

CADRES DE RÉFÉRENCE
ET GUIDES TECHNIQUES

INTERVENTION
POSTÉVÉNEMENT
CRITIQUE (IPEC)
COMPLÉMENT (2016)



SERVICE QUÉBÉCOIS D'EXPERTISE
EN TROUBLES GRAVES DU COMPORTEMENT

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec*

Québec 



CADRES DE RÉFÉRENCE
ET GUIDES TECHNIQUES

INTERVENTION POSTÉVÉNEMENT CRITIQUE (IPEC)

COMPLÉMENT (2016)

Lynne Bibeau, Ph. D., psychologue

Maxime Paquet, Ph. D., APPR, SQETGC

Novembre 2016

Publié au Québec en novembre 2016.

Par le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement | Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.

ISBN – 978-2-551-25968-7

© SQETGC | CIUSSS MCQ (2016)

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

Écrit par Lynne Bibeau et Maxime Paquet.

Coordination/édition : Marianne Reux, agente aux communications, SQETGC

Révision : Diane Touten, attachée de direction, SQETGC.

Ce document devrait être cité comme suit : Bibeau, L. et Paquet, M. (2016). *Intervention postévénement critique (IPEC) – Complément (2016)*. Montréal, Canada : SQETGC | CIUSSS MCQ.

Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement

2021, avenue Union | Bureau 1240 | Montréal (Québec) H3A 2S9

Téléphone : 514 525-2734 | Télécopieur : 514 525-7075 | www.sqetgc.org



TABLE DES MATIÈRES

Introduction	5
1. Programme d'intervention postévénement critique	7
1.1 Un programme multicomposantes	7
1.2 Récurrence ou multiplicité d'événements critiques dans le même environnement de travail.....	10
1.3 Rencontres informelles	10
1.4 Rencontre avec la famille de l'intervenant affecté.....	10
1.5 Intervenir le plus tôt possible après l'événement critique	11
1.6 Intervenir dans les douze premières semaines après un événement critique.....	14
1.7 Liste et guide d'intervention pour les pairs aidants, modèle de Mitchell	14
1.8 Développer la résilience individuelle et organisationnelle	16
2. Implantation et lancement d'un programme de soutien du stress postévénement critique dans un contexte organisationnel	17
3. Formation.....	23
3.1 Formation des gestionnaires.....	23
3.2 Formation des pairs aidants.....	25
3.3 Capsule précrise	27
4. Évaluation d'un programme d'intervention postévénement critique	31
5. Supervision, certification, recertification	37
Conclusion.....	39
Références.....	41

INTRODUCTION

Publiée en 2014 par le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC)¹, une première revue de la documentation scientifique portant sur les programmes de soutien postévénement critique, l'aide psychologique de première ligne et la recherche dans le domaine des interventions de crise a conduit à la formulation de « Lignes directrices » pour guider le choix des interventions à mettre en place afin de soutenir les intervenants des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement du Québec² ayant à faire face à des événements critiques dans le cadre de leur travail.

Dans la foulée de cette réflexion, le SQETGC a également mis en place le programme Intervention postévénement critique (IPEC), basé sur le *Critical Incident Stress Management* (CISM) de J. T. Mitchell (2006), considéré par les Nations Unies comme un standard en ce qui concerne les programmes de soutien par les pairs (Muller-Leonhardt, Mitchell, Vogt et Schurmann, 2014). Ce programme, qui prévoit les dispositifs de soutien à mettre en place ainsi que des outils d'implantation (communication et formation) a, jusqu'à présent, fait l'objet d'une implantation dans huit établissements (dix installations) de différentes régions du Québec.

Soucieux de maintenir à jour les différentes composantes du programme IPEC en fonction des publications réalisées dans ce domaine, le SQETGC publie le présent document qui se veut un complément aux Lignes directrices publiées en 2014. Ce complément, qui s'appuie sur une vingtaine d'études récentes réalisées principalement entre 2010 et 2015, vient à la fois confirmer les principes de base du programme, notamment l'utilisation du *debriefing* psychologique tel que proposé par Mitchell (2006), et souligner l'importance de la supervision et de la certification (et recertification) des pairs aidants pour assurer la qualité du programme. Il apporte aussi des pistes de réflexion utiles concernant les méthodes à utiliser pour procéder à l'évaluation d'un tel programme.

¹ Bibeau, L. et Sabourin, G. (2014). Intervention postévénement critique (IPEC) – Lignes directrices. Montréal, Canada : FQCRDITED | SQETGC.

² Le 1^{er} avril 2015, les Centres de santé et de services sociaux, CRDITED et plusieurs autres établissements du réseau ont été fusionnés au sein des services régionaux nommés Centres intégrés de santé et de services sociaux ou Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CISSS ou CIUSSS).

Les informations recueillies au moment de la rédaction du complément ont déjà permis une mise à jour de plusieurs composantes du programme IPEC, notamment des contenus de formation destinés aux aidants-IPEC, aux gestionnaires ou aux intervenants (capsule précrise), ainsi que des procédures et activités relatives à l'implantation du programme au sein des organisations.

Rappelons en terminant que le programme IPEC nous apparaît être une stratégie organisationnelle très importante pour offrir un environnement de qualité aux personnes qui travaillent avec la clientèle manifestant des troubles graves du comportement. Étant fréquemment appelés à gérer des situations particulièrement stressantes, voire des situations de crise, les intervenants des CISSS et des CIUSSS du Québec peuvent, lors d'un événement critique, se retrouver débordés par leurs émotions et le flot de leurs pensées (Mitchell, 2011). Or, non identifié ou non traité, le stress vécu pendant et après un événement critique peut limiter le fonctionnement cognitif du personnel affecté, diminuer le sentiment de sécurité au travail, la qualité de vie professionnelle et même personnelle. Les organisations efficaces se doivent donc d'offrir un soutien adéquat à leurs employés lorsque le milieu de travail présente certains risques pour leur santé mentale et physique.

1. PROGRAMME D'INTERVENTION POSTÉVÉNEMENT CRITIQUE

1.1 Un programme multicomposantes

L'expérience d'un événement critique ou traumatique peut déclencher des réactions émotives, parfois fortes, qui peuvent nuire au fonctionnement de la personne, que ce soit directement sur le lieu de l'événement, ou pouvant se répercuter dans d'autres contextes professionnels ou même personnels.

Le *debriefing* psychologique est un service de soutien psychologique, de groupe ou individuel. Il aide la personne à gérer les réactions inconfortables ou psychologiquement douloureuses qui peuvent résulter de l'expérience d'un événement critique. Conçu au départ pour aider le personnel des services d'urgence exposé à des scènes troublantes ainsi qu'aux risques du métier, Mitchell voyait un bénéfice notable à intervenir auprès de collègues pompiers et intervenants paramédicaux qui avaient vécu un événement critique. Le *debriefing* psychologique n'est toutefois qu'une des composantes prévues dans un programme tel que le CISM.

Pack (2012) avance que le *debriefing* postévénement critique et le désamorçage (*defusing*) sont des approches spécifiques, souvent offertes sous le terme générique de *debriefing* psychologique. Ces concepts font partie du CISM et de la notion plus récente d'aide psychologique de première ligne (« *psychological first aid* »). Le désamorçage et le *debriefing* devraient être distingués l'un de l'autre et considérés comme complémentaires. Toujours selon Pack (2012), une intervention unique de *debriefing* psychologique devrait être jugée inadéquate, parce qu'elle s'avère insuffisante.

Les deux modèles d'intervention postévénement critique les plus connus et utilisés sont le modèle CISM de Mitchell (2006) et l'aide psychologique de première ligne de Olson (2010). Les deux modèles ont été créés avec pour objectifs de redonner un sentiment de sécurité, d'établir des relations sociales significatives, de rétablir un sentiment d'efficacité, d'informer et de

réduire le stress causé par les événements critiques. Centré autant sur les victimes d'un événement critique que sur le personnel victime d'un tel événement dans une organisation, le modèle d'aide psychologique de première ligne comprend tout de même des éléments qui peuvent être appliqués dans les deux cas. Le programme de Mitchell est, pour sa part, spécifiquement conçu pour soutenir le personnel exposé, voire blessé, lors d'un événement critique.

Simple et bien structuré, le programme de Mitchell (2006) s'avère être un guide d'intervention plus facile à suivre. Il comprend une série d'interventions de crise systématiques et multitactiques avec des stratégies liées entre elles, qui s'entrecroisent, pour alléger les réactions aux expériences traumatiques. Ce sont des interventions de courte durée qui favorisent une santé émotive par l'expression, la ventilation, la normalisation des réactions et la préparation pour l'apparition possible de réactions dans un futur immédiat (de quelques heures, jours à quelques semaines). L'objectif est de soutenir le personnel de l'organisation qui a subi et géré un événement critique. Dans ce sens, IPEC peut aussi être qualifié d'aide psychologique de première ligne.

Selon Olson (2010), il est aussi suggéré de considérer l'utilisation du protocole « *SAFER-revised* » (Everly, 2000) au sein du programme de gestion des événements critiques de Mitchell et de toute intervention psychologique de première ligne. L'acronyme « *SAFER* » signifie :

- Stabiliser;
- Accepter - reconnaître (« *to acknowledge* ») l'événement et les réactions déclenchées;
- Faciliter la compréhension et la normalisation;
- Encourager un *coping* efficace;
- Référer (donner un accès facile aux ressources supplémentaires).

