intervenants mentionnées dans cette étude sont nettement en lien avec les réactions et les symptômes de stress aigu.

Ainsi, tout intervenant victime d'un événement critique au travail devrait être aidé, à très court terme, après cet événement, afin de développer une bonne compréhension de ses réactions de stress aigu.

Cette aide contribue à la normalisation de ce type de réactions et permet une certaine réduction du stress négatif chez la victime. La victime pourrait aussi avoir besoin de restructurer certaines de ses pensées, lesquelles, lorsque biaisées, peuvent exacerber ses réactions et symptômes ou nuire à son processus de retour à l'équilibre.

4.2 *Assaulted Staff Action Program (ASAP)*

Un programme de gestion du stress postévénement critique nommé *Assaulted Staff Action Program (ASAP)* a été appliqué auprès de centaines d'employés (8). Des équipes mobiles couvraient 18 établissements de santé. Elles étaient composées de collègues spécialement formés à aider un employé lorsqu'il était traumatisé par un événement, qu'il se sentait abattu, impuissant ou coupable (2).

L'équipe mobile intervenait dans les 15 minutes suivant l'événement, puis recontactait l'employé victime de l'agression 3 et 10 jours plus tard pour vérifier si une aide supplémentaire était nécessaire. Le travail des équipes ASAP comprenait des rencontres individuelles, un *debriefing* de groupe et un groupe de soutien. Un counseling était aussi offert aux employés et à leur famille. Le ASAP visait le renforcement de la maîtrise et de l'attachement et favorisait ou enseignait les stratégies de *coping*. Les indices d'un retour à l'équilibre étaient basés sur une étude de la résilience effectuée auprès de 1 200 personnes. Une bonne résilience était associée à certaines caractéristiques : une maîtrise raisonnable de leur environnement, un engagement personnel à quelque chose qui leur semble important dans la vie (un attachement), un choix de vie qui comprenait peu de stimulants alimentaires, de l'exercice aérobique, des périodes de relaxation, un soutien social, un sens de l'humour et une attention au bien-être des autres (8).

L'équipe leur enseignait aussi à faire attention aux indices avant-coureurs d'un patient qui va perdre le contrôle et à intervenir sans nécessairement utiliser les restrictions et l'isolement, ces deux méthodes étant associées aux agressions. Cette intervention semble correspondre à ce que d'autres programmes incluent dans un entraînement précrise³ et dans un *debriefing* technique postévénement.

Un superviseur fournissait un soutien à l'équipe spécialisée qui participait également à des réunions hebdomadaires et à des formations de mises à jour.

Les résultats de l'ASAP sont très positifs. Sur 327 événements rapportés, il y a eu 278 interventions et 49 refus. Pour mieux comprendre l'effet des interventions, il s'avère important de donner plus d'information sur le genre d'événements, sur les victimes et sur leurs réactions ainsi que sur les bénéfices pour les employés et pour l'organisation.

Soixante-deux pour cent (62 %) des agressions se sont produites sans provocation et au moment des repas. Le personnel ayant moins d'ancienneté (63 %) représente la majorité des victimes composée de 40 % de femmes et de 60 % d'hommes. Les blessures étaient surtout des ecchymoses et de l'œdème (34 %). Les victimes ont rapporté un sentiment de peur, de colère, de l'hypervigilance, un problème de sommeil et une mémoire intrusive. Pour la majorité du personnel, ces symptômes n'ont pas duré plus de dix jours après l'événement; 9 % des victimes ont cependant continué à avoir des symptômes et à éprouver une difficulté en rapport avec la maîtrise, l'attachement et la signification de l'événement.

Sur une période de deux ans, l'ASAP a mené à une diminution statistiquement significative du nombre d'agressions (de 30 à 11 par mois), et ce, de manière similaire dans chacun des établissements. Le coût de fonctionnement de l'ASAP est de 40 000 \$ par année. Avant l'application du cadre de référence de gestion du stress postévénement critique de l'ASAP, en moyenne 15 employés par année démissionnaient de leur travail en raison d'une agression. Après la mise en place de l'ASAP, un seul employé a quitté pour cette raison et, par le fait même, la stabilité du personnel auprès des usagers a augmenté. Moins de démissionnaires signifie également une réduction des coûts associés aux remplacements. Les frais associés à la démission d'un employé sont estimés à près de 12 000 \$. Une série d'études du programme ASAP sur une période de 15 ans (8) démontre une réduction des effets de la violence au travail sur le personnel, une diminution des congés en raison de maladie, des réclamations pour accidents, du nombre d'attaques envers le personnel et une réduction importante dans le roulement de personnel (9, 10).

³ Traduction libre des auteurs du terme anglais *pre-crisis*, car aucun équivalent en français.

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N^o 3

PLUSIEURS ÉLÉMENTS ESSENTIELS À UNE INTERVENTION POSTÉVÈNEMENT CRITIQUE

Une intervention rapide postévènement critique (ou période post-traumatique immédiate) devrait être effectuée par une équipe de pairs comprenant des rencontres individuelles ou de groupe. Un suivi, de trois à dix jours postévènement critique, devrait aussi être effectué pour vérifier le besoin d'une aide supplémentaire incluant la possibilité de référer à un professionnel en santé mentale.

Il apparaît nécessaire d'inclure un volet technique, c'est-à-dire une formation en gestion de crise (entraînement précrise pour détecter les signes avant-coureurs d'une perte de contrôle chez un usager) et un *debriefing* technique (révision du processus ayant mené à l'évènement critique et révision des techniques de prévention et de gestion propres au milieu et à la clientèle ayant des troubles graves du comportement).

4.3 *Debriefing* pour le personnel des soins psychiatriques

Une étude de Matthews, L. R. (11) démontre aussi qu'une intervention auprès du personnel des soins psychiatriques après un évènement traumatique au travail réduit les symptômes de stress aigu. La participation était volontaire. Ainsi, un groupe d'employés (groupe 1) a participé au *debriefing*, un groupe a refusé (groupe 2) et s'est ajouté un troisième groupe à qui le service n'avait pas été offert (groupe 3).

L'intervention effectuée auprès du groupe 1 se caractérise par :

- i) une session qui ne se voulait pas seulement une période de ventilation;
- ii) une session effectuée par un groupe de pairs;
- iii) une intervention basée sur l'approche cognitive :
 - pour comprendre leurs réactions et le processus de rétablissement;
 - pour clarifier ce qui est arrivé;
 - pour savoir pourquoi c'est arrivé;
 - pour savoir quels sont leurs réactions, leurs pensées, leurs émotions et leurs symptômes;
 - pour partager des méthodes de *coping*;
 - pour connaître la nature des réponses au stress.

Trois cent vingt-deux employés ont participé à l'étude; de ce groupe, soixante-trois ont répondu au questionnaire d'évaluation. Les participants avaient vécu les événements critiques suivants :

- 68 % avaient été attaqués physiquement;
- 10 % avaient été impliqués dans des situations où les patients s'automutilaient;
- 6 % avaient été impliqués dans une attaque entre patients;
- 13 % avaient subi un abus verbal ou une autre agression par les patients.

Une semaine après l'événement, le groupe 1 (*debriefing*) présentait moins de symptômes de stress que le groupe 3 qui n'avait pas reçu d'aide. Le *debriefing* (groupe 1) ou la possibilité de *debriefing* (groupe 2) améliore la réponse au stress. Il faut noter que ceux qui acceptent de participer au *debriefing* ont peut-être un niveau de stress plus élevé que ceux qui le refusent (groupe 2), ce qui expliquerait qu'une semaine après l'événement, ces deux groupes avaient relativement le même niveau de stress.

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N° 4

EFFICACITÉ D'INTERVENTION D'UN TYPE DE *DEBRIEFING* RÉALISÉ PAR DES PAIRS

L'intervention de *debriefing* effectuée par une équipe de pairs a donné de bons résultats en réduisant les symptômes de stress aigu. Il est donc recommandé d'inclure dans le cadre de référence de telles interventions basées sur l'approche cognitive.

4.4 Programme d'intervention vs une session unique de *debriefing* psychologique

L'étude de Richards, D. (12), effectuée auprès d'employés ayant vécu un vol à main armée, a démontré que le programme de gestion du stress postévènement critique (*Critical Incident Stress Management* (CISM)) donne de meilleurs résultats qu'en session unique de *debriefing* (*Critical Incident Stress Debriefing* (CISD)) (6) : le nombre moyen de symptômes est significativement plus bas après un suivi d'un mois. Ce suivi permet d'identifier et de référer les victimes qui semblent aller vers un problème chronique.

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N° 5

PERTINENCE D'UN PROGRAMME DE GESTION DU STRESS POSTÉVÈNEMENT CRITIQUE

Bien que les incidents critiques auprès des usagers DI et TSA diffèrent des incidents connus dans les établissements bancaires, les interventions à sélectionner ne devraient pas se limiter à une session unique de *debriefing* psychologique, mais devraient plutôt être mises en place dans le cadre d'un programme de gestion du stress postévènement critique assurant un bon suivi du personnel affecté.

4.5 Programme d'intervention vs coûts

Une étude du programme CISM effectuée au Canada, dans les années 1990 par un évaluateur indépendant auprès de 1 500 infirmières, rapporte que, chaque dollar investi dans le programme permettait d'épargner 7,06 dollars principalement grâce à une réduction du roulement de personnel (9).

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N° 6

EFFICACITÉ ADMINISTRATIVE DU PROGRAMME DE GESTION DU STRESS POSTINCIDENT CRITIQUE

Quelques données administratives très positives sont rapportées suite à l'utilisation d'un programme de gestion du stress postincident critique (*Critical Incident Stress Management* (CISM)). Dans une évaluation de type « Intervention postévénement critique (IPEC) », il faut démontrer l'efficacité d'un tel programme en mesurant l'évolution de certains indicateurs administratifs tels que l'absentéisme, la rétention du personnel et les coûts s'y rattachant.

4.6 Les programmes d'intervention de crise révisés par les Nations unies

Le psychiatre en charge du service de psychologie du département de la protection et de la sécurité, Dr Moussa Ba, ainsi que la directrice du service de counseling, Dre Ruth Sembajwe, des Nations unies au quartier général de New York, ont étudié systématiquement tous les aspects des interventions de crise (13). Leur décision pour le programme de soutien au personnel des Nations unies est basée sur les meilleurs éléments de trois systèmes d'intervention de crise en place dans le monde. Ces trois programmes sont :

- Le programme d'intervention psycho-médical du Dr Louis Crocq de Paris, (les cellules d'urgence médico-psychologique ou CUMP), identifié comme étant une trousse psychotraumatique de diagnostic rapide (*Early Medico Psychological Intervention Program*) (4).
- Le *Acute Trauma Management Program of the American Academy of Experts in Traumatic Stress* (1, 14, 15).
- Le CISM de l'*International Critical Stress Foundation*, et originant des travaux de Jeffrey T. Mitchell.

Les Nations unies ont nommé leur programme le CISM-U (*Critical Incident Stress Management Unit*) of the United Nations Department of Safety and Security.

Pour ces deux chercheurs des Nations unies, la littérature négative au sujet du CISM de J. T. Mitchell n'était qu'une distorsion significative de son programme. Mitchell avait développé ses interventions de crise pour aider les professionnels d'urgence; le CISM ne s'adressant pas aux victimes directes de traumatismes sévères, mais aux intervenants. En conséquence, les études ayant cherché à vérifier l'efficacité du programme en utilisant une session unique de *débriefing* psychologique (CISD) et en l'appliquant, plus souvent qu'autrement, aux victimes directes de traumatismes sévères (viols, agressions à main armée, catastrophes) ont fait fausse route.

Mitchell n'a en outre jamais considéré qu'une session unique de *debriefing* serait suffisante, et surtout pas pour des victimes directes de traumatisme majeur (13). Beaucoup d'erreurs méthodologiques ont été commises. Les conclusions parfois négatives, et la controverse en lien avec le *debriefing* psychologique, ne provenaient pas d'une juste analyse du programme de gestion de stress postévénement critique de Jeffrey T. Mitchell.

Afin d'éviter que la recherche ne répète les mêmes erreurs c'est-à-dire que les études n'évaluent pas les procédures telles que présentées par J. T. Mitchell ne ciblent pas le même type de victimes, les chercheurs des Nations unies ont suggéré de préciser les termes du programme. L'intervention demeure la même mais les termes ne portent plus à confusion.

La révision des programmes d'intervention de crise effectuée par les Nations unies a grandement aidé à faire le point sur ce type d'aide (13).

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N^o 7

LE PROGRAMME D'INTERVENTION POSTÉVÉNEMENT CRITIQUE (IPEC) EST FONDÉ SUR LES PRINCIPES DU PROGRAMME DE J. T. MITCHELL

Le choix des actions à inclure dans le programme d'intervention postévénement critique destiné aux intervenants qui travaillent auprès des personnes ayant une DI ou un TSA et un ou des troubles graves du comportement devrait correspondre aux critères du programme adopté par les Nations unies.

L'intervention basée sur le programme de J. T. Mitchell peut aider les professionnels en santé mentale qui sont, comme les professionnels d'urgence, exposés aux difficultés et à la souffrance humaine, à des événements parfois surprenants, ainsi qu'à certains risques de blessures et d'agressions. Les différentes étapes du soutien postévénement critique devraient être adaptées à chacune des situations et être en quelque sorte « personnalisées », que ce soit dans le milieu des urgences ou dans tout autre milieu de travail similaire.