Dans le cas de l'utilisation de « *SAFER* », il faut alors ajuster l'intervention de soutien aux besoins de l'individu, sélectionner les meilleures stratégies et tactiques d'intervention pour l'événement, la population affectée, et les offrir aux meilleurs moments pour chacun. Les besoins doivent être clairement identifiés puisque l'intervention doit correspondre aux besoins individuels et non venir interférer avec le mécanisme de récupération propre à chacun (Everly, 2000).

En résumé, le programme IPEC s'inspire principalement du CISM, mais comprend aussi des éléments propres à l'aide psychologique de première ligne. La structure du Programme IPEC adoptée par les CISSS et les CIUSSS est la suivante :

1. Formation « précrise » (prévention)

- a) Capsule précrise – Informations à propos du programme IPEC et sensibilisation à la gestion de stress;
- b) Formations complémentaires;

- Analyse et intervention multimodales (AIMM; Sabourin et Lapointe, 2014);
- Formation « Équilibre en situation de TGC » (SQETGC, 2014);
- Formation « Intervention thérapeutique lors de conduites agressives (ITCA) » (Bourdeau, 2016) ou formation Oméga (Robitaille, 2009).

2. Intervention de soutien psychologique

- a) Désamorçage (le plus tôt possible après l'événement critique);
- b) *Debriefing* psychologique (entre 48 heures et de 10 à 15 jours après l'événement critique).

3. *Debriefing* technique

- a) Aspects cliniques;
- b) Aspects sécuritaires - notion de prévention et de gestion de la sécurité physique (ITCA, Oméga, autre) et psychologique (IPEC, « Équilibre »).

4. Suivi

5. Références au programme d'aide aux employés (PAE)

1.2 Récurrence ou multiplicité d'événements critiques dans le même environnement de travail

Il existe peu de documentation relative aux effets répétés et cumulatifs d'une variété d'événements critiques. Ces événements sont cependant rapportés par les intervenants des CISSS et des CIUSSS pendant les formations IPEC. Une étude de Pack (2013), auprès de 15 travailleurs sociaux dans un contexte semblable indique que les pairs aidants ainsi que les intervenants affectés par la répétition d'événements particulièrement stressants, voire critiques, évaluent le *debriefing* psychologique comme étant efficace. Toutefois, la moitié d'entre eux ont quitté leur emploi à cause de cette répétitivité. Il faut prendre en compte les limites de l'étude puisqu'elle est basée sur un échantillon de taille restreinte.

1.3 Rencontres informelles

Toujours selon Pack (2013), il est important d'effectuer un suivi individuel à la suite d'un *debriefing* de groupe. Les participants à cette étude ont souligné leur appréciation d'une rencontre informelle (ex. : rester à prendre le thé), en plus d'une évaluation individuelle et d'un suivi de routine. En effet, les personnes affectées par un incident critique auraient besoin d'un soutien prolongé pour normaliser les réactions postévénement. Les travailleurs sociaux considèrent que le réseau de pairs aidants est le bon véhicule pour éduquer le personnel au sujet du soutien disponible et pour surmonter la difficulté souvent présente à demander de l'aide. Le personnel d'une organisation fait confiance aux pairs aidants parce que ces derniers connaissent la situation au travail (Muller-Leonhardt, et al., 2014). Les rencontres informelles de désamorçage par les aidants-IPEC ont été maintes fois discutées et encouragées pendant les formations IPEC. Dans une optique d'amélioration continue et d'évaluation du programme IPEC, il serait important que ces rencontres informelles soient documentées (de manière confidentielle, sans toutefois être anonyme), afin de savoir si le soutien a été offert, et s'il a été donné.

1.4 Rencontre avec la famille de l'intervenant affecté

Dans le contenu de la formation IPEC destinée aux pairs aidants, il est mentionné qu'une rencontre avec la famille des intervenants affectés peut s'avérer bénéfique. Dans l'étude de Pack (2013), des travailleurs sociaux affectés hésitaient à parler de certains événements critiques avec les membres de leur famille, de peur de les stresser. Selon l'auteur, la discussion avec leurs proches pourrait être plus facile en présence d'un pair aidant, et ainsi mener à un soutien supplémentaire. Le message relié à cet aspect a donc été renforcé dans la formation IPEC.

1.5 Intervenir le plus tôt possible après l'événement critique

Une étude de Priebe et Thomas-Olson (2013), effectuée dans le milieu de la santé auprès de personnel soignant en Colombie-Britannique (infirmières, inhalothérapeutes, techniciens en imagerie, éducateurs et médecins), confirme l'avantage d'une intervention dans les 24 premières heures suivant l'événement critique. Leur programme comprend notamment des sessions d'information et de formation sur les effets des événements critiques et traumatiques, sur le programme d'intervention (modèle CISM), en plus d'offrir des ressources pour le suivi du personnel affecté. L'aide est donnée sur les lieux de travail. Dans le cadre de ce programme, 178 interventions ont été réalisées en 2010-2011, aidant au total 630 membres du personnel. Au cours des quatre années relatées par l'article, 790 interventions ont eu lieu auprès de 2360 membres du personnel. Le modèle utilisé dans cette recherche, qui avait pour particularité de vérifier le facteur « temps », est le même modèle d'intervention que celui du programme IPEC; il visait le même genre d'intervenants et était également géré à l'intérieur de l'organisation.

Tout comme dans le cadre du programme IPEC, les interventions pouvaient avoir lieu quelques heures, une journée, une à deux semaines, mais aussi occasionnellement quatre à six semaines après l'événement. L'étude de Priebe et Thomas-Olson (2013) compare un groupe ayant reçu du soutien à l'intérieur de 24 heures après l'événement critique ($n = 24$) et un groupe l'ayant reçu au-delà de 24 heures ($n = 39$). Les participants devaient répondre à un questionnaire électronique à propos de l'impact d'un événement critique (« *Impact of event scale-revised* »; IES-R). Cet instrument, qui évalue la détresse subjective, comprend trois principales échelles visant à évaluer la présence de comportements d'évitement, de pensées intrusives (pensées, images, *flashbacks*, rêves, cauchemars ou souvenirs répétitifs reliés à l'événement et qui provoquent une souffrance) et d'hypervigilance (hyper-éveil, état d'alarme, etc.).

Les participants ont répondu au questionnaire à trois reprises : un mois, trois mois et six mois après l'intervention psychologique de première ligne. Ils ont aussi été contactés par téléphone dans un intervalle de 15 jours après l'événement critique par le même aidant. Le personnel soignant qui a bénéficié d'un soutien dans les 24 heures avait un résultat moyen plus bas à chacune des trois échelles et pour le résultat global de l'impact de l'événement à 1, 3 et 6 mois. Ces résultats démontrent une tendance : lorsque l'intervention a lieu dans les 24 heures postévénement critique, les résultats sont meilleurs. Les réactions de stress aigu sont donc moins prononcées, tant à court qu'à long terme. Cependant, même si les scores rapportés s'avèrent plus bas pour ceux ayant bénéficié d'un soutien dans un intervalle de 24 heures, la différence avec ceux ayant reçu du soutien après le seuil des 24 heures n'est pas statistiquement significative.

Toutefois, l'avantage d'une intervention de soutien effectuée tôt après un événement critique est appuyé par l'évaluation qualitative du matériel recueilli lors d'entrevues téléphoniques

réalisées 15 jours après l'événement critique. Ainsi, 94 % des personnes ayant reçu un soutien dans les 24 heures rapportent que cette intervention les a aussitôt aidées à comprendre l'événement et à gérer leurs réactions. Elles sont, en outre, restées au travail. Un tiers du personnel ayant reçu du soutien après les 24 premières heures à la suite de l'événement a indiqué que l'intervention n'avait pas eu lieu suffisamment tôt. Les auteurs concluent donc en posant cette importante question : « Comment une organisation pourrait-elle continuer à demander à son personnel de faire face aux risques du milieu, à de potentiels événements critiques, même traumatiques, si elle n'offre pas un soutien d'urgence, immédiat lorsque demandé par ses employés ou lorsque la nécessité est imminente? ».

Dans un article de 2007, Robinson recommande d'offrir une intervention de soutien tel que le *debriefing* (ou le désamorçage) entre 24 et 48 heures après un événement critique. Cet auteur croit qu'il y a, immédiatement après un événement critique, une brève fenêtre d'opportunité pendant laquelle les travailleurs sont plus ouverts à s'occuper des réactions déclenchées par l'événement. Selon lui, si cette opportunité est manquée, elle pourrait l'être de manière irréversible.

De son côté, Olson (2010) affirme que le processus de soutien doit débuter aussi tôt que possible, même lorsque le personnel est encore sur les lieux de l'événement. C'est actuellement ce que les aidants-IPEC font dans la majorité des organisations et principalement lorsqu'il y a une équipe d'intervention rapide déjà en place, maintenant formée en désamorçage, et bien au fait avec l'ensemble du programme de soutien postévénement critique.

Dans un article de 2012, Blacklock présente un programme similaire à IPEC, appliqué dans un milieu hospitalier. Ce programme comprenait un désamorçage informel à l'intérieur des 24 premières heures (généralement effectué dans les huit premières heures) suivant l'événement et un *debriefing* formel à l'intérieur de 72 heures. Les aidants étaient des professionnels en santé mentale. Dans plusieurs cas, une seule intervention de désamorçage était suffisante. Dans le cadre de ces interventions, l'information sur les réactions au stress est jugée essentielle. Elle redonne du pouvoir et réduit la perception que « c'est anormal » (Blacklock, 2012; Defraia, 2013). Dans un même ordre d'idées, la formation IPEC insiste sur le volet informatif des interventions psychologiques de première ligne.