4.7 Les critères d'intervention du programme *Critical Incident Stress Management (CISM)* de J. T. Mitchell et G. Everly (1)

Le programme *Critical Incident Stress Management (CISM)* de J. T. Mitchell et G. Everly a évolué avec le temps et il est maintenant mieux défini. Les éléments visant à procurer une aide adéquate au personnel exposé aux événements critiques (comprenant la souffrance des gens et la violence) doivent correspondre aux critères suivants :

- Reconnaître qu'un événement traumatique peut potentiellement avoir un impact sur le professionnel d'urgence ou les professions alliées;
- Savoir comment donner un soutien au personnel dans un programme à plusieurs volets avec une équipe bien formée;
- Reconnaître le rôle des collègues dans le soutien nécessaire jumelé à des professionnels en santé mentale;
- Développer des groupes d'intervention de *debriefing* psychologique et de *désamorçage* dans lesquels les collègues peuvent se soutenir;
- S'assurer que les aidants sont flexibles dans le soutien à apporter et procurent une assistance pratique et une bonne écoute;

- Reconnaître les pensées qui sont communes aux professionnels postéventuellement critique et celles qui ne le sont pas.

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N^o 8

RESPECT DES CRITÈRES DU PROGRAMME *CRITICAL INCIDENT STRESS MANAGEMENT* (CISM)

Les interventions ou services offerts dans un programme IPEC devraient correspondre aux critères énoncés par les auteurs J. T. Mitchell et G. Everly (1).

4.8 Les études de Caine, R. M. et Ter-Bagdasarian, L. (3) et de Richards, D. (12), une révision du programme de gestion de stress postincident critique (CISM) (1)

Le CISM, tel qu'étudié par Caine, R. M. et Ter-Bagdasarian, L. (3) ainsi que par Richards, D. (12), est compatible avec le modèle original de J. T. Mitchell. Le CISM (1), ici traduit par le « Programme de gestion de stress postéventuellement critique », vise à accélérer le processus de réadaptation chez des personnes en santé qui vivent des réactions douloureuses en réponse à un événement « anormal » (3). Ce programme comprend une intervention précrise, une intervention pendant la crise aiguë et la postcrise (3, 8). Pour Mitchell, les interventions s'adressent aux individus, aux petits et aux grands groupes, à la famille, aux organisations et même à la communauté.

Les interventions de soutien, que les auteurs Caine, Ter-Bagdasarian et Richards incluent dans le programme, comprennent :

- L'intervention précrise : un entraînement précrise centré sur la prévention, les procédures techniques particulières au milieu et les stratégies de *coping* (12), une information de base sur la gestion de stress, une information sur l'atténuation du stress chez l'individu et dans l'organisation (le *stress inoculation* ⁴) (3);

⁴ Le *stress inoculation* (ou inoculation du stress) de Donald Meichenbaum est une approche en gestion de stress qui peut être utilisée dans l'intervention précrise.

- La démobilisation⁵ : rencontre d'information dans le but de permettre une amélioration du bien-être psychologique et une gestion de stress (3). L'intervention de démobilisation est plus rare (8). Elle est surtout utilisée dans le cas de désastre prolongé. Elle se caractérise par une intervention d'une dizaine de minutes, principalement pour donner de l'information, suivie de 20 minutes pour le repos et l'alimentation (8).

ANCIENS TERMES	NOUVEAUX TERMES
<i>Demobilization</i>	<i>Rest, Information and Transition (RIT)</i>
Démobilisation	Repos, information et transition

- Le désamorçage (*defusing*) : intervention initiale postévénement (12). Généralement réalisée en petits groupes, l'intervention s'effectue dans les 12 premières heures, dans le but d'évaluer et de « triager ». L'intervention dure de 30 à 60 minutes. L'emphasis est habituellement mise sur les indices ou les réactions de stress aigu, sur les symptômes, sur la réduction rapide de l'effet déstabilisant et sur la normalisation des réactions. C'est principalement pendant le désamorçage que l'évaluation du besoin de soutien a lieu. Ce triage permet d'orienter une personne vers les services appropriés, qu'il s'agisse d'un service médical, d'un suivi comprenant un *debriefing* psychologique formel ou une consultation avec un professionnel en santé mentale (programme d'aide aux employés (PAE) ou autres consultants) (3). Parfois le désamorçage est tout ce dont les individus ont besoin (8).

ANCIENS TERMES	NOUVEAUX TERMES
<i>Defusing</i>	<i>Immediate Small Group Support (ISGS)</i>
Traduit dans le présent texte par « désamorçage »	Petit groupe de soutien immédiat

Rappelons que l'intervention en petits groupes a l'avantage de maximiser la cohésion d'équipe, de donner lieu à un soutien spontané entre collègues et à un partage des stratégies de *coping*. Toutefois, dans certains contextes, le désamorçage doit être effectué en rencontre individuelle, et il procure aussi un bon soutien.

⁵ Non nécessaire et non pertinent dans le programme IPEC.

- Le *debriefing* formel (*Critical Incident Stress Debriefing* (CISD)) : il s'agit d'une intervention habituellement de groupe, ayant lieu de un à dix jours suivant l'événement critique, et qui vise à atténuer les réactions de stress aigu et les symptômes. L'intervention tente de faire en sorte que les participants arrivent à un sentiment de compréhension de l'événement et à faire le point. Il faut évaluer le besoin d'un suivi (3). Dans le cas d'un traumatisme important avec des réactions sévères, le *debriefing* psychologique ne convient pas. Une évaluation dans un centre hospitalier pourrait même être nécessaire en premier lieu, suivi, plus tard, d'un *debriefing* (2). Il est possible qu'une médication temporaire soit également appropriée pour assurer un bon sommeil. Sans sommeil et sans une nutrition adéquate, le retour à l'équilibre est compromis.

ANCIENS TERMES	NOUVEAUX TERMES
<p><i>Critical Incident Stress Debriefing</i></p> <p><i>Debriefing</i> de stress postincident critique (ou postévénement critique)</p>	<p><i>Powerful Event Group Support</i> (PEGS)</p> <p>Soutien de groupe après un événement fortement significatif</p>

- L'intervention de crise : counseling ou soutien psychologique. L'individu dans le besoin est référé à un professionnel en santé mentale (3).
- Le soutien familial lorsque nécessaire. Ceci dépend beaucoup de l'événement et de la réaction de la famille face à la détresse de la victime (3).

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N° 9

NÉCESSITÉ D'INTERVENTIONS DE PRÉVENTION, DE PÉRIODE POST-TRAUMATIQUE IMMÉDIATE ET DE SUIVI

Les étapes d'intervention du programme IPEC devraient comprendre l'intervention précrise, l'intervention pendant la crise aiguë (aussi identifiée comme la période post-traumatique immédiate), et le suivi postcrise (un certain laps de temps après l'événement, pour un maximum de six semaines postévénement critique) tel que décrit par J. T. Mitchell et les différents auteurs qui ont révisé le modèle d'intervention.

4.9 Les interventions effectuées par les pairs

L'intervention par des pairs signifie qu'un groupe d'intervenants familiers avec le milieu organisationnel des employés victimes d'agression est spécialement formé pour ce type de soutien.

Dès les années 70, Caplan, G. qui est à l'origine des interventions postévénement critique, observait qu'une excellente aide pouvait être donnée par les amis, la famille et les collègues (13). Une utilisation efficace de paraprofessionnels a été reconfirmée récemment par le *National Institute of Mental Health* en 2002 (13).

Une intervention par les pairs aura plusieurs avantages comparativement à une intervention par les professionnels en santé mentale. Le personnel affecté par un événement critique se sent généralement mieux compris par un aidant qui connaît bien son milieu de travail, à l'opposé du professionnel en santé mentale qui n'a jamais partagé ce vécu. Par exemple, un intervenant en CRDITED pourrait avoir le sentiment qu'un professionnel de l'extérieur ne peut pas vraiment saisir sa réalité et que ce serait trop compliqué de tenter de lui faire comprendre ce qu'il vit, alors qu'un pair aura probablement déjà été dans une situation très similaire faisant face aux mêmes difficultés. Cette compréhension du milieu de travail est importante parce qu'elle permet à l'intervenant affecté de se centrer sur ses pensées et sur ses émotions. S'il sent que cette compréhension est absente, il risque de plutôt se centrer sur « l'explication » de ses comportements et de ses sentiments au lieu de gérer le stress et l'expérience qu'il vient de vivre. De plus, s'il se sent incompris, il conclura que la conversation était inutile, ce qui pourra engendrer des émotions supplémentaires dont la colère.

Une intervention par les pairs s'avère souvent plus rapide. Les aidants sont déjà dans le même milieu de travail, ils peuvent se présenter sur les lieux de l'événement critique plus rapidement. Leur horaire et la proximité des lieux facilitent aussi les contacts brefs et continus pour assurer un suivi lorsque nécessaire.

Dans certains milieux, le contrôle des émotions fait partie des exigences du travail (exemple : salle d'urgence). Le personnel victime d'un incident critique a peu de temps pour gérer ce stress; la rapidité d'intervention postévénement s'avère alors essentielle pour le désamorçage.

Il faut cependant noter que parfois, pour éviter un conflit d'intérêt, un aidant qui n'a aucun lien avec l'organisation s'avère plus approprié. Cette décision doit être prise au cas par cas. En général, les interventions postévénement critique peuvent être effectuées par un groupe de pairs spécifiquement formés pour ce type de soutien. Un professionnel de l'extérieur peut être ajouté lorsque les gestionnaires le jugent nécessaire ou que les pairs de l'équipe de soutien sentent qu'ils ont besoin d'une aide additionnelle.

L'expérience, la formation et les qualités personnelles des aidants sont des variables importantes et elles ont une influence sur la réussite des interventions postéventuellement critique. Le processus de sélection des pairs aidants est donc important (10). Ces derniers doivent avoir une expérience de travail qui mettra les intervenants en confiance. Ils doivent avoir une bonne capacité d'écoute et le goût d'effectuer les interventions postéventuellement critique. Il ne devrait pas y avoir de lien hiérarchique d'autorité qui pourrait nuire à l'expression des réactions émotives, cognitives et comportementales des intervenants affectés.

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N^o 10

CARACTÉRISTIQUES REQUISES POUR LES PAIRS AIDANTS

Les pairs aidants, ici identifiés comme les aidants-IPEC, devraient avoir, le plus possible, les caractéristiques du personnel intervenant terrain expérimenté et posséder des qualités personnelles d'écoute et d'ouverture. Cette équipe devrait toutefois inclure des professionnels du CRDITED pour soutenir, le cas échéant, les pairs aidants.

Il ne devrait pas y avoir de lien hiérarchique entre l'intervenant victime et l'aidant-IPEC (le pair aidant).

Comme dans toute intervention touchant à des réactions très personnelles, le principe de confidentialité doit être respecté. J. T. Mitchell débute toujours ses sessions de *debriefing* par une introduction de ce qu'est l'intervention et garantit la confidentialité (voir les phases du *debriefing* au Tableau 3 à la page 42 du présent document). Afin de pouvoir donner son accord, la victime d'un événement critique dans son milieu de travail doit bien comprendre quelle information (*feedback*) sera divulguée au gestionnaire.

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N° 11

PRINCIPE DE CONFIDENTIALITÉ DANS LA TRANSMISSION DES INFORMATIONS AU GESTIONNAIRE

Un compte rendu de l'intervention devrait être donné à un gestionnaire. Une formule de rapport rapide à compléter par les aidants-IPEC et permettant aux intervenants affectés de voir ce qui, en fait, sera remis à l'administration, devrait être utilisée. Un rapport type est proposé (voir annexe III pour le rapport-type et annexe IV pour le rapport abrégé qui devrait accompagner toute demande de suivi avec un psychologue IPEC).

Si le pair aidant juge qu'un psychologue associé à IPEC devrait intervenir directement auprès du personnel affecté par un événement critique, ce soutien devrait alors être fourni.

5.

COMPOSANTES D'UN PROGRAMME DE GESTION DU STRESS POSTÉVÉNEMENT CRITIQUE

5.1 L'intervention précrise (*preincident education*)

Un programme de gestion du stress postévénement critique doit inclure une intervention précrise. Dans le présent document, cette intervention est appelée la capsule précrise. Il s'agit d'offrir au personnel une formation en prévention des événements critiques susceptibles de se produire dans son contexte de travail. La capsule précrise a pour objectif de préparer le personnel à la réalité de son milieu (1). Il est préférable de lui enseigner la gestion des stresseurs reliés à son environnement de travail avant qu'il y soit exposé. Il développera ainsi des attentes réalistes et les habiletés nécessaires à la gestion des situations difficiles. La capsule précrise prépare psychologiquement le personnel à faire face aux événements critiques et les comportements en réponse aux crises devraient alors être plus adaptés (1).

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N° 12

PERTINENCE D'UNE INTERVENTION PRÉCRISE

Tout intervenant œuvrant auprès d'utilisateurs pouvant présenter des troubles graves du comportement devrait avoir accès à une formation précrise. Cette formation, de nature éducative, devrait préparer le personnel à la réalité du milieu d'intervention et à la gestion des stresseurs auxquels il pourrait être exposé. Le personnel devrait avoir la possibilité de mettre à jour ses connaissances régulièrement et de pratiquer les techniques cognitives et comportementales de gestion du stress personnel et professionnel.

5.2 Désamorçage

Le désamorçage est un soutien, généralement de groupe, offert immédiatement après l'événement critique. Dans certains contextes, le désamorçage peut se faire en rencontre individuelle. Il s'effectue donc plus rapidement que le *debriefing* psychologique. La technique est sensiblement la même que pour le *debriefing* (modèle de J. T. Mitchell), mais l'intervention est de plus courte durée (de 30 à 60 minutes). Comme dans toutes les interventions postévénement critique, mais principalement lors du désamorçage, il faut évaluer la condition de la personne affectée. La méthode de triage proposée, le modèle de R. Myer (16), peut s'insérer dans l'intervention de désamorçage (description aux pages suivantes et dans le formulaire à l'annexe V).

Le désamorçage comprend :

- La normalisation de la réaction;
- Le soutien et l'information dans le but de réduire l'intensité des réactions;
- La planification d'un suivi incluant un *debriefing* psychologique dans les 10 prochains jours.

Le désamorçage peut aussi être basé sur le modèle des six étapes de R. James (17).

Le Tableau 2 illustre les étapes de ce modèle.

Tableau 2 – Le modèle de R. James – Intervention de crise

ÉCOUTER
1. Définir le problème (perception de l'employé)
2. S'assurer que tout le monde est en sécurité
3. Donner un soutien
AGIR
4. Vérifier les options (pour un futur immédiat)
5. Établir un plan d'action (pour un futur immédiat)
6. Obtenir un engagement dans l'action

L'aidant-IPEC est en constante évaluation de la situation. Il doit pouvoir ajuster son intervention au vécu et aux réactions des personnes. Un plan peut être établi et soudainement, une nouvelle observation, un revirement, et il faut rapidement proposer un second plan d'action.

5.3 Triage

De Soir (2) favorise une première aide sur le terrain, une session d'accompagnement dans laquelle le triage émotionnel est réalisé puis, si nécessaire, une deuxième ligne d'aide psychologique aura lieu. Le triage est en fait l'évaluation des besoins prioritaires d'une personne qui vient de vivre une situation difficile, allant jusqu'à un événement traumatique.

La méthode de triage du Dr Rick Myer (16) (formulaire des domaines à évaluer – Annexe V) est ici proposée pour son efficacité et sa simplicité. Il ne s'agit pas d'une évaluation diagnostique, mais plutôt de l'évaluation de la capacité à fonctionner aux niveaux cognitif, comportemental et émotif. L'aidant-IPEC identifie, dans chacun des trois domaines, la principale réaction de la personne victime ainsi que sa capacité à fonctionner. Sur une échelle d'évaluation de 1 à 10, 1 représente un bon fonctionnement au quotidien, et 10 représente l'incapacité totale d'agir. Une décompensation aussi importante peut prendre la forme d'une confusion transitoire, une somatisation, une désorganisation et signifie que la personne ne peut être laissée à elle-même pour une période habituellement de courte durée allant de quelques heures à quelques jours.

Domaine des réactions émotives

- Quelles sont les émotions les plus évidentes? Colère/hostilité? Anxiété/peur? Tristesse/mélancolie? Est-ce que la personne est en contrôle de ses émotions? Peut-elle poursuivre le travail? Retourner seule à la maison? De Soir (2) affirme que « le triage émotionnel » est nécessaire. Selon lui, le triage est la prise en charge des expériences choquantes.

Domaine des comportements

- L'observation des comportements d'une personne suite à un événement critique est essentielle. Est-ce que cette personne tente de s'adapter à la situation? Est-ce qu'elle tente de gérer l'événement? Et est-ce un *coping* efficace ou une tentative d'évitement? Jusqu'à quel point son comportement reflète-t-il une capacité de fonctionner au quotidien? Est-ce que la personne démontre qu'elle peut poursuivre son travail? Sinon, est-elle capable de quitter les lieux? Peut-elle rentrer chez elle par elle-même? Demeurer seule à la maison?

Domaine des cognitions

- Il s'agit d'identifier la perception ou l'interprétation que la personne donne à ce qu'elle vient de vivre. Est-ce une transgression (au présent, ex. : « Il m'a blessé »), c'est-à-dire un événement dérangeant et dépassant les limites de l'acceptable? Est-ce une menace, donc un événement qui comporte un risque (ex. : « Il aurait pu me blesser et il le pourrait encore »)? Est-ce une « perte », c'est-à-dire un événement passé qui engendre un deuil (ex. : « Un usager ou un collègue est gravement blessé et je n'ai pu contrôler la situation »)? Jusqu'à quel point cet état cognitif interfère-t-il avec la capacité à se concentrer, à raisonner ou à prendre des décisions?

Triage : résultat et interventions suggérées

- Suite à l'événement critique, une évaluation comprise entre 8 et 10 sur 10 dans un des domaines signifie qu'il est préférable que la personne ne continue pas son quart de travail et qu'elle ne reste pas seule chez elle dans les heures qui suivent. Une évaluation entre 8 et 10 dans plus d'un domaine signifie que la personne devrait être évaluée par un médecin en clinique ou en salle d'urgence.

Peu importe l'étape du programme de gestion du stress postincident critique, qu'il s'agisse d'une intervention de triage en tant que tel, d'une intervention de désamorçage ou d'un *debriefing* psychologique, le processus d'évaluation est constant. Les premiers facteurs à considérer pour l'intervenant affecté par un incident critique sont le contrôle de soi, l'intensité des émotions, le sentiment de solitude et le détachement des autres (isolement) (6). Y a-t-il un danger pour cet intervenant ou pour toute autre personne? Le résultat de l'évaluation peut changer au fil de l'évolution de la situation. L'aidant-IPEC doit ajuster et réajuster le plan d'intervention en fonction de ses observations (12, 17).

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N^o 13

CARACTÉRISTIQUES DE LA FORMATION DES AIDANTS-IPEC (DÉSAMORÇAGE ET TRIAGE)

La formation de l'équipe d'aidants-IPEC sélectionnés parmi les pairs comprend le désamorçage (*defusing*) de J. T. Mitchell (1) et le modèle en six étapes de Richard James (17). Il est aussi recommandé de former les aidants-IPEC à l'exercice du triage et à l'évaluation selon le modèle de Rick Myer (16) (sections 5.2 et 5.3).

5.4 *Debriefing* psychologique

Le *debriefing* psychologique a connu une première période de succès auprès des professionnels d'urgence (policiers, pompiers) aux États-Unis. Une part de l'efficacité du *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD) est attribuable au partage de l'expérience et ce partage semble, a priori, faire partie de la culture des professionnels d'urgence (18). Dans plusieurs pays, dont le Canada, l'Allemagne et l'Angleterre, ce *debriefing* a été généralisé à presque tous les milieux organisationnels.

La partie *debriefing* psychologique du programme de gestion du stress postévénement critique comporte plusieurs objectifs (3) :

- S'assurer que les besoins des participants sont satisfaits et qu'ils ont reçu une bonne information;
- Normaliser, donc réduire, le sentiment d'être seul à vivre une telle situation;
- Soutien de groupe; améliorer la cohésion de groupe;
- Expliquer les réactions « normales » et « anormales » (3);
- Important de faire un *debriefing* du personnel suite à une agression des patients. Le soutien des pairs est très aidant (18). L'emphase devrait être mise sur le *coping* et le renforcement de l'attachement (8);
- Enseigner, faire un renforcement des techniques de *coping*;
- Ramener la personne à son niveau de fonctionnement;
- Identifier le personnel à risque de réactions de stress aigu;
- Assurer le suivi et faire les références adéquates.

Le *debriefing* n'est pas un antidote au trauma. La prévention des symptômes du désordre de stress post-traumatique n'est pas le seul critère pour effectuer un *debriefing* psychologique (2). La satisfaction du personnel après une intervention ne prédit peut-être pas la diminution des symptômes du désordre de stress post-traumatique, mais elle est très certainement un facteur à prendre en considération (18).

5.4.1 Les phases du *debriefing*

Suite à la recommandation des Nations unies, les termes du CISD ont été modifiés, tout comme les termes du CISM l'ont été afin d'être plus descriptifs. Les termes avaient été choisis pour leur côté non clinique et pour leur simplicité, mais ceci a porté à confusion dans les recherches. Il y a eu de mauvaises interprétations et de mauvaises applications. Ainsi, des recherches avec des failles méthodologiques ont critiqué certaines stratégies du CISD, et parfois même tout le domaine des interventions de crise (13, 9). Les nouveaux termes de J. T. Mitchell (13) pour le *debriefing* du stress postévénement critique sont traduits ci-après.

Le Tableau 3 illustre les sept phases d'intervention du *debriefing* psychologique :

Tableau 3 – Les sept étapes du *debriefing* psychologique, modèle de J. T. Mitchell, et adaptation française

ANCIENS TERMES	NOUVEAUX TERMES
1. Introduction	Introduction
2. <i>Facts</i> Les faits	<i>Brief situation review</i> Brève revue de la situation
3. <i>Thoughts</i> Les pensées	<i>First Impressions</i> Premières impressions
4. <i>Reactions</i> Réactions	<i>Aspects that caused greatest personal impact</i> Les aspects qui ont eu un plus grand impact sur la personne
5. <i>Symptoms</i> Symptômes	<i>Signals of distress</i> Indices de détresse
6. <i>Teaching</i> Enseignement	<i>Stress management, information and recovery guidelines</i> Gestion de stress, information et guide de rétablissement
7. <i>Re-entry</i> Retour	<i>Summary</i> Résumé

Le processus d'intervention demeure le même, seuls les termes ont changé. Le tout est accepté au niveau international (13). Malgré des étapes d'intervention bien identifiées, la prise en charge d'urgence n'est pas un processus standardisé (2). Ce n'est pas une aide obligatoire, mais une aide qui devrait être offerte aux employés (2) et développée en fonction de la victime et des personnes importantes pour elle (2).

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N° 14

PARTICIPATION VOLONTAIRE AUX INTERVENTIONS IPEC

Les interventions postévénement critique, que ce soit le désamorçage ou le *debriefing* psychologique, devraient être offertes au personnel affecté (ou témoin) et acceptées de façon volontaire. Ceci permet de respecter davantage les besoins et le rythme de chaque personne affectée. Les interventions peuvent consister en des rencontres individuelles ou en groupes homogènes, selon la préférence des personnes.

5.4.2 Le *debriefing* : intervenir avec précaution

Les récentes études se prononçant contre le *debriefing* psychologique et principalement contre la session unique, bien que présentant des failles méthodologiques, apportent quelques points qui, nécessairement, retiennent l'attention (18). Les aidants-IPEC en *debriefing* doivent s'assurer de prendre en considération les points suivants.

5.4.2.1 Homogénéité et contexte

Les études voulaient évaluer le *debriefing* psychologique. À cause d'erreurs d'interprétation, elles vérifiaient les effets qu'une psychothérapie pourrait produire alors que le *debriefing* n'est pas une psychothérapie. Le *debriefing* est un service de soutien avec une emphase sur la prévention, qui est spécialement développé pour des groupes homogènes de personnel aux opérations (13). Un groupe homogène se donnera un bon soutien émotif, alors qu'un groupe trop diversifié risquera de transmettre une anxiété aux participants qui n'auraient pas été exposés aux événements critiques ou traumatiques.

Dans la recherche, le *debriefing* a été utilisé pour une autre population, c.-à-d. des victimes comme les grands brûlés, les accidentés de la route, les victimes d'agression sexuelle ou encore les femmes qui ont eu un avortement spontané. Des auteurs ont ensuite conclu que le *debriefing* devrait être abandonné. De plus, des recherches auraient été effectuées alors que le *debriefing* était pris hors de son contexte, c.-à-d. en session unique plutôt que dans le cadre d'un programme de gestion du stress postévénement (CISM). Les études du *debriefing* en session unique ne sont donc pas représentatives (12, 13). Le *debriefing* doit toujours être utilisé dans le contexte d'un programme. Ainsi, il s'insère parmi d'autres interventions qui sont réparties sur une période de temps.

Pour consulter rapidement l'ensemble des interventions recommandées, voir en Annexe I la « SYNTHÈSE DES LIGNES DIRECTRICES POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME IPEC— SERVICES DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE ET TECHNIQUE OFFERTS DANS LE CADRE D'IPEC ».

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N^o 15

LES DIVERSES COMPOSANTES DU PROGRAMME IPEC

Le *debriefing* psychologique devrait faire partie d'un programme de soutien au personnel. Dans le programme IPEC, les interventions suivantes seraient alors offertes : une formation précrise (*pre-crisis*) appelée la capsule précrise, le désamorçage, le *debriefing* psychologique, le *debriefing* technique, le suivi et, si nécessaire, la référence à un professionnel en santé mentale pour un traitement à plus long terme.

5.4.2.2 Expression des émotions

La controverse au sujet du *debriefing* psychologique a tout de même servi à émettre quelques conseils et même des politiques de prudence à l'égard de cette intervention et de la prise en charge d'urgences (2). Par exemple, dans le cas d'un trauma où la vie était dangereusement menacée, la prise en charge sera basée sur la tranquillisation, le rétablissement physique et la redécouverte de la sécurité, et moins sur une ventilation émotionnelle. Alors, dans un tel cas, il ne faudrait pas confronter ni demander quel était le pire moment vécu (2). Dans le passé, il arrivait que des intervenants en *debriefing* psychologique insistent trop sur la ventilation. Selon De Soir (2), il ne faut pas rester silencieux trop longtemps ni en parler trop longtemps. La stimulation de la ventilation des émotions après un traumatisme pourrait être trop exigeante et provoquer un débordement chez les victimes. Une période de repos, une réduction dans les discours relevant de l'événement pourraient être une réponse servant d'adaptation (19).

Le *debriefing* psychologique ne doit pas forcer l'expression des émotions. Il fut un temps où l'approche psychanalytique influençait aussi le *debriefing*, avec l'élément de catharsis ou la purgation des émotions et la libération de la tension, en amenant à la conscience l'expression des douleurs psychologiques pour arriver à un renouveau spirituel. Mais parler des émotions et de l'expérience traumatique peut défaire un mécanisme de *coping* qui aurait été efficace pour une personne. Ne pas en parler peut être, pour une certaine période, un mécanisme d'adaptation pour cette personne (8). Il faut respecter le rythme de chaque personne, au point de même retirer une personne d'un groupe de *debriefing* si l'homogénéité n'existe pas. Les personnes ne sont pas toutes prêtes au même moment et n'ont pas toutes la même méthode d'adaptation en période post-traumatique immédiate. C'est pourquoi un programme de gestion du stress postévénement critique offre différentes interventions à différentes périodes.