Après l'analyse de 19 études, le « *National Institute for Health and Care Excellence* » (NICE, 2013) rapporte qu'un *debriefing* psychologique (ou désamorçage) à l'intérieur des 10 premières heures après un événement critique réduit significativement plus les symptômes post-traumatiques que le *debriefing* effectué après 48 heures. Le suivi des symptômes s'est effectué sur une période de 12 semaines, ce qui a permis d'identifier s'ils pouvaient tout de même apparaître tardivement ou réapparaître. Ces résultats récents sont encourageants, mais davantage d'études seront requises pour les confirmer (Gartlehner, Forneris, Brownley, Gaynes, Sonis, Coker-Schwimmet et al., 2013).

Plusieurs études relatives à l'état de stress post-traumatique (ESPT) considèrent le lien entre l'effet de la mémoire sur le développement de symptômes (Brewin, Dalgleish et Joseph, 1996; Bryant, Harvey, Guthrie, et Moulds, 2000; Ozer, Best, Lipsey, et Weiss, 2003). L'événement critique ou traumatique qui ne serait pas adéquatement intégré dans la mémoire serait associé au développement des symptômes de l'ESPT chez la personne affectée par cet incident. Il pourrait s'agir d'un problème de formation de la mémoire, de récupération de l'information, ou un biais de l'information prépondérante. L'altération du processus de la mémoire serait la clé pour comprendre le développement et le maintien de l'ESPT. Ainsi, l'état d'alerte ou l'hypervigilance succédant à l'événement pourrait conduire à une mémoire explicite de l'événement traumatique, relativement de pauvre qualité ou biaisée, ce qui pourrait augmenter le risque de présenter certains symptômes de l'ESPT. La réaction émotionnelle intense pendant l'événement et la réaction physiologique d'alerte ont été associées au développement de l'ESPT tout comme, à l'autre extrême, la réaction de détachement et de dissociation. L'activation des hormones du stress déclenchée pendant l'événement serait aussi impliquée. L'individu aurait donc de la difficulté à intégrer et à « comprendre » l'expérience traumatique; l'information relative à l'événement serait inconsistante avec son schéma personnel, avec celui d'autrui et avec la vision du monde en général donnant lieu à une manifestation symptomatique et comportementale de l'ESPT. Ceci appuie le besoin d'intervenir tôt après un traumatisme. Gartlehner et al. (2013) ne sont cependant pas spécifiques sur le moment de l'intervention dite « tôt » après l'événement critique.

Gartlehner et al. (2013) soutiennent aussi que la nouvelle génération d'intervention en matière de prévention de l'ESPT ne devrait plus viser l'ensemble des personnes victimes ou des témoins directs et indirects, mais seulement celles qui ont besoin d'aide relativement aux symptômes post-traumatiques immédiats et qui seraient en principe plus à risque de développer un ESPT. Ce principe est d'ailleurs appliqué dans le modèle de Mitchell (2006).

Une intervention de structuration de la mémoire (« *Memory Structuring Intervention* ») auprès de victimes d'événements critiques vise à orienter le processus de la mémoire traumatique vers un processus linguistique et cognitif plus contrôlé (Gartlehner et al., 2013) Il s'agit de procurer à la victime une compréhension de l'événement, une organisation de l'information ainsi qu'une possible explication de sa cause. Cette restructuration contribue à ce que la victime évite d'entrer dans un processus affectif et somatosensoriel incontrôlable qui pourrait survenir à la suite d'un événement critique. Les résultats, en termes de réduction des symptômes d'hypervigilance et d'intrusion (*flashbacks*, pensées intrusives), se sont avérés meilleurs avec une intervention de structuration de la mémoire en comparaison d'une intervention de soutien psychologique effectuée dans les 48 heures suivant un événement critique. Il est à noter que l'étude a été effectuée auprès d'accidentés de la route.

Le désamorçage du modèle de Mitchell (2006), adopté dans IPEC, à l'intérieur des 24 premières heures après un événement critique joue un rôle dans la possibilité de diminuer le risque de développer une mémoire catastrophique de l'événement critique. En effet, IPEC vise aussi à informer, aider la compréhension, normaliser les réactions, réduire la détresse et l'état

physiologique d'alerte (Caine et Ter-Bagdasarian, 2003). L'ensemble de ces interventions contribue à des souvenirs de l'événement moins troublants et, ainsi, à des conséquences moins néfastes (Bibeau et Sabourin (2014).

1.6 Intervenir dans les douze premières semaines après un événement critique

Gartlehner et al. (2013) n'ont pas exactement les mêmes cibles d'intervention que le CISM (Mitchell, 2006). En fait, ces auteurs se centrent sur les trois premiers mois après l'événement critique. Ils ne semblent donc pas en accord avec le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) pour ce qui est de la période durant laquelle le diagnostic d'ESPT devrait être posé si les critères diagnostiques sont présents. Ils considèrent que la « victime » d'un événement critique pourrait avoir des réactions et des symptômes pendant trois mois, plutôt que sur une période de six semaines, sans encore correspondre au diagnostic de l'ESPT. L'approche cognitivo-comportementale centrée sur le trauma (« *trauma-focus* ») serait l'intervention de choix pour réduire la sévérité des symptômes chez les personnes ayant un désordre de stress aigu. Il s'agit d'une psychothérapie brève à raison d'une séance de 60 à 90 minutes par semaine. Il est à noter que les interventions étudiées se rapportent majoritairement à des victimes d'événements critiques ou traumatiques dans des contextes autres que le travail.

1.7 Liste et guide d'intervention pour les pairs aidants, modèle de Mitchell

Depuis le lancement du premier programme IPEC en 2012, des discussions entre le SQETGC, les auteurs d'IPEC, les gestionnaires et les participants ont permis d'établir des objectifs de perfectionnement du programme, relatifs à l'implantation, l'encadrement des pairs aidants et l'évaluation du programme. Parmi les propositions, l'utilisation d'un guide d'intervention pouvant aussi servir de rapport à la suite d'un désamorçage formel ou informel par les pairs aidants est de plus en plus considérée. En effet, Mitchell (2011) suggère l'utilisation d'un diagramme (« *Flowchart* ») du même type que ceux employés dans les domaines de l'aviation et de la médecine. Dans ce contexte, il faudrait établir une liste d'éléments à « confirmer » et une autre comprenant les actions à accomplir. Dans le cadre du programme IPEC, ce type de guide pourrait servir de rapport d'intervention, sans divulguer d'informations personnelles, et donc sans briser la confidentialité. Lorsqu'un événement critique se produit dans un CIUSSS/CISS, un rapport en santé et en sécurité doit être rédigé. Les intervenants impliqués ou témoins sont identifiés. Le diagramme réalisé dans le cadre du programme IPEC pourrait être joint au rapport initial en santé sécurité au travail spécifiant les étapes du désamorçage et les informations qui ont été données par le pair aidant (aidant-IPEC).

Selon Mitchell (2011), ce guide pour les pairs aidants et le système d'assistance pourrait prendre le format d'une « liste d'éléments à cocher ». Il s'agit d'assister le pair aidant dans sa prise de décision et dans la résolution de problème, dans des circonstances complexes ou urgentes. Pour Mitchell (2011), les listes et les guides utilisés dans un programme efficace doivent être :

- Faciles à lire, à comprendre et à suivre;
- Simples (ne pas créer de confusion);
- Orientés vers la sécurité;
- Courts (maximum de 5 à 9 énoncés);
- Être complétés en 30 à 60 secondes;
- Utilisés par les pairs aidants formés;
- Présentés dans un format convivial (non encombrant).

Une première liste devrait comprendre les actions et objectifs généralement inclus dans les interventions de crise :

1. Évaluer le niveau de sécurité.
2. Établir la relation et engager la communication.
3. Identifier et gérer les émotions.
4. Explorer les alternatives et les solutions partielles.
5. Développer un plan d'action postévénement critique immédiat.
6. Établir un plan de suivi.

Une deuxième liste devrait comprendre les éléments stratégiques du soutien en situation de crise :

1. Évaluation
 - a. acquérir de l'information;
 - b. décrire la nature de l'événement critique, la magnitude et l'impact sur le personnel.
2. Identifier les thèmes, aspects dérangeants/troublants, problèmes potentiels, etc.
3. Déterminer la population cible
 - a. individu, groupe, population.
4. Décider du type d'intervention
 - a. individuelle;
 - b. petit groupe;
 - c. grand groupe;
 - d. autre.
5. Établir le moment approprié pour intervenir.
6. Désigner l'intervenant pour offrir le soutien nécessaire.
7. Faire un suivi.
8. Référer si nécessaire.
9. Conclure le service de soutien.

Une troisième liste devrait comprendre les éléments essentiels à un plan d'action en intervention de crise :

1. Est-ce que le plan est simple, sécuritaire et pratique?
2. Est-ce que quelqu'un a besoin d'une aide médicale ou légale?
3. Est-ce que le plan peut être réalisé dans un court laps de temps?
4. Est-ce que le plan peut-être mis en place immédiatement?
5. Est-ce que le plan est réfléchi, organisé et centré sur les circonstances immédiates?
6. Est-ce que les « victimes » de la crise peuvent mettre ce plan en pratique?
7. Est-ce que le plan est flexible si les circonstances changeaient?
8. Est-ce que le plan requiert la coopération de gens non impliqués dans la situation de crise?
9. Est-ce que les ressources sont disponibles si on y réfère?