Une étude de Shalev, A. Y. (6) confirme qu'il faut agir avec précaution lorsqu'il s'agit de l'expression des émotions postévénement critique. L'auteur a étudié un groupe de *debriefing* « émotif » et un groupe de *debriefing* « éducatif », tous deux effectués auprès de victimes d'agressions et d'accidents. Son groupe de *debriefing* « émotif » suit les phases du CISD de J. T. Mitchell, mis à part la phase 5 qui réfère aux symptômes, et la phase 6 qui est éducative. Son groupe de *debriefing* « éducatif » exclut la phase 4 qui a rapport aux réactions émotives. Les interventions ont lieu deux semaines après l'événement. Les résultats indiquent que les deux groupes ont eu une diminution significative des symptômes sur une période de six mois, mais il n'y a aucune différence statistiquement significative entre les groupes.

Cependant, à l'intérieur du groupe de *debriefing* « émotif », les participants qui démontraient au départ plus de symptômes d'hypervigilance avaient, après une période de six semaines, un score à l'évaluation du désordre de stress post-traumatique significativement plus élevé que les hypervigilants du groupe de *debriefing* « éducatif ».

Les symptômes d'hypervigilance avaient été évalués dans une entrevue clinique semi-structurée. L'article ne fournit pas la liste des symptômes. Cependant, voici une description générale de l'hypervigilance pour mieux situer ce groupe de comparaison. Les symptômes évalués devaient en principe ressembler à :

- Une exagération des comportements de vérification dans le but de détecter une menace;
- Une anxiété prononcée qui pourrait produire un état d'épuisement;
- Un état d'alerte ou d'éveil « anormalement » élevé;
- Une hyper réaction aux stimuli;
- Une vérification constante de l'environnement en fonction d'identifier les dangers.

Cette étude abonde dans le sens de la prudence et de la précaution pour ce qui est de la phase du *debriefing* CISD qui aborde les réactions émotives des victimes. Il est préférable de ne pas insister sur l'expression des émotions. Il faut se rappeler que le *debriefing* vise la gestion du stress et des émotions et, dans un certain sens, vise aussi à contenir les émotions pour éviter un débordement de la crise et favoriser le *coping*. Il faut que l'intervenant évite de surexposer la personne (20).

Les victimes d'incidents critiques peuvent facilement développer un sentiment de culpabilité (11) et de doute (« Si j'avais... ») (21). Il faut absolument porter une attention particulière à cette réaction dans toutes les interventions, qu'il s'agisse d'un désamorçage, un *debriefing* psychologique, un *debriefing* technique ou toute forme de soutien. Les victimes peuvent avoir des cognitions culpabilisantes. L'aidant-IPEC doit donc vérifier les perceptions relatives à l'événement et les restructurer dans l'objectif de réduire le stress et les pensées déprimantes. Une crise est un danger et une opportunité (17). Il faut miser sur l'opportunité d'apprendre de l'incident autant au point de vue personnel que professionnel. Si l'intervenant victime perd un peu de sa motivation, cela ne devrait qu'être temporaire.

L'impact émotif se fait sentir à différents moments pour différentes personnes. Pour plusieurs, l'impact émotif de l'événement prendra forme dans les premières 72 heures (26) mais le délai s'avère souvent plus long. Après l'attaque du *World Trade Center* à New York, le 11 septembre 2001, les auteurs observent que l'impact émotif commence à faire son effet chez les témoins de l'événement au cours des deux premiers jours. Cependant, l'impact semble prendre plus de temps pour les personnes directement impliquées dans l'attaque. De plus, l'impact émotif était retardé chez le personnel des services d'urgence qui se centrait sur leur mission. Pour eux, l'impact s'est fait ressentir plusieurs semaines, et même plusieurs mois, après leur retour au travail régulier (26).

Pour certaines personnes, le retard de l'impact émotif peut venir d'un comportement d'évitement, d'un déni, mais elles devront éventuellement passer à une étape de *coping* (20). Il est possible que l'impact émotif apparaisse sous forme de symptômes physiques ou psychologiques alors que la personne demeure en déni. Il faut parfois référer les personnes pour une évaluation et un traitement à plus long terme (20).

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N° 16

MISE EN GARDE SUR LA VENTILATION FORCÉE DES ÉMOTIONS

Il est clair que de forcer la ventilation des émotions peut, dans certaines circonstances, provoquer une réaction émotionnelle non productive. Une attention particulière devrait être accordée à cet élément dans la formation des aidants-IPEC.

Par ailleurs, les aidants-IPEC devraient toujours se préoccuper de « l'autoblâme » ainsi que du blâme, et de la perception d'être blâmés.

5.4.2.3 L'enseignement sur les symptômes à l'intérieur du *debriefing* psychologique

La controverse a aussi pointé du doigt l'enseignement effectué vers la fin d'un *debriefing* (dans la littérature, vous trouverez aussi le terme « psychoéducation » pour identifier cette phase du *debriefing*). Il est dit que cet enseignement pourrait augmenter la connaissance des symptômes qui n'auraient autrement pas été perçus ou notés (19).

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N° 17

MISE EN GARDE SUR L'ENSEIGNEMENT DES SYMPTÔMES DU STRESS AIGU

Le programme IPEC n'insiste pas démesurément sur l'enseignement de la séquence éventuelle de symptômes. Le fait d'avoir une certaine connaissance des réactions « normales » ou des symptômes suite à un événement critique devrait s'avérer aidant pour les victimes. Il s'agit d'éviter à ces dernières de trop se questionner ou de vivre une certaine panique reliée à l'incompréhension de ce qui leur arrive.

IPEC prévoit des étapes de prises en charge au fur et à mesure de l'apparition de réactions de stress aigu.

5.5 Debriefing technique

Le *debriefing* technique ou soutien technique est généralement demandé par le personnel impliqué après un événement critique. Il existe un besoin de comprendre ce qui est arrivé non seulement pour un retour au bien-être psychologique et émotif, mais aussi pour le développement professionnel. Ainsi, le personnel désire apprendre de cet événement et améliorer le processus de gestion des situations difficiles propres à son milieu de travail.

Il faut s'assurer que cette partie de l'intervention n'est pas perçue comme une évaluation de la performance ni comme une critique ou un blâme. Il s'agit d'une autre forme de soutien professionnel et préventif visant le maintien de l'intérêt et de la motivation pour ce travail et pour le développement professionnel.

L'intervention peut avoir lieu très tôt après l'événement si la personne en fait la demande ou si elle en exprime le besoin. Elle doit cependant démontrer une capacité d'attention, ce qui n'est pas toujours évident après un événement critique. Elle doit aussi pouvoir regarder le côté technique « froidement », c'est-à-dire sans en faire une question « personnelle » et émotive.

Le *debriefing* technique n'est pas automatiquement inclus dans le programme de J. T. Mitchell. Certaines organisations ajoutent au programme de gestion du stress postévénement critique une session de critique constructive (*critiquing session*) qui a généralement lieu quelques semaines après l'incident. La rencontre permet de revoir les aspects de l'événement critique et d'apporter des correctifs et des solutions pour regagner un sentiment de sécurité et de contrôle (22).

Par ailleurs, lorsque l'événement critique est directement en lien avec une crise comportementale, plusieurs consensus d'experts en TGC recommandent de revoir le plan d'intervention de l'utilisateur qui est à la source de l'incident critique (23). En effet, si les comportements problématiques de l'utilisateur ont généré une crise, il faut se questionner sur l'efficacité du plan d'intervention. Il faut, en particulier, revoir les mesures réactives de désescalade ainsi que les mesures d'intervention physique (plan de prévention active) pour améliorer l'efficacité des mesures de réduction des risques (24, 25). Mais, il faut aussi améliorer les aménagements préventifs visant à améliorer la qualité de vie de la personne, et ce, afin de diminuer les sources de frustration indues et de réduire encore davantage l'influence des stimuli contextuels déclencheurs de TGC. De préférence, la révision des éléments du plan d'action multimodal en TGC (PAMTGC) devrait se faire avec le soutien de professionnels spécialisés en TGC de l'établissement ou de consultants externes.

La révision du PAMTGC devrait d'ailleurs favoriser grandement un retour du bien-être psychologique et émotif de la victime si elle perçoit le soutien de l'organisation dans l'amélioration des pratiques et que l'ensemble de son entourage se mobilise de façon préventive suite à cet incident critique.

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N° 18

NÉCESSITÉ DU *DEBRIEFING* TECHNIQUE

Un soutien « technique » dans la gestion des situations difficiles devrait être offert au moment jugé opportun. Cette intervention de *debriefing* technique ou critique constructive devrait être effectuée par du personnel spécialisé en TGC.

Un *debriefing* technique (sur les mesures de désescalade, d'intervention physique et la révision du plan d'intervention) devrait être effectué auprès de la personne victime, mais aussi auprès de l'ensemble de l'équipe d'intervention directe afin d'améliorer l'efficacité du plan d'intervention, et de regagner un sentiment de sécurité et d'accomplissement professionnel.

5.6 Suivi en psychothérapie et en médecine

Le programme d'aide aux employés (PAE) a un rôle à jouer dans un programme de gestion du stress postincident critique. La direction du PAE devrait accorder une attention particulière aux besoins du personnel, c.-à-d. les intervenants qui sont victimes d'un événement critique. Si des références au PAE avaient lieu, il faudrait compter sur un service spécialisé en traitement des réactions de stress aigu et du désordre de stress post-traumatique.

Étant donné que la majorité des PAE incluent aussi de l'intervention de crise et du *debriefing*, il serait important de préciser le rôle de chacun, c.-à-d. celui de l'équipe d'aidants-IPEC spécialement formés et celui du PAE.

Le triage effectué par les aidants-IPEC ciblés ne requiert pas des compétences en évaluation psychologique ou médicale; ceux-ci doivent référer l'intervenant affecté à une clinique médicale ou à un centre hospitalier s'il semble trop perturbé ou s'il présente des symptômes physiques (maux de tête sévères, palpitations, etc.).

6. MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME IPEC

Pour induire des changements de pratiques dans une organisation, Grol et ses collaborateurs (26) proposent de mettre en place une série de processus permettant d'arriver à une mise en œuvre effective et fructueuse. Le modèle de Grol et al. (2005) (26) postule que pour induire un changement durable de pratique clinique et organisationnelle, divers types et modalités d'interventions (ex. : concertation en groupe de tâches, activités de sensibilisation ou de formation, supervision, etc.) sont nécessaires, et ce, à divers niveaux de l'organisation.

Dans le domaine de l'intervention de crise, Mitchell (2007) (13) propose, un peu dans le même sens, l'implantation d'un processus lorsqu'il parle des interventions spécifiques bien distribuées dans le temps telles que le désamorçage émotionnel, le *debriefing* et le suivi. Il soutient qu'une intervention de crise efficace doit être composée de plusieurs éléments en interaction les uns avec les autres pour garantir que tous les soutiens nécessaires soient apportés de façon individualisée à la personne ayant vécu un stress aigu. C'est d'ailleurs l'objet de la recommandation numéro 13 du présent programme d'intervention postévénement critique (IPEC).

6.1 Préparation et prise de décision

Pour réussir la mise en œuvre d'une nouvelle intervention organisationnelle, la première étape consiste à réaliser une bonne préparation et une prise de décision appropriée par rapport à son utilisation dans l'établissement. Le terme préparation réfère à la prise de connaissance appropriée des enjeux entourant le programme à implanter par la direction de l'établissement afin de prendre une décision éclairée relativement à la pertinence et aux enjeux dudit programme. En effet, tout nouveau programme doit être appuyé par la direction d'un établissement de façon telle qu'il puisse obtenir tout le soutien nécessaire tout au long de son implantation, mais aussi pour sa consolidation dans l'organisation. L'adhésion de la direction est donc essentielle tout au long du processus pour obtenir tous les résultats visés par le programme.

La direction du CRDITED doit être informée de l'ensemble des enjeux du programme de soutien, des avantages et des défis qui y sont associés ainsi que des coûts ou bénéfices attendus ou reliés à sa mise en œuvre et à son maintien à long terme. Cette information spécifique lui sera nécessaire pour prendre une décision éclairée et mettre en place les conditions optimales à sa mise en œuvre. Dans le cadre de l'IPEC, les conditions pourraient être la lecture du présent document et une rencontre avec un représentant du SQETGC. Celui-ci est le mieux placé pour transmettre toutes les informations pertinentes et pourrait, le cas échéant, assurer un soutien ou une supervision tout au long de l'implantation aux différentes parties prenantes dans l'actualisation de ce programme.

Une rencontre d'environ une heure et demie à deux heures est généralement suffisante avec la direction pour bien connaître l'ensemble des enjeux associés et sensibiliser celle-ci aux avantages et aux défis reliés à ce programme. La présentation d'IPEC comporte les différentes interventions à réaliser ainsi que le rationnel de base des 18 recommandations spécifiques.

6.2 Nomination d'un chargé de projet

Une fois que la direction a pris une décision éclairée, plusieurs étapes essentielles sont à prévoir, en particulier la nomination d'un chargé de projet ainsi que la mise en place d'un comité de mise en œuvre ou de pilotage. Compte tenu de l'expérience acquise au SQETGC, il apparaît essentiel de nommer un chargé de projet pour une mise en œuvre fructueuse d'IPEC. Cette personne devra, entre autres :

- assurer le leadership de la démarche de mise en œuvre;
- planifier les différentes étapes de mise en œuvre requises;
- coordonner les étapes de mise en place; et
- réaliser un monitoring approprié pour sa consolidation dans l'organisation.