Un exemple de rapport approprié est proposé dans le document original IPEC, à l'Annexe III (Bibeau et Sabourin, 2014). Il présente des similarités de contenu et de format avec les suggestions de Mitchell (2011), mais il pourrait cependant être abrégé

1.8 Développer la résilience individuelle et organisationnelle

Un programme de gestion de stress à la suite d'un événement critique constitue un soutien tant pour les individus que pour les organisations. L'intervention, qui vise à réduire les symptômes de traumatisme, aide l'individu à développer de la résilience et à renforcer ses stratégies d'adaptation, en plus de stabiliser, au niveau organisationnel, l'environnement psychosocial de travail.

La résilience individuelle est l'habileté à tolérer le choc initial d'un événement critique et à rapidement préserver sa capacité à fonctionner. Elle permet de s'adapter devant une tragédie, un traumatisme, l'adversité, et les stressseurs significatifs. La résilience organisationnelle est, quant à elle, l'habileté de l'organisation à s'adapter à la suite d'un événement critique sur les lieux du travail et à préserver ainsi la stabilité du milieu, sa structure et son fonctionnement (Defraia, 2013).

2. IMPLANTATION ET LANCEMENT D'UN PROGRAMME DE SOUTIEN DU STRESS POSTÉVÉNEMENT CRITIQUE DANS UN CONTEXTE ORGANISATIONNEL

Les politiques et les procédures relatives à un programme de soutien à la suite d'événements critiques doivent considérer le contexte organisationnel, ainsi que les différentes réactions individuelles. L'objectif d'un tel programme est d'atténuer le potentiel impact négatif des événements critiques dans le milieu du travail et de promouvoir la résilience personnelle. Le souci des dirigeants d'une organisation quant au soutien à accorder aux employés et la qualité du leadership dans le nouveau système de soutien font partie des facteurs influençant les réactions de stress postévénement critique. Les employeurs qui accordent une place importante, voire prioritaire, aux stratégies visant à améliorer le moral de leurs employés contribuent ainsi à leur résilience et à leur satisfaction au travail. La bonne gestion d'un événement critique a en outre un impact positif en termes de prévention d'un autre événement du même ordre (Pack, 2012).

Selon Pack (2012), les informations principales à véhiculer en démarrant un programme de gestion du stress postévénement critique sont :

- Définir le programme et les services de soutien offerts;
- Définir le *debriefing* psychologique (et le désamorçage) et les objectifs de l'intervention;
- Prendre en considération que le but premier n'est pas nécessairement de prévenir l'ESPT;
- Préciser qu'il s'agit d'un soutien et non d'une intervention clinique;
- S'assurer de l'applicabilité du principe de confidentialité et qu'elle sera respectée (aussi distinguer la différence avec l'anonymat).

Il est important de faire connaître l'ensemble des interventions structurées qui peuvent être offertes au sein du programme et qui permettent le suivi de l'employé affecté sur une période de quatre à six semaines après l'événement.

En plus de démontrer l'importance d'un programme d'intervention postévénement critique, l'étude de Forbes et al. (2011) met en lumière l'importance de la manière dont le programme est lancé et la nécessité d'évaluer chacune de ses étapes. C'est la réussite de chacune des phases du programme, et non seulement la réussite des interventions en tant que telles, qui mènera à un soutien adéquat et à des résultats concluants en ce qui concerne la qualité de vie des employés et le bon fonctionnement de l'organisation.

Le logigramme de cet article est ici traduit et adapté. Il pourrait servir de guide aux organisations qui décident d'adopter le programme IPEC.

Logigramme d'un programme de gestion de stress postévénement critique : implantation, interventions, évaluations (page 20).



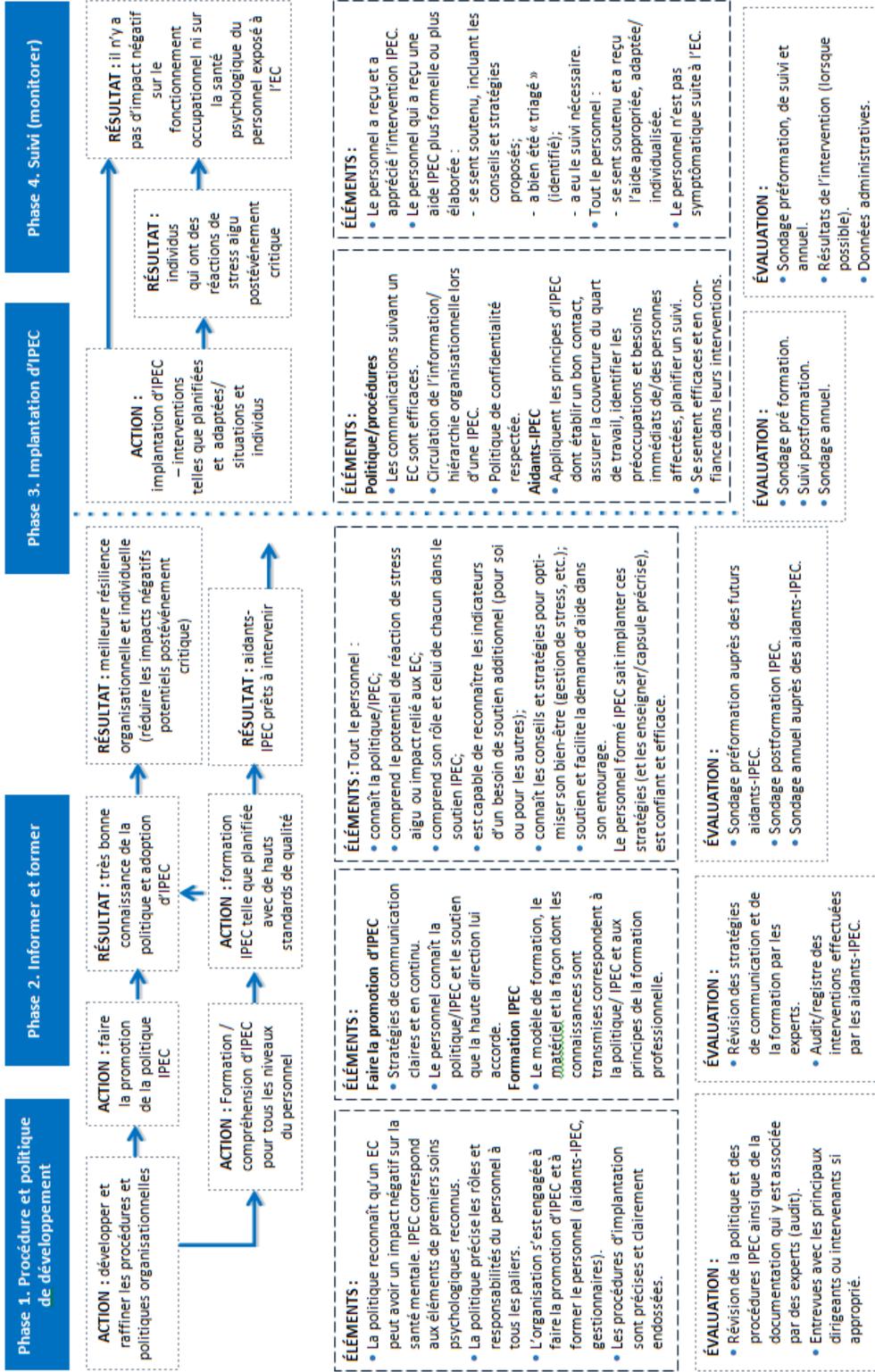


PROGRAMME IPEC – INTERVENTION POSTÉVÉNEMENT CRITIQUE
Implantation et évaluation basées sur un modèle théorique

Forbes et al. (2011)

Prévenement critique (EC)/Fonctionnement organisationnel

Postévènement critique (EC)



L'étude de Forbes et al. (2011) est particulièrement intéressante. L'objectif du programme est identique à celui d'IPEC. Il s'agit de faciliter la récupération des employés dans la période suivant un événement critique ou post-traumatique (immédiatement après l'événement ou à court terme). Cet objectif peut être atteint en donnant de l'information, un soutien émotif, un soutien instrumental (correspondant aussi au *debriefing* technique dans IPEC) et en adaptant l'intervention à la personne affectée.

Selon ces mêmes auteurs, il faut s'assurer que le processus d'implantation du programme d'aide psychologique de première ligne ait été respecté. Il faut donc définir, détailler et évaluer ce processus. Le cadre de référence IPEC a été produit pour aider les CISSS et CIUSSS dans l'élaboration des politiques et procédures relatives aux services de soutien postévénement critique. Le logigramme présenté précédemment s'avère un complément, un guide précis et concis pouvant aider les organisations qui adoptent le programme IPEC.

Une récente étude de Muller-Leonhardt et al. (2014) à propos d'un programme de gestion du stress postévénement critique inspiré du modèle de Mitchell (2006) a été réalisée dans un milieu hospitalier entre les années 2004 et 2010. Cette étude implique 63 travailleurs du milieu de la santé et 25 pairs aidants. Les résultats obtenus confirment que les incidents quotidiens mineurs (petits incidents ou « quasi-incidents ») peuvent devenir équivalents à des événements critiques pour les professionnels des centres hospitaliers. L'implantation d'un programme de soutien prend, bien sûr, un certain temps, mais lorsque bien établi, il peut changer la culture organisationnelle de manière à ce que même les petits incidents ou les « quasi-incidents » (« *near misses* », « *close calls* ») deviennent une opportunité de donner de la rétroaction. Le « quasi-incident » est, par exemple, la détection d'une erreur au dernier moment. Les sentiments de culpabilité, de blâme et de honte sont fréquents dans la culture des hôpitaux, principalement chez le personnel soignant, ce qui rend la gestion du stress après l'événement critique plus difficile. Les « quasi-incidents » ne viennent qu'ajouter au cumul de stress déjà présent et peuvent conduire à des réactions de stress plus prononcées, apparentées à l'état de stress aigu. Selon Muller-Leonhardt et al. (2014), il est clair que les événements relatifs à une erreur médicale peuvent déclencher des réactions significatives (stress aigu) chez les professionnels de la santé. Le fait de considérer de tels événements comme des incidents critiques (ce qui est fait dans le programme IPEC) est particulièrement intéressant. De plus, tel que mentionné par Pack (2012), si un événement critique se produit dans un environnement où

il existe un stress chronique, l'intensité des réactions est susceptible d'être plus grande (ex. : travailler avec des usagers qui manifestent des comportements difficiles).

L'étude d'un programme très similaire à IPEC (Blacklock, 2012) montre qu'il a fallu environ 9 mois, après la première phase éducative (formation) de l'équipe d'aidants, pour que le tout devienne opérationnel dans l'organisation. Des rencontres avec le personnel sont nécessaires pour que les employés prennent connaissance du programme.

L'étude de Muller-Leonhardt et al. (2014) comprend aussi des résultats auxquels une éventuelle évaluation du programme IPEC des CISSS et CIUSSS pourrait être comparée. Les incidents critiques rapportés dans cette étude se rapprochent des types d'événements rencontrés par les intervenants pouvant bénéficier d'IPEC : traumatisme ou violence envers un usager ou un intervenant, comportement menaçant ou violence physique, décès inattendu d'un usager, tentative de suicide ou d'automutilation chez un usager, blessure d'un collègue, etc. Les auteurs rapportent que seulement 25 % du personnel affecté dit avoir reçu une offre de participer au programme de gestion du stress postévénement critique. Ceci peut être le reflet d'une méconnaissance du programme dans une organisation et vient appuyer la nécessité de bien informer le personnel. La majorité de ceux qui ont reçu le soutien de première ligne ont bénéficié d'une intervention sous la forme d'une rencontre individuelle d'environ 60 minutes, dans l'heure suivant l'événement. Parmi les bénéficiaires du programme, 44 % ont pris un congé jusqu'au lendemain. Il y a eu 24 interventions en 2004 et 45 en 2009. Ainsi, l'information transmise de façon continue à travers les années assure la survie d'un programme et optimise la recherche de bien-être dans l'organisation.

La perception d'être soutenu est pratiquement aussi importante que le soutien lui-même. La perception d'un soutien inadéquat de la part de l'organisation peut en effet mener à des réactions plus impulsives, à des décisions prises en état de panique, voire à l'abandon du travail. Plus l'événement critique est sérieux et les réactions individuelles sévères, plus l'organisation peut avoir de la difficulté à générer une perception positive et à faire reconnaître ses efforts pour bien soutenir les employés (Defraia, 2013). Le personnel affecté étant plus souffrant, les perceptions pourraient être plus négatives envers l'organisation.

3. FORMATION

3.1 Formation des gestionnaires

Basée sur le modèle de Mitchell, la formation en intervention postévénement critique actuellement donnée dans les CISSS et CIUSSS a pour objectif de contribuer au démarrage du programme, en mettant en place les assises nécessaires sur le plan organisationnel, et de former et d'outiller les gestionnaires et les intervenants (aidants) impliqués. Pack (2012) souligne pour sa part que la formation et le lancement du programme doivent être bien structurés afin que la crédibilité des pairs aidants et du programme ne soit mise en cause lors de son démarrage.

Il est fréquent que des gestionnaires des ressources humaines, de la santé sécurité au travail, des chefs de service, des superviseurs cliniques, ainsi que des psychologues, participent à la formation IPEC, en même temps que les futurs « pairs aidants » (groupes généralement organisés en parallèle). Une étude australienne, menée par Lewis, Varker, Phelps, Gravel et Forbes (2014), fait part d'une formation donnée à 321 gestionnaires et 261 pairs aidants dans une organisation à « haut risque ». Selon les auteurs, inclure les gestionnaires dans le programme de formation peut grandement améliorer l'implantation d'une aide psychologique de première ligne dans l'organisation. Cette pleine connaissance de l'ensemble des interventions de soutien leur donne plus d'assurance et de confiance envers le programme. Si le besoin de former les pairs aidants est souvent abordé dans la documentation, celui de former les gestionnaires et les dirigeants l'est beaucoup moins.

Une organisation australienne, « *l'International Critical Incident Stress Foundation* » (ICISF), offre pourtant des curriculums de formations distincts tant pour les gestionnaires que pour les pairs aidants (Olson, 2010). Dans l'étude de Lewis et al. (2014), ce volet dure deux heures. Une brève formation permet donc aux gestionnaires d'être plus à l'aise face à la nouveauté d'un tel programme et face au rôle qu'ils y jouent. Selon Pack (2013), une présentation destinée aux gestionnaires devrait d'ailleurs être réalisée aux deux ans afin d'informer les nouveaux gestionnaires du programme et d'offrir une mise à jour aux gestionnaires déjà formés.

Dans le cas du programme IPEC, les gestionnaires sont invités à participer à une journée de formation leur étant destinée. Ils sont donc exposés aux mêmes techniques que ceux qui effectueront le désamorçage (« *defusing* psychologique ») et reçoivent aussi l'information sur le mode de lancement du programme et l'importance du soutien des gestionnaires et de l'organisation. Ce partage des connaissances semble être un avantage. Ce volet porte sur

l'importance de l'implantation et du lancement du programme et fait état de tous les détails administratifs qui s'avèrent significatifs pour la crédibilité et la confiance en ce programme d'aide psychologique de première ligne.

Dans son article, Pack (2013) décrit aussi le rôle du gestionnaire « de ligne » (supérieur immédiat des pairs aidants) après un événement critique. La relation préexistante entre ce dernier et le pair aidant influence leur expérience dans le processus du *debriefing* (ou du désamorçage dans le cas d'IPEC). Plus le gestionnaire est sensible à l'émotivité rattachée à des événements critiques, plus il est engagé et plus le pair aidant risque de percevoir l'importance de son propre rôle ainsi que l'efficacité ou la réussite de son intervention auprès de l'intervenant affecté. En outre, advenant que le gestionnaire de ligne effectue lui-même le désamorçage, la qualité de la relation préexistante entre ce dernier et l'intervenant affecté influencera grandement son efficacité (Olson, 2010).

Toujours selon Pack, (2012), le contexte organisationnel est le facteur le plus important pour atténuer les réactions à la suite d'un événement critique. La manière dont l'organisation met sur pied le programme et opère au quotidien témoigne de son efficacité lors d'une « crise ».

3.2 Formation des pairs aidants

L'objectif et le format de la formation IPEC correspondent déjà aux recommandations effectuées à la suite d'une étude australienne réalisée par Forbes et al., en 2011 :

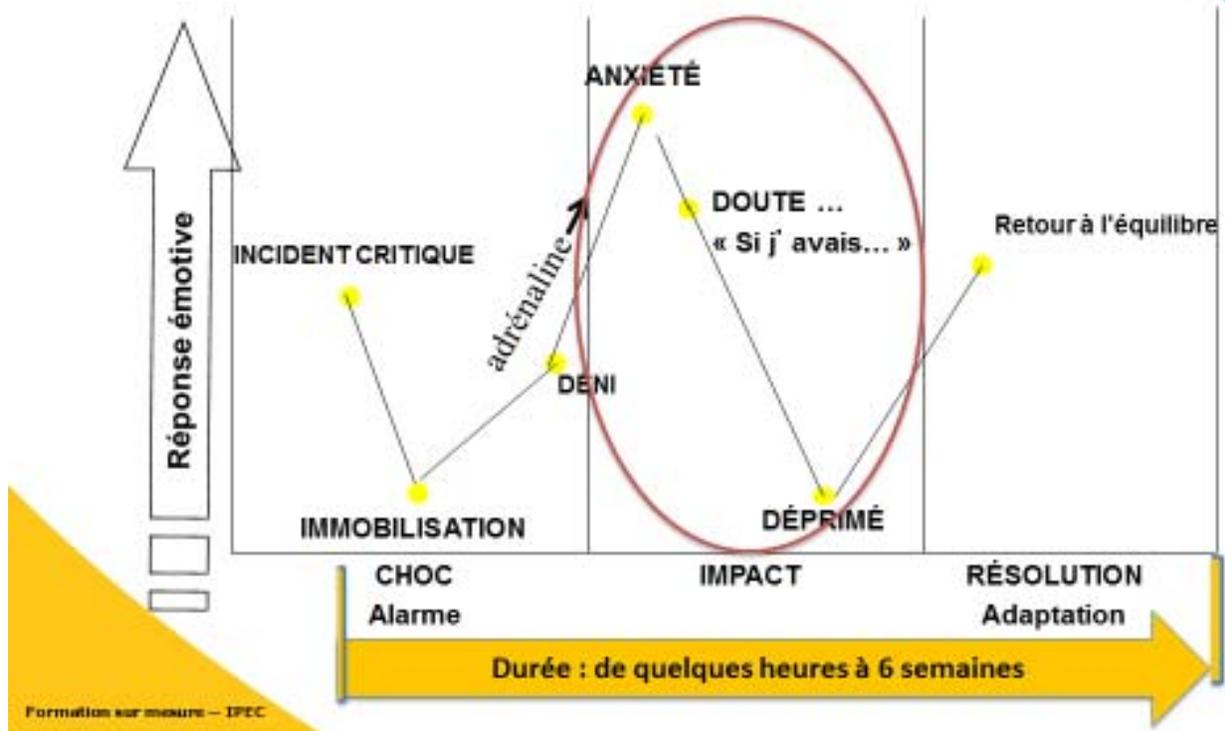
1. Démontrer une reconnaissance ainsi qu'une compréhension des besoins et des préoccupations des intervenants susceptibles de vivre un événement critique.
2. Savoir comment établir un sentiment de sécurité chez les intervenants.
3. Savoir comment donner des conseils simples à propos de la gestion des réactions de stress aigu.
4. Savoir reconnaître les comportements qui indiquent une difficulté d'adaptation à la suite d'un événement critique.
5. Savoir comment évaluer le besoin d'un intervenant qui nécessite davantage de soutien (interventions supplémentaires).
6. Savoir comment faciliter l'accès à du soutien psychologique et social.
7. Utiliser des exercices pratiques ou des jeux de rôles, jumelés à de la rétroaction et de l'accompagnement sous forme de coaching.
8. Connaître les limites du rôle de pair aidant afin de s'assurer de ne pas intervenir au-delà de ce qui est attendu.