6.3 Comité de mise en œuvre

Le mandat du comité de mise en œuvre consiste à appuyer le chargé de projet dans l'obtention de la collaboration du personnel concerné, de sa direction ainsi que de la concertation entre directions. Idéalement, le comité doit être composé de représentants des diverses directions concernées dans l'établissement, incluant un membre des ressources humaines. Ce service aura un rôle important à jouer dans le processus de mise en œuvre, mais aussi concernant les aspects de fonctionnement habituel de l'organisation et de monitoring de ce programme. Ce comité doit aussi faire l'analyse et le suivi des différentes stratégies d'implantation, définir les rôles et les responsabilités de chacune des parties prenantes et en assurer le suivi. Les rôles spécifiques de ce comité seraient donc de :

- Définir les rôles de chacun dans le cheminement critique et le fonctionnement interne du programme, à savoir le « quoi », le « qui » et le « quand » de chacune des activités associées au programme;
- Prévoir les étapes spécifiques de la mise en œuvre, entre autres en ce qui a trait à l'information, à la sensibilisation, à la formation, à la supervision ainsi qu'au coaching terrain;
- Prévoir les mécanismes d'évaluation continue et de résolution des problèmes rencontrés dans le cadre du monitoring de la mise en œuvre.

Une fois que le comité de mise en œuvre aura défini les modalités de fonctionnement interne d'IPEC, il faudra établir les étapes de consultation et de validation auprès des différentes parties prenantes. Dans ce contexte, ces dernières sont les intervenants directement concernés par IPEC, à savoir les aidants-IPEC visés, leur superviseur clinique, les gestionnaires de premier niveau, les gestionnaires des ressources humaines, les professionnels responsables de la supervision clinique et tous les administrateurs, sans oublier le personnel d'évaluation qui sera dédié à la cueillette de données permettant une évaluation plus détaillée des résultats d'IPEC. Ces étapes de consultation et de validation peuvent se faire à l'intérieur d'entrevues individuelles ou d'entrevues de groupe permettant ainsi d'ajuster la proposition sur les rôles, les responsabilités et les activités associés à l'implantation et au fonctionnement d'IPEC.

IPEC comporte une séquence précise de l'aide ou des soutiens professionnels à apporter, soit :

1. La capsule précrise⁶ (effectuée par des aidants-IPEC);
2. Le désamorçage (effectué par les pairs, c.-à-d. les aidants-IPEC);
3. Le triage (rappelons que l'évaluation de la situation et de la condition des personnes impliquées dans l'événement critique fait partie de toutes les étapes du programme);
4. Le *debriefing* psychologique (effectué par un psychologue associé à IPEC⁷);
5. Le *debriefing* technique (effectué par des ressources internes); et
6. Le suivi (effectué par des ressources internes ou par un aidant-IPEC).

En tout temps, une référence au PAE peut s'ajouter à IPEC.

⁶ Plusieurs CRDITED du Québec ont déjà leurs intervenants et leurs formateurs pour l'enseignement précrise. Plusieurs intervenants sont à la fois formateurs ITCA ou OMÉGA et formateurs de la capsule précrise.

⁷ Il est important que le psychologue externe soit au fait du cadre de référence IPEC et qu'il utilise le même modèle d'intervention.

Chacune de ces interventions est prédéterminée dans une fourchette de temps à l'intérieur de laquelle les interventions doivent être réalisées. Le Tableau 4 ci-après illustre de façon détaillée ces paramètres temporels.

Tableau 4 – Séquence temporelle recommandée pour les étapes d'intervention

INTERVENTIONS	PÉRIODE RECOMMANDÉE POUR CHAQUE TYPE D'INTERVENTION
1. Capsule précrise	Lors de l'implantation d'IPEC ou à l'accueil de tout nouvel employé
2. Désamorçage	Quelques minutes ou heures après l'événement critique
3. Triage (l'évaluation fait toujours partie du désamorçage et du <i>debriefing</i> psychologique)	Quelques minutes, heures et jours suivant l'événement
4. <i>Debriefing</i> psychologique	De 2 à 15 jours après l'événement
5. <i>Debriefing</i> technique	Au moment jugé opportun (le ou les intervenants victimes doivent être en mesure de faire ce travail de révision de l'événement critique)
6. Suivi	Quelques jours et semaines après l'événement

6.4 Création d'une équipe d'aidants-IPEC

Dans ce contexte, il est nécessaire de créer une équipe spécialisée à l'intérieur de l'organisation composée essentiellement de pairs aidants pour offrir la première intervention, à savoir le désamorçage (*defusing*), faire connaître les différentes formes de soutien offerts dans IPEC et s'assurer qu'un suivi sera fait auprès des personnes concernées. De plus, ils devront se voir attribuer des rôles et responsabilités très précis dans leur intervention. Tel que le précise la recommandation numéro 10 du présent document, ces intervenants doivent avoir un certain nombre de caractéristiques essentielles pour favoriser une aide efficace et un soutien optimal, soit :

- Être ou avoir été un intervenant terrain pouvant être perçu par les victimes d'un événement critique comme un de leurs pairs;
- Avoir une expérience variée du travail sur le terrain;
- Posséder une bonne capacité d'écoute active;
- Être volontaire pour réaliser des interventions postéventuellement critique en situation de stress;
- Avoir des conditions de travail leur permettant une rapidité d'intervention auprès de leurs collègues, le cas échéant.

La sélection des membres de cette équipe devrait être faite avec beaucoup de soin car leur rôle et leur crédibilité sont capitaux pour atteindre les objectifs d'IPEC auprès des intervenants victimes. Mais il faut reconnaître que cette démarche peut représenter un défi de taille si l'organisation n'a pas la structure de postes et les modalités organisationnelles appropriées pour mettre en place ces conditions.

6.5 Sensibilisation et formation

La prochaine étape que le comité de mise en œuvre doit prévoir en est une de sensibilisation et de formation de toutes les parties prenantes. En effet, l'ensemble du personnel doit être rencontré pour être sensibilisé au nouveau service de soutien dans l'établissement et à ces modalités d'utilisation (voir Synthèse des lignes directrices pour la mise en œuvre du programme IPEC - Annexe I). Cette démarche permettra de favoriser leur participation éventuelle et, dès le départ, de rassurer les employés sur la pertinence et les objectifs d'IPEC. Entre autres, il faudrait mentionner les éléments suivants :

- La participation tout à fait volontaire de ceux-ci (avec le droit de retrait en tout temps);
- Les modalités de confidentialité; et
- Les différents services de soutien IPEC offerts qui peuvent s'échelonner de quelques minutes jusqu'à quatre ou six semaines postévénement critique, si requis.

Dans le cadre de référence IPEC, la capsule précisée est en fait une formation de 90 minutes (idéalement donnée en complément à la formation ITCA ou OMÉGA (24, 25) qui visent la prévention et la meilleure façon d'intervenir lors de conduites agressives) comprenant :

- une session d'information sur le stress postévénement critique;
- une sensibilisation à la pratique régulière de la gestion du stress quelle que soit la stratégie utilisée afin de mieux être outillé lorsque confronté à un niveau d'anxiété plus élevé ou à des réactions de stress aigu (c'est-à-dire face aux réactions « normales » suite à un événement critique);
- l'optimisation de la cohésion d'équipe, particulièrement postévénement critique;
- la présentation des services de soutien IPEC;
- la normalisation de l'utilisation des services IPEC.

Il serait bien avisé de prévoir la mise en place de formateurs maison, un minimum de deux, afin qu'ils puissent se couvrir l'un et l'autre en cas d'absence, pour donner le programme de sensibilisation. D'ailleurs, ces personnes pourraient devenir les spécialistes en intervention de crise de l'établissement pour intervenir dans diverses situations de crise et offrir, le cas échéant, de la supervision.

6.6 Mécanismes de soutien et de supervision

Enfin, toutes les parties prenantes, formateurs de la capsule précisée et aidants-IPEC ainsi que les gestionnaires, devraient avoir accès à un service de soutien et de consultation tout au long de l'implantation d'IPEC. En tout temps, une supervision doit être disponible pour bien remplir son rôle clinico-administratif. Cette supervision régulière doit être offerte de façon statutaire aux membres du personnel qui ont pour mandat de faire du désamorçage émotif, donc les pairs aidants ici appelés les aidants-IPEC. Ces personnes ont besoin de soutien régulier car leur tâche pourrait être exigeante sur le plan personnel ainsi que sur le plan émotionnel.

Dans le monde de la formation professionnelle, il est bien reconnu que l'apprentissage de nouvelles tâches ou fonctions ne peut pas être réalisé entièrement dans une formation dite théorique. Le coaching ou la supervision terrain et sur mesure est la condition souvent essentielle à l'intégration de la matière (26). Une performance de qualité supérieure ne peut être atteinte sans ces modalités complémentaires. Ceci est particulièrement pertinent pour les pairs aidants qui devront raffiner leurs habiletés de relation d'aide et de soutien psychologique tout au long de leur travail. En effet, chacune des interventions qu'ils auront à réaliser devra être adaptée en fonction de chacune des personnes qui sera soumise à un événement critique. Dans ce contexte, les réactions de stress aigu de chacune de ces personnes peuvent varier grandement et leurs besoins aussi. Comme l'a démontré la recension des écrits réalisée pour IPEC, la qualité de l'individualisation des interventions est fondamentale dans la réussite de ce programme; ainsi, les aidants-IPEC doivent adapter grandement leur intervention aux besoins de chacune des victimes ou des témoins d'événements critiques.

6.7 Implantation effective d'IPEC

Lorsque l'ensemble des parties prenantes sera sensibilisé et formé aux interventions à réaliser dans IPEC, le comité de pilotage pourra passer à une autre étape, à savoir l'implantation effective du programme.

Selon Grol *et al.* (2005) (26), il est fort utile d'implanter un programme auprès d'un petit groupe de participants pour pouvoir mieux suivre la mise en œuvre d'un changement de pratiques et pouvoir, éventuellement, résoudre plus facilement les obstacles d'utilisation du nouveau programme. Toutefois, dans le cas d'IPEC, il semble difficile de respecter ce principe, car une fois que le programme est annoncé comme disponible, on ne peut refuser à un travailleur de recevoir de ce type de soutien émotif et professionnel. Il faut donc, dans la planification, prévoir les moyens nécessaires pour rendre le programme accessible à tous les membres du personnel de l'organisation simultanément.

Dans ce contexte, il est d'autant plus important de suivre attentivement si le programme est actualisé de façon conforme et si des problèmes ou des impacts négatifs surviennent afin de pouvoir les corriger rapidement. Une évaluation serrée de la mise en œuvre du programme IPEC est donc nécessaire et même essentielle, surtout pendant les premiers mois de son actualisation.

6.8 Évaluation continue et périodique d'IPEC

Une fois réalisée l'implantation effective d'IPEC, il faudra prévoir des rencontres régulières au niveau du comité de mise en œuvre pour mettre à jour le fonctionnement du programme et pour résoudre, le cas échéant, les diverses problématiques qui se présentent en fonction des critères d'évaluation. Pour ce faire, il faudra que le comité prévoit initialement comment IPEC peut être évalué en temps réel et à la fin d'une période prédéterminée (ex. : sur une base annuelle).

En effet, le comité devrait se pencher assez tôt (soit dans le cadre de la planification d'implantation du programme) sur l'identification des indicateurs les plus pertinents pour évaluer les résultats et les impacts attendus d'IPEC. Ainsi, pour certains de ces indicateurs, les résultats pourraient être plus ponctuels (ex. : des mesures d'application pré et post d'IPEC). D'autres indicateurs plus sensibles pourraient impliquer des mesures répétées après chacune des interventions.

Le comité devrait aussi identifier un certain nombre de mesures sur l'application conforme d'IPEC. En effet, la plupart des évaluateurs de programme considèrent qu'il faut non seulement prendre des mesures de résultats, mais aussi des mesures de l'intégrité de l'implantation comme telle d'un programme. Dans le cadre des modalités d'évaluation de programme, il est nécessaire pour pouvoir faire le lien entre les résultats d'un programme et ledit programme, de vérifier de façon très précise l'intégrité et la conformité de l'implantation de celui-ci. En effet, si les résultats sont positifs et qu'aucune mesure de conformité et d'intégrité n'a été menée, les conclusions sur l'efficacité d'IPEC pourraient être mises en doute.

De plus, pour stimuler la participation de toutes les parties prenantes au programme, il est intéressant de les tenir informées de façon régulière des résultats de celui-ci à partir des données recueillies tout au long de sa mise en œuvre. Ainsi, le comité de mise en œuvre pourrait partager un certain nombre de résultats avec l'ensemble des parties prenantes via les mécanismes habituels d'information à l'intérieur de l'organisation.

La section n° 7 « Évaluation d'un programme de gestion du stress postévénement critique » fournit plus d'information sur le type d'indicateurs pertinents à l'évaluation du programme IPEC.

7.

ÉVALUATION D'UN PROGRAMME DE GESTION DU STRESS POSTÉVÉNEMENT CRITIQUE

Plusieurs études ont tenté d'évaluer l'efficacité d'une intervention postévénement critique en analysant la présence ou la diminution des symptômes du désordre de stress post-traumatique. La revue de littérature présentée dans ce document suggère plutôt d'évaluer d'autres variables que la symptomatologie puisqu'il est normal qu'une personne réagisse à un stress « anormal », du moins pendant les semaines suivant l'événement. Il faudrait aussi prendre un certain temps avant de conclure à des effets positifs ou négatifs. Tout changement organisationnel peut produire une certaine résistance. Tout changement est stressant. IPEC devrait éventuellement faire partie de la culture de l'organisation, ce qui, par le fait même, devrait engendrer chez les employés le sentiment général d'être bien soutenu. Que les intervenants victimes décident ou non de participer à une ou l'autre des étapes d'intervention de soutien offertes, si ce service est facile d'accès, satisfaisant et naturel dans leur milieu de travail, un impact positif direct ou indirect devrait en découler.