En fonction de ces recommandations, il pourrait être pertinent d'ajouter au programme IPEC une supervision régulière, en présence ou à distance, pour soutenir les pairs aidants.

Néanmoins, en fonction de la suggestion de Barboza (2005) à l'effet de recourir à une méthode pour évaluer et distinguer les individus ayant besoin d'une intervention de ceux n'en ayant pas besoin, un ajout a été fait dans le cadre du programme IPEC. En effet, le programme comprend une méthode pour guider cette évaluation, basée sur le triage en intervention de crise de Myer (2001), décrite dans le document à propos des lignes directrices d'IPEC (Bibeau et Sabourin, 2014).

L'article de Mitchell (2006), rédigé suite à l'endossement du CISM par les Nations Unies, résume très bien les phases réactionnelles qui suivent un événement critique. Le graphique (choc, impact, réadaptation et adaptation; voir page suivante), utilisé dans le programme IPEC, est inspiré de cet article.

Réactions de stress aigu postévènement critique ou traumatique



3.3 Capsule précrise

Selon Pack (2013), la formation précrise est tellement importante qu'elle devrait être intégrée au programme du baccalauréat de certaines disciplines en sciences sociales ou en sciences de la santé, notamment chez les travailleurs sociaux.

Si, au sein de leur environnement de travail, les nouveaux employés manquent d'information à propos des services de soutien offerts, ces derniers peuvent perdre le moral ou, ultimement, ressentir davantage les manifestations du syndrome d'épuisement professionnel ou quitter leur emploi (Pack, 2013).

La documentation appuie deux autres objectifs de la capsule de formation précrise incluse dans le programme IPEC : conscientiser les participants (1) à l'importance d'une bonne cohésion de groupe dans leur travail et (2) à leur propre vulnérabilité à la suite d'un événement critique. Pack (2013) rapporte d'ailleurs que les conditions environnementales qui créent de l'ambiguïté, des tensions et des conflits nuisent à la résilience individuelle ou organisationnelle. Il est donc important de développer de bons liens entre collègues, une bonne cohésion de groupe et un bon moral. Ces éléments sont associés à un plus faible taux de stress au travail. Selon Olson (2010), la cohésion est influencée par un sentiment de confiance envers le leadership exercé, la formation et l'équipement disponibles, ainsi que par la compétence de l'équipe.

L'article de Forbes et al. (2011) est l'un des plus importants dans la présente mise à jour de la documentation scientifique. Pour ce qui est de la préparation précrise, les auteurs soulignent qu'elle doit comprendre à la fois un volet organisationnel et un volet individuel. La capsule précrise du programme IPEC présente aux employés l'encadrement et le soutien offert par l'organisation via les services de soutien du programme IPEC, ainsi que des stratégies individuelles de gestion du stress. La gestion de stress a été traitée de multiples façons dans les médias de tous genres depuis des décennies. Toutefois, il est encore nécessaire de sensibiliser le personnel aux bienfaits d'inclure dans sa vie personnelle une stratégie ou une autre afin de pouvoir gérer efficacement le stress vécu. Le mécanisme par lequel la résilience individuelle et l'adaptation sont facilitées comprend (Forbes et al. (2011) :

- la capacité à identifier ce qui est stressant pour soi;
- sa propre capacité à gérer ce stress de manière réaliste;
- la résolution efficace de problème.

De plus, bien se connaître et être en mesure de bien identifier ses propres réactions de stress aigu favoriseront le processus de prise de décision en situation de crise. La capsule précrise est une partie importante du programme IPEC. Le personnel et les gestionnaires doivent bien connaître les facteurs de risque et de vulnérabilité qui peuvent exister dans leur milieu de travail et être bien préparés (Olson, 2010).

Une formation de sensibilisation pour le personnel afin qu'il soit mieux outillé pour faire face aux situations de crise devrait dédier une partie des efforts déployés à la gestion du stress (une forme de facteur de protection quant au stress aigu). La gestion du stress s'avère bénéfique, mais il est essentiel de rester réaliste : les intervenants doivent pouvoir reconnaître que l'exposition à des événements critiques peut avoir des effets qui excèdent leur habileté quotidienne à gérer le stress (Olson, 2010).

Les intervenants et les gestionnaires devraient connaître les signes, les symptômes du stress aigu et en tenir compte pour eux-mêmes et pour leurs collègues. Les gestionnaires devraient pouvoir susciter des discussions qui permettent de vérifier de manière informelle la condition et les besoins du personnel affecté (étape de désamorçage dans IPEC). En appui aux interventions informelles, Pack (2012) affirme que plusieurs personnes n'ont pas besoin de plus d'intervention que de prendre du temps de qualité avec des personnes significatives et stables de leur environnement de travail ou de leur environnement personnel.

Olson (2010) recommande que la formation de préparation (capsule précisée dans IPEC) comprenne :

- l'adoption et la présentation d'un processus standardisé, et ce, afin d'assurer une application constante du système de gestion de crise;
- l'éducation de tout le personnel à propos des types d'événements qui peuvent les rendre susceptibles de vivre un état de stress aigu;
- l'éducation de tout le personnel à propos des signes et des symptômes de réaction de stress;
- l'éducation des superviseurs (et des pairs aidants dans IPEC (aidants-IPEC)) à propos de la réalisation d'un triage approprié (évaluation du niveau de besoins) des individus affectés par un événement critique;
- le développement d'un mécanisme fiable et efficace pour donner le soutien nécessaire et les références appropriées aux personnes « triagées » par le superviseur (les pairs aidants dans IPEC (aidants-IPEC)).

Finalement, Newmeyer, Keyes, Gregory, Palmer, Bufford, Mondt et Okai, (2014) ajoutent que la « spiritualité » semble avoir un effet positif sur la résilience. En conséquence, un volet de la capsule précisée IPEC traite maintenant d'une forme de spiritualité en utilisant la vidéo d'une courte entrevue réalisée par Radio-Canada avec l'auteur Matthieu Ricard³ sur la médiation de pleine conscience.

³ Matthieu Ricard, né le 15 février 1946, est un docteur en génétique cellulaire, un moine bouddhiste tibétain, un auteur et un photographe.

La capsule précrise d'IPEC correspond donc en grande partie aux éléments importants soulevés dans la documentation récente pour « préparer le terrain » dans les milieux de travail où il existe certains risques de manifestations d'événements critiques.

4. ÉVALUATION D'UN PROGRAMME D'INTERVENTION POSTÉVÉNEMENT CRITIQUE

Les évaluations des impacts de programmes postévenements critiques se sont généralement limitées aux symptômes de traumatisme. Afin de mieux étudier les résultats de tels programmes (incluant IPEC), il faudrait plutôt considérer un ensemble de variables (Pack, 2012).

L'étude de Lewis et al. (2014) propose d'effectuer une évaluation pour les gestionnaires et une autre pour les pairs aidants qui ont suivi une formation similaire à celle du programme IPEC. Les évaluations ont été effectuées auprès de 321 gestionnaires et de 261 pairs aidants. Ces auteurs ont élaboré un questionnaire pour les gestionnaires qui tient compte de trois principaux domaines : (1) les connaissances reliées à l'aide psychologique de première ligne et les événements critiques, (2) les connaissances et habiletés requises pour intervenir adéquatement à la suite d'un événement critique et (3) la compréhension de son rôle ainsi que son degré d'aisance à l'actualiser. Les pairs aidants ayant pour leur part un rôle d'intervention plus direct, leur questionnaire comprenait 24 énoncés supplémentaires reflétant les connaissances pratiques et les techniques relatives à l'intervention pendant et après l'événement critique, incluant :

- déclencher une intervention et prendre l'information initiale;
- vérifier les besoins immédiats pour une brève intervention;
- donner de l'information psychosociale;
- référer si nécessaire.

Les résultats de l'étude indiquent que la formation a eu l'effet attendu qui était d'améliorer les connaissances et les techniques des pairs aidants et des gestionnaires en lien avec l'aide psychologique de première ligne et l'ESPT (ou l'état de stress aigu).

Comme l'existence de symptômes et de réactions est « normale », le choix des variables à évaluer à la suite des interventions en est un difficile. Les réactions de stress aigu ou manifestations de stress post-traumatique immédiat s'avèrent inconfortables, et même « douloureuses » psychologiquement, ce qui peut influencer le niveau de satisfaction qu'ont les personnes affectées ayant bénéficié de l'intervention postévénement critique. En effet, qui ne souhaiterait pas qu'une intervention puisse faire disparaître tous les symptômes? Pour

maximiser la satisfaction, l'étude de Forbes et al. (2011) suggère de se centrer sur les éléments les plus importants, soit :

- le retour au calme;
- le sentiment de sécurité;
- le sentiment d'efficacité individuelle et de groupe;
- l'espoir;
- le fait d'avoir eu une bonne connexion avec le pair aidant.

Ces mêmes auteurs suggèrent aussi de tenir compte de toute variation de l'absentéisme, ainsi qu'à l'accessibilité aux services de soutien.

La difficulté à évaluer un programme comme IPEC vient aussi du fait que le contexte et le climat organisationnel ont un impact sur l'efficacité de l'aide psychologique de première ligne. Le moral du personnel est un prédicteur des conséquences psychologiques et des comportements d'évitement (absentéisme, présentéisme, compensation d'invalidité). En conséquence, l'organisation doit s'assurer de la clarté des rôles et donner, sur une base régulière, de la rétroaction à propos de la performance (Forbes, 2011). Cette constatation vient appuyer la possibilité que, lors de l'implantation d'un programme tel que IPEC dans une organisation où les intervenants percevaient négativement le soutien organisationnel en général, ces derniers pourraient présenter une accumulation d'insatisfactions rendant l'évaluation du programme plus difficile.

Toujours selon Forbes et al. (2011), les difficultés suivantes peuvent biaiser l'évaluation d'un programme de gestion de stress postévénement critique :

Niveau individuel

1. L'intervention est adaptée aux besoins de chacun.
2. La plupart des individus ne développent pas de problèmes psychologiques significatifs, alors un très grand nombre de participants est nécessaire pour démontrer que l'intervention a un impact sur leur adaptation.
3. Il faut s'assurer que chacune des interventions correspond fidèlement aux recommandations, et aux pratiques probantes.

Niveau organisationnel

4. L'identification des facteurs organisationnels et culturels qui peuvent influencer significativement les perceptions et la réceptivité des employés en lien avec le programme.
5. Le manque de précision dans la description des objectifs.

Malgré ces mises en garde, il est raisonnable de s'attendre à une amélioration de l'ajustement psychologique, du fonctionnement général et de la réduction de l'absentéisme (en heures ou en jours) à la suite des événements ayant fait l'objet d'interventions.

Le modèle de Forbes et al. (2011), pour l'évaluation de programmes de gestion du stress postévénement critique est logique et théorique. Les variables à évaluer se retrouvent dans les phases d'implantation, d'interventions et de suivi :

Phase 1 : Évaluation des politiques et procédures du programme.

Phase 2 : Évaluation de la méthode de promotion (lancement du programme) et de la formation des pairs aidants.

Phase 3 : Évaluation des interventions de base (ont-elles été effectuées de manière appropriée?)

- Les procédures de notification à la suite de l'événement ont été faites selon le protocole et ont été efficaces.
- La confidentialité est respectée selon les politiques établies.
- L'intervention comprenait :
 - Une bonne connexion entre l'aidant et l'intervenant affecté;
 - Les arrangements pratiques pour assurer la poursuite du travail avec ou sans la personne affectée;
 - L'identification des besoins immédiats et des préoccupations de l'intervenant affecté;
 - La planification d'un suivi;
 - L'évaluation du sentiment de confiance du pair aidant dans ses interventions;
 - La vérification que le pair aidant a bien informé l'intervenant affecté (rôle essentiel);
 - Une évaluation du personnel (s'est-il senti soutenu?);
 - La vérification que le personnel a retrouvé son calme, et l'espoir.

Phase 4 : Évaluation du suivi ou monitoring du personnel affecté.

Phase 5 : Étude des variables administratives.

L'évaluation peut être effectuée par des experts qui maîtrisent les quatre domaines suivants :

- La révision des politiques et des procédures pour l'implantation du programme;
- La révision des variables organisationnelles ou administratives : absentéisme, roulement du personnel, etc.;
- La révision des stratégies de communication et d'information relatives aux interventions postévénement critique;
- La révision des stratégies de formation des pairs aidants et des gestionnaires dans les organisations.

L'ensemble des variables à étudier dans l'évaluation d'un tel programme est beaucoup plus important que seulement la diminution ou l'atténuation des symptômes (morbidité) ou la réduction des coûts de l'organisation.

Il faut connaître les symptômes et réactions les plus souvent vécus par les professionnels ou les intervenants et les documenter dans une évaluation sans que la conclusion ne dépende que de ces observations. L'étude d'Olson (2010) mentionne les réactions physiques et psychologiques postévénement critique les plus souvent rapportées :

- nausées;
- augmentation du rythme cardiaque;
- pression artérielle élevée;
- confusion;
- perte d'attention;
- culpabilité;
- réaction de deuil intense;
- réponse émotive inappropriée;
- incapacité à se reposer;
- émotions déstabilisantes;
- irritabilité;
- fatigue;
- isolement;
- difficulté à se concentrer sur sa tâche;
- appréhension;
- crise émotive;
- crise de colère.

L'étude de Muller-Leonhardt et al. (2014) comprenant un nombre restreint de participants dans le secteur de la santé, mentionne aussi les réactions suivantes :

- anxiété;
- sentiment de pression ou de surcharge;
- réaction d'agressivité;
- problème de sommeil;
- sentiment d'impuissance, d'incapacité;
- désir de laisser ce travail;
- maux de dos;
- attitude rude envers les autres;
- diminution de la confiance en soi;
- *flash-backs*.

Parmi les outils d'évaluation, le questionnaire le plus souvent mentionné dans la documentation est le « *Impact of Event Scale-Revised* » (IES-R) de Sundin et Horowitz (2002). Cet outil a notamment été utilisé dans l'étude d'un programme similaire à IPEC en milieu hospitalier pour évaluer la présence de pensées intrusives et de comportements d'évitement. L'évaluation avait lieu via Internet à 6 semaines, puis 3 mois suivant l'événement critique. Les résultats permettent de conclure que les membres du personnel ont eu une réaction favorable au programme. Ils connaissaient bien les services de soutien offerts et percevaient une grande considération de la part de leur employeur. Par ailleurs, les auteurs du questionnaire suggèrent de noter le type d'incident critique, le type de mécanisme de *coping*⁴ des personnes affectées et la perception qu'ont les employés du programme de soutien. (Blacklock, E. 2012).

L'étude de Defraia (2013), qui s'est étendue sur une période de trois ans auprès de 1 400 organisations, inclut plus de 3 000 événements critiques par année. Les caractéristiques suivantes ont été évaluées :

- le nombre d'employés affectés;
- le niveau de violence associé à l'événement;
- l'impact sur l'assiduité des employés;
- l'exposition à l'événement (directement *versus* indirectement);
- le niveau de menace perçue;
- l'ampleur de l'exposition médiatique.

L'outil utilisé pour évaluer ces caractéristiques est le CRISIS-R (« *Critical incident stress index scale-revised* »). Le questionnaire a été administré lors de 5 181 événements critiques. Le niveau de sévérité global de l'événement était rapporté; la sévérité moyenne des événements était de 12,2 et le niveau le plus élevé était de 26 sur une échelle allant de 0 à 30. Les groupes d'employés ayant vécu les événements critiques les plus sévères avaient davantage de difficulté à fonctionner avec la même efficacité immédiatement après l'événement. Plus l'événement était sévère, plus des symptômes de stress à court terme (anxiété, isolement, problème cognitif/concentration) étaient présents et plus leur condition physique était affectée. Les événements les plus sévères nécessitaient, en outre, une plus longue période pour revenir à l'équilibre. Les groupes ($n=797$ employés sur 4 097) ayant encore de la difficulté deux jours postévénement ont identifié une sévérité moyenne de 13,75 sur l'échelle de sévérité globale de l'événement alors que les groupes ayant encore des difficultés à fonctionner après quatre semaines (120 employés sur 3 351) ont identifié une sévérité moyenne de 15,67.

Toujours dans l'étude de Defraia (2013), 130 organisations sur 3 424 (3,8 %) ont perdu des employés, c'est-à-dire que ces derniers ont quitté leur travail suite à un événement critique. Pour ce qui est d'une relocalisation, 97,2 % des organisations ont gardé leurs employés aux mêmes postes. De plus, seulement 5,5 % des employés se sont absents (invalidité, congé sans solde, retards).

⁴ Fait référence à « habiletés d'adaptation face au stress ».

En prévision d'une évaluation du programme IPEC, il est intéressant de noter les variables et les outils utilisés dans la recherche. Le questionnaire « *Acute Stress Disorder Scale* » ainsi que le « *Harvard Trauma Questionnaire* » ont servi dans l'étude de Hansen et Elklit (2013). Ils ont été remplis par une centaine d'employés après un *debriefing* psychologique qui a eu lieu dans les 48 heures à la suite d'un événement critique (vol de banque). Il s'agit toutefois d'une intervention unique et non d'un programme, ce qui a maintes fois été rapporté comme insuffisant. Un autre outil validé scientifiquement, le « *Crisis Support Scale* » permet de connaître la perception des employés affectés en ce qui concerne un élément très important dans la récupération postévénement critique : le soutien social. Dans cette étude, la prévalence du niveau subclinique du désordre de stress aigu était tout de même associée à une détresse importante. À noter, le questionnaire SCL-90 « *Symptom Checklist* » est un bon outil pour évaluer la détresse psychosomatique (Barboza, 2005). La prévalence du désordre de stress aigu était de 14,4 % et le développement d'un désordre de stress post-traumatique de 6,8 %. Le DSPT était significativement associé à des antécédents d'événements critiques, à une perception d'incapacité d'agir (« *helplessness* »), à une perception de menace pour la vie, et à un désordre de stress aigu sévère. À l'inverse, la perception d'un soutien social et la perception d'être en sécurité sont négativement associées à un DSPT.