Les variables qui pourraient être mesurées sont (18) :

- le bien-être à l'intérieur du contexte des réactions « normales »;
- la réduction de l'anxiété;
- la réduction de certains « symptômes » ou d'un sentiment dépressif;
- les cognitions de doute et le blâme;
- le bien-être en relation avec un sentiment de contrôle;
- le bien-être en relation avec un sentiment de sécurité;
- un sentiment d'efficacité;
- la réduction de la consommation d'alcool ou éviter d'y avoir recours pour se calmer;
- l'humeur;
- la satisfaction en rapport à l'intervention (désamorçage, *debriefing* psychologique, référence);

- la satisfaction par rapport au *debriefing* technique;
- la satisfaction par rapport aux mesures de sécurité prise par l'organisation;
- le sentiment d'être bien soutenu par les aidants-IPEC.

En général, les participants à une intervention de *debriefing* psychologique apprécient cette forme d'aide. Ceci démontre une tendance naturelle à chercher un soutien émotif, une reconnaissance, une compréhension et une approbation (27).

Il est également pertinent d'évaluer l'impact organisationnel d'IPEC. Ainsi, l'impact d'un tel encadrement des intervenants aux prises avec des personnes présentant des épisodes de TGC pourraient être observés sur :

- les démissions;
- les changements volontaires de poste;
- les absences pour causes de maladie en rapport avec des événements critiques;
- les retraits de la disponibilité sur la liste de rappel;
- le sentiment d'être considéré;
- l'appartenance à l'équipe, au service, à l'organisation;
- la fréquence des événements critiques (des TGC);
- etc.

Compte tenu de la nouveauté d'un tel programme, il serait fort utile d'élaborer de façon détaillée, en collaboration avec un expert en évaluation de programme, un tableau de bord permettant de mesurer les effets d'IPEC en termes cliniques sur le personnel (réactions de stress aigu, anxiété, symptômes de dépression, sentiment de bien-être relatif au besoin de se sentir en contrôle, en sécurité, etc.) et en termes de gestion des ressources humaines (ex. : nombre de congés de maladie, stabilité du personnel, etc.). De plus, il serait intéressant de vérifier l'impact d'IPEC sur le nombre d'incidents-accidents et sur la prévalence des TGC des usagers.

CONCLUSION

Les Lignes directrices soumises dans le présent document, en soutien à la mise en œuvre d'un programme de gestion du stress postévénement critique (IPEC) reposent sur une recension des écrits scientifiques et professionnels relatifs aux interventions postévénement critique. Ainsi, tous les éléments d'un programme de gestion du stress aigu, basé sur les meilleures pratiques (*Best Practices*) identifiées sont rendus disponibles aux CRDITED pour soutenir les intervenants victimes d'un événement critique dans leur milieu de travail. Toutefois, ce cadre de référence devrait être actualisé sur une base périodique. En effet, une mise à jour régulière des développements scientifiques et des pratiques dans ce domaine s'avère nécessaire afin de demeurer à la fine pointe des connaissances.

En implantant le programme IPEC, l'organisation visera à offrir la meilleure intervention de soutien, au meilleur moment pour une personne ou un groupe donné au cours des quatre à six semaines suivant un événement critique. Il nous faut toutefois insister, tout comme l'auteur du CISM, J. T. Mitchell, sur l'importance d'offrir l'ensemble des services mentionnés ici comme un programme et éviter de s'en tenir à une session unique de *debriefing* psychologique. Le simple fait d'offrir les services associés à IPEC est en soi une forme de soutien, mais toutes les composantes d'IPEC doivent être accessibles sur une base volontaire et utilisées de façon adéquate pour être efficaces :

- Une formation – Gestion de stress et soutien d'équipe (la capsule précrise);
- Du désamorçage (*defusing*);
- Du *debriefing* psychologique;
- Du *debriefing* technique accompagné d'une révision du PA-TGC;
- Du suivi;
- Et la possibilité de consulter le PAE en tout temps.

Les études démontrent que le désamorçage a une très grande importance et s'avère fréquemment la seule intervention nécessaire à l'intervenant affecté directement ou indirectement par un événement critique. Le désamorçage prend souvent une forme informelle tout en respectant les objectifs d'un tel soutien.

Dans le contexte des CRDITED, les pairs aidants, appelés ici les « aidants-IPEC », qui effectuent le désamorçage doivent être bien formés. Ainsi, les intervenants affectés par un événement critique peuvent bénéficier des avantages de ce service interne, c'est-à-dire une rapidité d'accès au soutien de pairs aidants qui ont des connaissances spécifiques à la pratique IPEC dans le même milieu de travail. Dans la plupart des situations, les personnes affectées par un incident critique se sentiront ainsi mieux comprises.

Toutefois, un psychologue externe, au fait du programme IPEC, peut aussi effectuer un *debriefing* psychologique plus approfondi; ceci peut permettre aux intervenants affectés de bénéficier de l'aide d'un professionnel en santé mentale et leur donne aussi l'opportunité de se confier à une personne non rattachée à l'organisation. Ainsi, certaines personnes peuvent se sentir plus à l'aise avec une consultation en service externe et seront même encouragées à le faire à l'intérieur d'un programme interne de type IPEC.

Rappelons en terminant que le programme IPEC vise l'atteinte d'objectifs de prévention secondaire et non de prévention primaire comme celui de réduire le risque de stress post-traumatique dans des services de réadaptation aux personnes présentant des TGC. Il vise plutôt à réduire les impacts du stress aigu pouvant être suscités par un événement critique dans un contexte d'intervention en TGC et, de là, à prévenir l'apparition d'un état de stress post-traumatique plus persistant. Pour ce faire, il propose d'offrir une série de services bien coordonnés (un programme) pour soutenir, le mieux possible, les intervenants dans la gestion de leur stress au travail, et ce, parce que le contexte d'intervention en TGC peut être particulièrement stressant. Si les intervenants sont mieux préparés pour faire face à ces stressseurs, ils pourront plus facilement maintenir un contact positif et prolongé, dans la durée, avec les usagers pouvant manifester des TGC, tout en conservant une bonne santé mentale et une bonne qualité de vie au travail.

Dans le volet précrise et lors d'un désamorçage, l'objectif est de faire en sorte que les intervenants se sentent plus solidaires les uns envers les autres, car ils risquent de vivre les mêmes expériences émotionnelles et de faire face aux mêmes situations de stress. Ils seront ainsi mieux préparés à les vivre, plus sereinement, à en tirer des apprentissages professionnels ou même à rechercher de l'aide en cas de besoin. Dans un contexte de travail, demander de l'aide n'est pas toujours facile mais dans un contexte d'intervention en TGC, il faut apprendre très tôt à le faire.

RÉFÉRENCES

1. Mitchell, J. T. & Everly, G. S. Jr. (2003). Critical Incident Stress Management and Critical Incident Stress Debriefings: evolutions, effects and outcomes. Dans B. Raphael, et J.P. Wilson. *Psychological debriefing*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
2. De Soir, E. (2004). Le *debriefing* est-il dangereux? *Journal International de Victimologie*, 07.
3. Caine, R. M. & Ter-Bagdasarian, L. (2003). Early Identification and Management of Critical Incident Stress. *Critical Care Nurse*, 23, 59-65.
4. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Washington, DC : Auteur.
5. Williams, T. (1988) Diagnosis and Treatment of Survivor Guilt -- The Bad Penny. Dans J.P. Wilson, Z. Harel. et Kahana, B. (Éds). *Human adaptation to extreme stress: from the Holocaust to Vietnam*. New York, NY: Springer.
6. Shalev, A. Y. (2003) Historical Concepts and Present Patterns: Stress Management and Debriefing. Dans B. Raphael, et J.P. Wilson. *Psychological debriefing*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
7. Documentaire, CBC News Network, Hidden Face of Fear. Récupéré de: <http://www.cbc.ca/documentaries/passionateeyeshowcase/2009/hiddenfaceoffear/>
8. Flannery, R.B. Jr. (2003) Debriefing health care staff after assaults by patients. Dans B. Raphael, et J.P. Wilson. *Psychological debriefing*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
9. Robinson, R. (2008). Reflections on the debriefing debate. *International Journal of Emergency Mental Health*, 10(4), 253-260.
10. Robinson, R. (2003) Debriefing with emergency services: Critical incident stress management. Dans B. Raphael, et J.P. Wilson. *Psychological debriefing*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
11. Matthews, L. R. (1998). Effect of staff debriefing on posttraumatic stress symptoms after assaults by community housing residents. *Psychiatric Services*, 49, 207-212.
12. Richards, D. (2001). A field study of critical incident stress debriefing versus critical incident stress management. *Journal of Mental Health*, 10(3), 351-362.

13. Mitchell, J. T. (2007). Innovative, precise, and descriptive terms for group crisis soutien services: a United Nations Initiative. *International Journal of Emergency Mental Health*, 9(4), 247-252.
14. Young, A. et Parr, G. (2004). An Examination of the Effectiveness of Periodic Stress Debriefings with Law Enforcement Personnel. Récupéré de: <http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas04/15.pdf>
15. *Acute Trauma Management Program of the American Academy of Experts in Traumatic Stress*. <http://www.nc-cm.org/specialty.htm>
16. Myer, R. A. (2001). *Assessment for crisis intervention: Triage assessment model*. Belmont, CA: Wadsworth.
17. James, R. K. et Gilliland, B. E. (2001). *Crisis Intervention Strategies*. Belmont, CA: Wadsworth.
18. Van Emmerik, A. A.P., Kamphuis, J.H., Hulsbosch, A.M. et Emmelkamp, P.M.G. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *The Lancet*, 360(9335), 766-771.
19. Sijbrandij, M., Olf, M., Reitsma, J.B., Carlier, I.V.E., et Gersons, B.P.R. (2006). Emotional or educational debriefing after psychological trauma, Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 189, 150-155.
20. Solomon R. M. et Macy, R. (2008). Critical Incident Stress Management, *Journal of EMDR Practice and Research*, 2 (2).
21. Weisaeth, L. (2003) Briefing and debriefing: group psychological interventions in acute stressor situations. Dans B. Raphael, et J.P. Wilson. *Psychological debriefing*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
22. Critical Incident Response, WorkSafeBC assistance, Canadian Traumatic Stress Network. Récupéré de: http://www.worksafebc.com/claims/serious_injury_fatal/wrk_05.asp
23. Sabourin, G. (2013). *Intervention de crise de personnes ayant une déficience intellectuelle avec ou sans troubles envahissants du développement : la recension critique des écrits*. Document inédit de recherche du MSSS. Produit par le CRDITED MCQ-Institut Universitaire.
24. <http://www.itca.ca/>
25. <http://www.asstsas.qc.ca/formations/calendrier/omega-de-base.html>
26. Grol, R., Wensing, M. et Eccles, M. (2005). *“Improving Patient Care, the implementation of change in clinical practices.”* Toronto, Canada: Elsevier.
27. Carlier, I.V.E., Voerman, A. E. et Gersons, B.P.R. (2000). *British Journal of Medical Psychology*, 73, 87-98.

LITTÉRATURE ADDITIONNELLE

Crocq, L. Le Réseau Français des Cellules D'urgence Médico-Psychologiques. www.info-traum.org

Kenardy, J. A. & Carr, V.J. (2003) Debriefing postdisaster: follow up after a major earthquake. Dans B. Raphael, et J.P. Wilson. *Psychological debriefing*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

McFarlane, A. (2003) Can debriefing work? Critical appraisal of theories of interventions and outcomes, with directions for future research. Dans B. Raphael, et J.P. Wilson. *Psychological debriefing*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Morris, P.L.P. (2003) Is consensus about debriefing possible? Dans B. Raphael, et J.P. Wilson. *Psychological debriefing*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Raphael, B. (2003). Conclusion: Debriefing - science, belief and wisdom. Dans B. Raphael et J.P. Wilson. *Psychological debriefing*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Raphael, B. et Wilson, J.P. (2003). *Psychological debriefing*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Stuhlmiller, C. et Dunning, C. (2003) Concerns about debriefing: challenging the mainstream. Dans B. Raphael et J.P. Wilson. *Psychological debriefing*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Ursano, R. J., Fullerton, C.S., Vance, K. & Wang, L. (2003) Debriefing: its role in the spectrum of prevention and acute management of psychological trauma. Dans B. Raphael et J.P. Wilson. *Psychological debriefing*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Wagner, S. L. (2005). Emergency response service personnel and the critical incident stress debriefing debate. *International Journal of Emergency Mental Health*, 7(1), 33-41.

Wilson, J. P. & Sigman, M. R. (2003) Theoretical perspectives of traumatic stress and debriefings. Dans B. Raphael et J.P. Wilson. *Psychological debriefing*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

ANNEXE I

SYNTHÈSE DES LIGNES DIRECTRICES POUR LA MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME IPEC

SERVICES DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE ET TECHNIQUE OFFERTS DANS LE CADRE D'IPEC

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N° 1

RECONNAISSANCE DU RISQUE DE STRESS AIGU DES INTERVENANTS ŒUVRANT EN TGC FACE À DES ÉVÉNEMENTS CRITIQUES

Les intervenants œuvrant en TGC dans les CRDITED seraient susceptibles de vivre des états de stress aigu suite à des incidents critiques. Il faut évaluer la présence et l'intensité des réactions et des symptômes, les besoins à court terme de l'intervenant affecté et planifier les interventions pertinentes.

Un intervenant affecté par un événement critique au travail associé à des situations de TGC devrait être aidé à reconnaître ses réactions de stress aigu et être soutenu dans la gestion de ses émotions et de ses symptômes.

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N^o 2

FOURNIR L'AIDE REQUISE POUR AMÉLIORER LA COMPRÉHENSION DES MULTIPLES RÉACTIONS INDIVIDUALISÉES AU STRESS AIGU

Les réactions des intervenants mentionnées dans cette étude sont nettement en lien avec les réactions et les symptômes de stress aigu.

Ainsi, tout intervenant victime d'un événement critique au travail devrait être aidé, à très court terme, après cet événement, afin de développer une bonne compréhension de ses réactions de stress aigu.

Cette aide contribue à la normalisation de ce type de réactions et permet une certaine réduction du stress négatif chez la victime. La victime pourrait aussi avoir besoin de restructurer certaines de ses pensées, lesquelles, lorsque biaisées, peuvent exacerber ses réactions et symptômes ou nuire à son processus de retour à l'équilibre.

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N^o 3

PLUSIEURS ÉLÉMENTS ESSENTIELS À UNE INTERVENTION POSTÉVÉNEMENT CRITIQUE

Ainsi, une intervention rapide postévénement critique (ou période post-traumatique immédiate) devrait être effectuée par une équipe de pairs comprenant des rencontres individuelles ou de groupe. Un suivi de 3 à 10 jours postévénement critique devrait aussi être effectué pour vérifier le besoin d'une aide supplémentaire incluant la possibilité de référer à un professionnel en santé mentale.

Il apparaît nécessaire d'inclure un volet technique, c'est-à-dire une formation en gestion de crise (entraînement précrise pour détecter les signes avant-coureurs d'une perte de contrôle chez un usager) et un *debriefing* technique (révision du processus ayant mené à l'événement critique et révision des techniques de prévention et de gestion propres au milieu et à la clientèle ayant des troubles graves du comportement).

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N° 4

**EFFICACITÉ D'INTERVENTION D'UN TYPE DE *DEBRIEFING* RÉALISÉ
PAR DES PAIRS**

L'intervention de *debriefing* effectuée par une équipe de pairs a donné de bons résultats en réduisant les symptômes de stress aigu. Il est donc recommandé d'inclure dans le cadre de référence de telles interventions basées sur l'approche cognitive.

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N° 5

**PERTINENCE D'UN PROGRAMME DE GESTION DU STRESS POSTÉVÉNEMENT
CRITIQUE**

Bien que les incidents critiques auprès des usagers DI et TSA diffèrent des incidents connus dans les établissements bancaires, les interventions à sélectionner ne devraient pas se limiter à une session unique de *debriefing* psychologique, mais devraient plutôt être mises en place dans le cadre d'un programme de gestion du stress postévénement critique assurant un bon suivi du personnel affecté.

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N° 6

**EFFICACITÉ ADMINISTRATIVE DU PROGRAMME DE GESTION
DU STRESS POSTINCIDENT CRITIQUE**

Quelques données administratives très positives sont rapportées suite à l'utilisation d'un programme de gestion du stress postincident critique (*Critical Incident Stress Management* (CISM)). Dans une évaluation de type « Intervention postévénement critique (IPEC) », il faut démontrer l'efficacité d'un tel programme en mesurant l'évolution de certains indicateurs administratifs tels que l'absentéisme, la rétention du personnel et les coûts s'y rattachant.

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N^o 7**LE PROGRAMME D'INTERVENTION POSTÉVÉNEMENT CRITIQUE (IPEC)
EST FONDÉ SUR LES PRINCIPES DU PROGRAMME DE J. T. MITCHELL**

Le choix des actions à inclure dans le programme d'intervention postévénement critique, destinée aux intervenants qui travaillent auprès des personnes ayant une DI ou un TSA et un ou des troubles graves du comportement, devrait correspondre aux critères du programme adopté par les Nations unies.

L'intervention basée sur le programme de J. T. Mitchell peut aider les professionnels en santé mentale qui sont, comme les professionnels d'urgence, exposés aux difficultés et à la souffrance humaine, à des événements parfois surprenants, ainsi qu'à certains risques de blessures et d'agressions. Les différentes étapes du soutien postévénement critique devraient être adaptées à chacune des situations et être en quelque sorte « personnalisées », que ce soit dans le milieu des urgences ou dans tout autre milieu de travail similaire.

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N^o 8**RESPECT DES CRITÈRES DU PROGRAMME *CRITICAL INCIDENT STRESS
MANAGEMENT (CISM)***

Les interventions ou services offerts dans un programme IPEC devraient correspondre aux critères énoncés par les auteurs J. T. Mitchell et G. Everly (1).

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N^o 9**NÉCESSITÉ D'INTERVENTIONS DE PRÉVENTION, DE PÉRIODE
POST-TRAUMATIQUE IMMÉDIATE ET DE SUIVI**

Les étapes d'intervention du programme IPEC devraient comprendre l'intervention précrise, l'intervention pendant la crise aiguë (aussi identifiée comme la période post-traumatique immédiate), et le suivi postcrise (un certain laps de temps après l'événement, pour un maximum de six semaines postévénement critique) tel que décrit par J. T. Mitchell et les différents auteurs qui ont révisé le modèle d'intervention.

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N° 10

CARACTÉRISTIQUES REQUISES POUR LES PAIRS AIDANTS

Les pairs aidants, ici identifiés comme les aidants-IPEC, devraient avoir, le plus possible, les caractéristiques du personnel intervenant terrain expérimenté et posséder des qualités personnelles d'écoute et d'ouverture. Cette équipe devrait toutefois inclure des professionnels du CRDITED pour soutenir, le cas échéant, les pairs aidants.

Il ne devrait pas y avoir de lien hiérarchique entre l'intervenant victime et l'aidant-IPEC (le pair aidant).

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N° 11

PRINCIPE DE CONFIDENTIALITÉ DANS LA TRANSMISSION DES INFORMATIONS AU GESTIONNAIRE

Un compte rendu de l'intervention devrait être donné à un gestionnaire. Une formule de rapport rapide à compléter par les aidants-IPEC et permettant aux intervenants affectés de voir ce qui, en fait, sera remis à l'administration, devrait être utilisée. Un rapport type est proposé (voir annexe III pour le rapport-type et annexe IV pour le rapport abrégé qui devrait accompagner toute demande de suivi avec un psychologue IPEC).

Si le pair aidant juge qu'un psychologue associé à IPEC devrait intervenir directement auprès du personnel affecté par un événement critique, ce soutien devrait alors être fourni.

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N^o 12**PERTINENCE D'UNE INTERVENTION PRÉCRISE**

Tout intervenant œuvrant auprès d'usagers pouvant présenter des troubles graves du comportement devrait avoir accès à une formation précise. Cette formation, de nature éducative, devrait préparer le personnel à la réalité du milieu d'intervention et à la gestion des stresseurs auxquels il pourrait être exposé. Le personnel devrait avoir la possibilité de mettre à jour ses connaissances régulièrement et de pratiquer les techniques cognitives et comportementales de gestion du stress personnel et professionnel.

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N^o 13**CARACTÉRISTIQUES DE LA FORMATION DES AIDANTS-IPEC (DÉSAMORÇAGE ET TRIAGE)**

La formation de l'équipe d'aidants-IPEC sélectionnés parmi les pairs comprend le désamorçage (*defusing*) de J. T. Mitchell (1) et le modèle en six étapes de Richard James (17). Il est aussi recommandé de former les aidants-IPEC à l'exercice du triage et à l'évaluation selon le modèle de Rick Myer (16) (sections 5.2 et 5.3).

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N^o 14**PARTICIPATION VOLONTAIRE AUX INTERVENTIONS IPEC**

Les interventions postévénement critique, que ce soit le désamorçage ou le *debriefing* psychologique, devraient être offertes au personnel affecté (ou témoin) et acceptées de façon volontaire. Ceci permet de respecter davantage les besoins et le rythme de chaque personne affectée. Les interventions peuvent consister en des rencontres individuelles ou en groupes homogènes, selon la préférence des personnes.

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N° 15

LES DIVERSES COMPOSANTES DU PROGRAMME IPEC

Le *debriefing* psychologique devrait faire partie d'un programme de soutien au personnel. Dans le programme IPEC, les interventions suivantes seraient alors offertes : une formation précrise (*pre-crisis*) appelée la capsule précrise, le désamorçage, le *debriefing* psychologique, le *debriefing* technique, le suivi et, si nécessaire, la référence à un professionnel en santé mentale pour un traitement à plus long terme.

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N° 16

MISE EN GARDE SUR LA VENTILATION FORCÉE DES ÉMOTIONS

Il est clair que de forcer la ventilation des émotions peut, dans certaines circonstances, provoquer une réaction émotionnelle non productive. Une attention particulière devrait être accordée à cet élément dans la formation des aidants-IPEC.

Par ailleurs, les aidants-IPEC devraient toujours se préoccuper de « l'autoblâme » ainsi que du blâme, et de la perception d'être blâmés.

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N° 17

MISE EN GARDE SUR L'ENSEIGNEMENT DES SYMPTÔMES DU STRESS AIGU

Le programme IPEC n'insiste pas démesurément sur l'enseignement de la séquence éventuelle de symptômes. Le fait d'avoir une certaine connaissance des réactions « normales » ou des symptômes suite à un événement critique devrait s'avérer aidant pour les victimes. Il s'agit d'éviter à ces dernières de trop se questionner ou de vivre une certaine panique reliée à l'incompréhension de ce qui leur arrive.

IPEC prévoit des étapes de prises en charge au fur et à mesure de l'apparition de réactions de stress aigu.

IPEC LIGNES DIRECTRICES – RECOMMANDATION N^o 18

NÉCESSITÉ DU *DEBRIEFING* TECHNIQUE

Un soutien « technique » dans la gestion des situations difficiles devrait être offert au moment jugé opportun. Cette intervention de *debriefing* technique ou critique constructive devrait être effectuée par du personnel spécialisé en TGC.

Un *debriefing* technique (sur les mesures de désescalade, d'intervention physique et la révision du plan d'intervention) devrait être effectué auprès de la personne victime, mais aussi auprès de l'ensemble de l'équipe d'intervention directe afin d'améliorer l'efficacité du plan d'intervention, et de regagner un sentiment de sécurité et d'accomplissement professionnel.

ANNEXE II

RÉSUMÉ DES SERVICES DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE ET TECHNIQUE OFFERTS DANS LE CADRE DE L'INTERVENTION POSTÉVÉNEMENT CRITIQUE (IPEC)

1. Formation précrise (prévention)

- Formation - Gestion de stress et soutien d'équipe (la capsule précrise);
- Formation ITCA (Intervention thérapeutique lors de conduites agressives) ou OMÉGA (25).

2. Interventions de soutien psychologique

- Désamorçage (ou *defusing*) effectué par les aidants-IPEC : généralement effectué dans les 12 premières heures postévénement critique. Durée : en moyenne 30 minutes. Objectif : évaluer, triager, réduire rapidement l'effet déstabilisant et normaliser des réactions immédiates postévénement, donner de l'information sur les services de soutien offerts, référer à un professionnel de la santé ou de la santé mentale si nécessaire.
- *Debriefing* psychologique effectué par une psychologue-IPEC : généralement effectué entre le premier et le dixième jour suivant l'événement critique. Durée : en moyenne 90 minutes. Objectif : évaluer, atténuer les réactions de stress aigu et les symptômes, arriver à un sentiment de compréhension de l'événement et à faire le point, améliorer la cohésion de groupe, mettre l'accent sur le *coping*, informer des services de soutien offerts pour un suivi, référer si nécessaire.

3. *Debriefing technique*

Répondre au besoin de comprendre ce qui est arrivé d'un point de vue technique. Favoriser le retour au bien-être, au sentiment de sécurité, au sentiment de contrôle et d'accomplissement professionnel. Réviser le plan d'intervention en TGC, sans en faire une question personnelle ni émotive.

4. *Suivi*

Référer à un soutien psychologique supplémentaire, le PAE, ou à un soutien technique additionnel.

ANNEXE III

RAPPORT TYPE INTERVENTION POSTÉVÉNEMENT CRITIQUE À L'INTENTION DU GESTIONNAIRE OU DES RH

Situation : _____

Lieu : _____

Date : _____

Demandée par : _____

Aidant-IPEC : _____

BRÈVE DESCRIPTION DE LA SITUATION

PRINCIPE DE CONFIDENTIALITÉ INTRODUIT

Aucune information personnelle ne sera divulguée. L'organisation vous offre un soutien et la participation est absolument volontaire. Les interventions ou l'absence d'intervention ne causeront aucun préjudice. La présente formule fait part de l'information qui sera remise au gestionnaire si vous acceptez. Votre signature ne démontre que votre acceptation pour que le présent rapport soit remis.

PRINCIPAUX OBJECTIFS DE L'INTERVENTION

Cocher les objectifs qui étaient visés dans votre IPEC.

- Permettre à l'intervenant du CRDITED de parler de l'événement critique.
- Favoriser l'expression de ses émotions sans les forcer. Respecter le rythme de la personne.
- Observer et identifier les différentes réactions, tant sur le plan physique, comportemental, cognitif, qu'émotif.
- Discuter des symptômes, des réactions et les normaliser.
- Donner de l'information se rapportant aux divers impacts associés à un événement critique.
- Explorer avec l'intervenant les stratégies qu'il peut utiliser afin de favoriser son mieux-être et permettre la mise en place d'un processus d'atténuation ou de résolution des symptômes et réactions de stress aigu ainsi que la gestion de ses émotions.
- Encourager la solidarité entre les intervenants en les sensibilisant à l'importance de briser l'isolement et au rôle du soutien social lorsque l'on est confronté à des événements de vie stressants.
- Sensibiliser le personnel cadre (supérieur immédiat) à l'importance de rassurer les intervenants au sujet des différentes réactions que l'on peut observer suite à un événement critique.
- Outiller le personnel cadre (supérieur immédiat) dans la gestion des émotions des intervenants.
- Informer les intervenants des services d'aide disponibles.
 - Suivi par le même aidant-IPEC (de l'équipe de soutien)
 - Suivi par autre aidant-IPEC (de l'équipe de soutien)
 - PAE – numéro de téléphone _____
- Remettre le dépliant conçu par le CRDITED ou le PAE s'adressant aux victimes d'un événement critique et aux personnes de leur entourage.

INTERVENTIONS EFFECTUÉES

- L'intervenant CRDITED ne désire aucune intervention pour l'instant et contactera l'aidant au besoin

Intervention de soutien

Évaluation ou triage

- Réactions « normales » faibles pour l'instant
- Réactions « normales » modérées pour l'instant
 - Stratégies de *coping* (préciser s'il y a lieu) _____
 - Retour au travail (préciser s'il y a lieu) _____
- Réactions « normales » mais intenses
 - Mesures prises pour assurer le bien-être et la sécurité de l'intervenant

Désamorçage Date _____ Heure _____ Durée _____

- Individuel
- Groupe homogène – nombre de participants _____

Debriefing psychologique Date _____ Heure _____ Durée _____

- Individuel
- Groupe homogène – nombre de participants _____

Intervention de soutien technique

Debriefing technique Date _____ Heure _____ Durée _____

- Individuel
- Groupe homogène – nombre de participants _____

AJOUT D'INFORMATION (de l'aidant ou de l'intervenant CRDITED postévénement critique)

Identification _____

INTERVENTION DE SUIVI

INTERVENTION DE SUIVI

- L'intervenant CRDITED désire être contacté par téléphone pour un suivi

- Numéro de téléphone pour le rejoindre _____
- Accepte que vous laissiez un message
- Le contact aura lieu dans (nombre de jours) ____, ____.
- L'intervenant est avisé qu'il peut aussi contacter l'aidant-IPEC
au numéro de téléphone _____

L'intervention de suivi effectuée

Seulement une conversation téléphonique pour prendre des nouvelles
Date _____ Heure _____ Durée _____

Debriefing psychologique Date _____ Heure _____ Durée _____
effectué par _____, psychologue externe

- Individuel
- Groupe homogène – nombre de participants _____

Debriefing technique Date _____ Heure _____ Durée _____

- Individuel
- Groupe homogène – nombre de participants _____
- Référence au PAE (utilisation à la discrétion de l'intervenant)

L'intervenant CRDITED ne désire pas de suivi et contactera l'aidant au besoin.

AJOUT D'INFORMATION (de l'aidant ou de l'intervenant CRDITED postévènement critique)

Identification _____

Signature de l'aidant-IPEC _____

Signature de l'intervenant CRDITED
postévènement critique _____

Date : _____

ANNEXE IV

RAPPORT ABRÉGÉ INTERVENTION POSTÉVÉNEMENT CRITIQUE – FORMULAIRE DE DEMANDE POUR UN *DEBRIEFING* PSYCHOLOGIQUE À L'INTENTION DU PSYCHOLOGUE ASSOCIÉ À IPEC

Demande de *debriefing* psychologique avec un psychologue associé à IPEC

Date de la demande : _____

BRÈVE DESCRIPTION DE LA SITUATION

DÉSAMORÇAGE EFFECTUÉ

- Intervention informelle
- Intervention formelle

Durée (approximative) : _____

PRINCIPAUX OBJECTIFS DU DÉSAMORÇAGE

Cocher les objectifs que vous avez atteints dans votre IPEC.

PRINCIPE DE CONFIDENTIALITÉ INTRODUIT

Aucune information personnelle ne sera divulguée. L'organisation vous offre un soutien et la participation est absolument volontaire. Les interventions ou l'absence d'intervention ne causeront aucun préjudice. La présente formule fait part de l'information qui sera remise au gestionnaire. Advenant une demande pour un *debriefing* psychologique, ce formulaire sera transmis au psychologue associé à IPEC¹.

- Permettre à l'intervenant du CRDITED de parler de l'événement critique.
- Favoriser l'expression de ses émotions sans les forcer. Respecter le rythme de la personne.
- Observer et identifier les différentes réactions, tant sur le plan physique, comportemental, cognitif, qu'émotif.
- Discuter des symptômes, des réactions et les normaliser.
- Donner de l'information se rapportant aux divers impacts associés à un événement critique.
- Explorer avec l'intervenant les stratégies qu'il peut utiliser afin de favoriser son mieux-être et permettre la mise en place d'un processus d'atténuation ou de résolution des symptômes et réactions de stress aigu ainsi que la gestion de ses émotions.
- Encourager la solidarité entre les intervenants en les sensibilisant à l'importance de briser l'isolement et au rôle du soutien social lorsque l'on est confronté à des événements de vie stressants.
- Informer les intervenants des services d'aide disponibles.
 - Suivi par le même aidant-IPEC (de l'équipe de soutien)
 - Suivi par autre aidant-IPEC (de l'équipe de soutien)
 - Suivi de *debriefing* psychologique avec un psychologue associé à IPEC
 - PAE – numéro de téléphone _____
- Remettre le dépliant conçu par le CRDITED ou le PAE s'adressant aux victimes d'un événement critique et aux personnes de leur entourage.

¹ Numériser le formulaire complété et l'envoyer au psychologue.

INTERVENTIONS EFFECTUÉES

- L'intervenant CRDITED ne désire aucune intervention pour l'instant et contactera l'aidant au besoin

Intervention de soutien

- Évaluation ou triage

- Intervenant demande à rencontrer le psychologue associé à IPEC
- Réactions « normales » faibles pour l'instant
- Réactions « normales » modérées pour l'instant

- Stratégies de *coping* (préciser s'il y a lieu) _____
- Retour au travail (préciser s'il y a lieu) _____

- Réactions « normales » mais intenses

- Mesures prises pour assurer le bien-être et la sécurité de l'intervenant

- Désamorçage Date _____ Heure _____ Durée _____

- Individuel
- Groupe homogène – nombre de participants _____

Intervention de soutien technique

- Debriefing* technique effectué le : _____ Date _____ ou à venir

Incluant révision de Désescalade du Plan clinique ITCA ou OMÉGA

AJOUT D'INFORMATION (de l'aidant-IPEC ou de l'intervenant CRDITED postévénement critique)

Identification _____

ANNEXE V

TRIAGE – FORMULAIRE D'ÉVALUATION

Triage – Formulaire d'évaluation Intervention de crise

© R. A. Myer, R. C. Williams, A. J. Ottens, and A. E. Schmidt (18)

CRISE

Identifier et décrire brièvement la situation de crise : _____

DOMAINE AFFECTIF

Identifier et décrire brièvement la réaction affective ou émotive (si la personne présente plus d'une réaction émotive, identifier par ordre d'importance : no 1, no 2, no 3).

- Colère/Hostilité :

- Anxiété/Peur :

- Tristesse/Mélancolie :

ÉCHELLE DE SÉVÉRITÉ DE LA RÉACTION AFFECTIVE

Encercler le nombre qui correspond le mieux à la réaction de crise de cette personne.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PERTURBATION									
AUCUNE	MINIMALE	PEU	MODÉRÉE	MARQUÉE	SÉVÈRE				
Humeur stable avec variation émotive normale pour le fonctionnement quotidien.	Émotions appropriées pour la situation. Brèves périodes pendant lesquelles l'humeur négative est légèrement plus intense que la situation le demande. Les émotions sont en grande partie contrôlées par la victime.	Émotions appropriées pour la situation mais de plus longues périodes avec humeur négative un peu plus intense que la situation le demande. La victime se perçoit en contrôle de ses émotions.	Émotions peuvent être incongrues. Plus longues périodes avec humeur est clairement plus intense que la situation le demande. Émotion labile possible. Effort pour contrôler ses propres émotions.	Émotions négatives marquées et à un plus haut niveau que la situation le demande. Les émotions peuvent être clairement incongrues. S'il y a une variation de l'humeur, elle est prononcée. L'apparition de l'humeur négative semble, selon la victime, hors de son contrôle.	Décompensation ou dépersonnalisation évidente.				

N.B. : « ... plus intense que la situation le demande » : s'applique en termes de durée, c.-à-d. lorsque les réactions ne semblent pas aller en s'atténuant au fil des jours et des semaines. Au-delà de 4-5 semaines = problématique plus sévère.

DOMAINE COGNITIF

Identifier et décrire brièvement s'il y a une perception de transgression, de menace ou de perte dans l'événement traumatique (si la personne présente plus d'une réponse cognitive, identifier par ordre d'importance : no 1, no 2, no 3).

PHYSIQUE (nourriture, eau, sécurité, abris, etc.) :

TRANSGRESSION ____ MENACE ____ PERTE ____

PSYCHOLOGIQUE (concept de soi, bien-être émotif, identité, etc.) :

TRANSGRESSION ____ MENACE ____ PERTE ____

SOCIAL-RELATIONNEL (famille, amis, collègues, etc.) :

TRANSGRESSION ____ MENACE ____ PERTE ____

MORAL/SPIRITUEL (intégrité personnelle, valeurs, système de croyances, etc.) :

TRANSGRESSION ____ MENACE ____ PERTE ____

ÉCHELLE DE SÉVÉRITÉ DE LA RÉPONSE COGNITIVE

Encercler le nombre qui correspond le mieux à la réaction de crise de cette personne.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PERTURBATION									
AUCUNE	MINIMALE	PEU	MODÉRÉE	MARQUÉE	SÉVÈRE				
Concentration intacte. Capacité « normale » à prendre des décisions et en résolution de problèmes. Perception et interprétation de l'événement correspondant à la situation réelle.	La personne peut penser à l'événement mais elle a un contrôle sur ses pensées. Prise de décisions et la résolution de problèmes minimalement affectées. Perception et interprétation de l'événement correspondent assez bien à la situation réelle.	Diminution occasionnelle de la concentration. La personne perçoit un manque de contrôle sur ses pensées/l'événement. Difficultés répétées pour la prise de décisions et la résolution de problèmes. Perception et interprétation de l'événement peuvent différer de la situation réelle sur quelques aspects.	Diminution fréquente de la concentration. Pensées intrusives/ événement et contrôle limité. Capacité en résolution de problèmes et prise de décisions affectées par les pensées obsessives, le doute de soi et la confusion. Perception et interprétation de l'événement peuvent différer considérablement de la situation réelle.	Pensées très intrusives se rapportant à l'événement. Capacité en résolution de problèmes et prise de décisions affectées par les pensées obsessives, le doute de soi et la confusion. Perception et interprétation événement peuvent différer de la situation réelle de manière importante.	Grande incapacité à se concentrer sur quoi que ce soit sauf l'événement. La personne est très affectée par ses pensées obsessives, le doute de soi et la confusion au point que sa capacité en résolution de problèmes et prise de décisions est, à ce moment, nulle. Perception et interprétation de l'événement peuvent différer de la situation réelle au point d'être une menace à son bien-être.				

DOMAINE COMPORTEMENTAL

Identifier et décrire brièvement quel comportement est actuellement observé (si la personne présente plus d'un comportement, identifier par ordre d'importance : n° 1, n° 2, n° 3).

APPROCHE (la personne approche le problème; elle tente tant bien que mal de résoudre la crise) :

ÉVITEMENT (la personne évite, consciemment ou inconsciemment, ce qui a rapport à l'événement traumatique. Exemples : blâmer les autres, mentir/l'événement, diriger l'attention ailleurs, prétendre que rien n'est arrivé, refuser de reconnaître que l'événement lui cause problèmes.

N.B. : Dans certaines circonstances, l'évitement peut être une réaction normale pour un certain temps) :

IMMOBILITÉ (la personne, consciemment ou inconsciemment, annule ses efforts pour s'en sortir et ne fait aucune tentative d'approche ou d'évitement. Elle peut être désorganisée, dépassée par les événements, confuse, en état de choc.

N.B. : Dans certaines circonstances, l'immobilité peut être une réaction normale pour un certain temps) :

ÉCHELLE DE SÉVÉRITÉ DE LA RÉACTION COMPORTEMENTALE

Encercler le nombre qui correspond le mieux à la réaction de crise de cette personne.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PERTURBATION									
AUCUNE	MINIMALE	PEU	MODÉRÉE	MARQUÉE	SÉVÈRE				
Comportements appropriés considérant la situation de crise. La personne fonctionne bien au quotidien.	Utilise occasionnellement des comportements inefficaces pour gérer la situation de crise. La personne fonctionne au quotidien mais avec un certain effort.	Utilise occasionnellement des comportements inefficaces. Le fonctionnement au quotidien est quelque peu compromis. La personne néglige certaines nécessités du quotidien.	La personne montre des comportements qui sont susceptibles d'exacerber la situation de crise. Le fonctionnement au quotidien est compromis.	La personne montre des comportements qui sont susceptibles d'exacerber la situation de crise. Incapacité à fonctionner au quotidien.	Les comportements sont erratiques et imprévisibles. Les comportements de cette personne sont dangereux pour elle-même ou pour les autres.				

ÉCHELLE DE SÉVÉRITÉ TOTALE

Domaine émotif-affectif : _____

Domaine cognitif : _____

Domaine comportemental : _____

TOTAL : _____

Suite à l'événement critique, une évaluation comprise entre 8 et 10 sur 10 dans un des domaines signifie qu'il est préférable que la personne ne continue pas son quart de travail et qu'elle ne soit pas seule à la maison pour les heures qui suivent. Une évaluation de entre 8 et 10 dans plus d'un domaine signifie que la personne devrait être évaluée par un médecin en clinique ou en salle d'urgence.



UN SERVICE DE LA



1001, rue Sherbrooke Est
Bureau 510
Montréal (Québec)
H2L 1L3

Téléphone : (514) 525-2734
www.fqcrdited.org/sqetgc