Flannery et Everly (2004) ont effectué une revue de 20 études de programmes à multiples interventions, similaires et incluant le « CISM » de Mitchell. Pour être éligible, il fallait que le programme comprenne une formation précrise, des interventions de soins aigus, c'est-à-dire le soutien rapproché de la période de crise et le suivi postévénement. Les groupes étudiés provenaient de différents milieux de travail : pompiers, ambulanciers, policiers, victimes d'un incendie dans un établissement public, familles des survivants, personnel d'urgence, personnel d'une unité de personnes présentant une déficience intellectuelle (1998), patients psychiatriques (1999), patients suicidaires (1999), personnel de soins de santé. Les auteurs rapportent que les 20 études analysées ont permis de documenter l'efficacité de programmes similaires au « CISM » auprès de différents groupes de victimes, dont l'amélioration de la sécurité, des soins, de la productivité et du budget. Ces études n'ont cependant pas évalué le sentiment de compétence et les facteurs ayant précipité la crise.

Même s'il est très difficile d'évaluer adéquatement l'impact du *debriefing* psychologique et du programme de gestion de stress postévénement critique (Barboza, 2005), il faut retenir les questions suivantes :

- Les questionnaires d'autoévaluation utilisés étaient-ils adéquats?
- Le protocole d'intervention était-il respecté?
- La sévérité de l'événement était-elle bien définie?
- Les participants à l'intervention étaient-ils à la base plus troublés que les non-participants?

5. SUPERVISION, CERTIFICATION, RECERTIFICATION

L'étude de Muller-Leonhardt et al. (2014) comprend un programme similaire à IPEC, basé sur le modèle de Mitchell (2006), dans le milieu de la santé. Vingt-cinq pairs aidants ont participé à la recherche. Ils étaient supervisés une fois par mois par un professionnel en santé mentale et avaient accès à un soutien en continu (ligne téléphonique).

Au-delà de la supervision, il est possible de mettre en place une évaluation ou recertification des pairs aidants. Pour y arriver, il s'agit principalement de vérifier les connaissances et les habiletés acquises :

- comprendre l'impact d'un événement critique;
- comprendre son rôle de pair aidant et le rôle des autres acteurs dans l'ensemble du programme de soutien (ex. : les personnes responsables de la capsule précrise, du *debriefing* technique, etc.);
- être capable de reconnaître les indicateurs d'un grand besoin de soutien;
- connaître les stratégies de *coping* et la manière de les transmettre;
- être capable d'intervenir en utilisant les techniques associées aux interventions de base dans l'aide psychologique de première ligne.

Dans la présente mise à jour de la revue de documentation scientifique, aucune autre étude n'élaborait sur la question de la supervision des pairs aidants.

CONCLUSION

Le programme IPEC a été implanté dans plusieurs CISSS et CIUSSS au Québec depuis 2012. Les ressources humaines des établissements rapportent généralement une satisfaction de la part de leur personnel, c'est-à-dire les intervenants qui œuvrent auprès des usagers. Cependant, les formateurs IPEC et les responsables du programme au SQETGC ont pu observer que des améliorations et des ajouts au programme semblent nécessaires. Les nouvelles recommandations et les développements en cours visent une collaboration entre le SQETGC et les établissements pour un plan d'implantation du programme IPEC plus structuré et possiblement standardisé. L'objectif est de faciliter l'implantation d'IPEC tout en favorisant sa crédibilité.

Le SQETGC développe aussi un système de supervision et de recertification pour les aidants-IPEC. De plus, une évaluation de programme développée par des experts serait certainement un ajout important et une autre façon de faciliter l'encadrement d'IPEC par les ressources humaines des CISSS et CIUSSS. Cette évaluation pourrait aussi contribuer à la recherche scientifique et permettre des publications dans le domaine des interventions psychologiques de première ligne, spécifiques au travail auprès des personnes manifestant des troubles graves du comportement. Cette forme de soutien est essentielle aux intervenants. Aucune étude sur la gestion des incidents postévénement critique dans les CISSS et CIUSSS n'a, à ce jour, été publiée.

La présente revue de documentation permet de confirmer que le programme IPEC est encore la meilleure pratique pour le soutien postévénement critique. Les études récentes ont servi à préciser les améliorations à apporter ainsi qu'à appuyer les différents services de soutien déjà existants dans IPEC. Le programme IPEC est, jusqu'à maintenant, la meilleure approche pour offrir les différents services de soutien psychologiques postévénement critique dans les CISSS et CIUSSS. Une mise à jour de la revue de documentation scientifique devrait idéalement être faite environ aux cinq ans.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Barboza, K. (2005). Critical incident stress debriefing (CISD): Efficacy in question. *The New School Psychology Bulletin*, 3(2), 49-70.
- Bibeau, L. et Sabourin, G. (2014). *Intervention postévénement critique (IPEC) – Lignes directrices*. Montréal, Canada : FQCRDITED | SQETGC.
- Blacklock, E. (2012). Interventions following a critical incident: developing a critical incident stress management team. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(1), 2-8.
- Bourdeau, J. (2016). *Intervention thérapeutique lors de conduites agressives (ITCA)*. Repéré à : www.itca.ca.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T. et Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103(4), 670-686.
- Bryant, R. A., Harvey, A. G., Guthrie, R. M. et Moulds, M. L. (2000). A prospective study of psychophysiological arousal, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 341-344.
- Caine, R. M. et Ter-Bagdasarian, L. (2003). Early identification and management of critical incident stress. *Critical Care Nurse*, 23(1), 59-65.
- Defraia, G. S. (2013). Organizational outcomes following traumatic workplace incidents: a practice-based exploration of impact of incident severity level. *Social Work in Mental Health*, 11(5), 404-433.
- Everly, G. S. (2000). Crisis management briefings (CMB): Large group crisis intervention in response to terrorism, disasters and violence. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2(1), 53-57.
- Flannery, R. B. et Everly, G. S. (2004). Critical Incident Stress Management (CISM): updated review of findings, 1998-2002. *Aggression and Violent Behavior*, 9(4), 319-329.
- Forbes, D., Lewis, V. Varker, T., Phelps, A., O'Donnell, M., Wade, D. J., Creamer, M. (2011). Psychological first aid following trauma: implementation and evaluation framework for high-risk organizations. *Psychiatry*, 74(3), 224-239.

- Gartlehner, G., Forneris, C.A., Brownley, K. A., Gaynes, B.N., Sonis, J., Coker-Schwimmer, E. et al. (2013). *Interventions for the prevention of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults after exposure to psychological trauma*. Rockville, MD, USA: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Hansen, M. et Elklit, A. (2013). Does acute stress disorder predict posttraumatic stress disorder following bank robbery? *Journal of Interpersonal Violence*, 28(1), 25-44.
- Hawker, D., Durkin, J. et Hawker, D. (2011). To debrief or not to debrief our heroes: that is the question. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18(6), 453-463.
- Lewis, V., Varker, R., Phelps, A., Gavel, E. et Forbes, D. (2014). Organizational Implementation of Psychological First Aid (PFA): Training for Managers and Peers. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(6) 619-623.
- Mitchell, J. T. (2011). Critical decision points in crisis support: Using checklists and flow charts in psychological crisis. *International Journal of Emergency Mental Health*, 13(3) 137-146.
- Mitchell, J. T. (2006). *Critical Incident Stress Management (CISM): Group Crisis Intervention* (4^e éd.) Ellicott City, MD: International Critical Incident Stress Foundation.
- Muller-Leonhardt, A., Mitchell, S. G., Vogt, J. et Schurmann, T. (2014). Critical Incident Stress Management (CISM) in complex systems: Cultural adaptation and safety impacts in healthcare. *Accident Analysis and Prevention*, 68, 172-180.
- Myer, R. A. (2001). *Assessment for crisis intervention: Triage assessment model*. Belmont, CA: Wadsworth.
- National Institute for Health and Care Excellence (2013). Post-traumatic stress disorder (PTSD). Evidence update December 2013. A summary of selected new evidence relevant to NICE clinical guideline 26 « The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care » (2005). Repéré à <https://www.nice.org.uk/guidance/cg26/evidence/cg26-posttraumatic-stress-disorder-ptsd-evidence-update2>.
- Newmeyer, M., Keyes, B. Gregory, S., Palmer, K., Bufford, D., Mondt, P. et Okai, B. (2014). Mother Teresa effect: The modulation of spirituality in CISM Model with mental health service provider. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 16(13-19), 1522-4821.
- Olson, J. A. (2010). *Designing a crisis management program for EMS*. Raleigh, NC: Wake county emergency medical services.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. et Weiss, D. L. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73.
- Pack, M. J. (2013). The Role of managers in critical incident stress management programmes: A Qualitative Study of New Zealand Social Workers. *Journal of Social Work Practice* 28(1), 43-57.

Pack, M. J. (2012). Critical incident stress management: A review of the literature with implications for social work. *International Social Work* 56(5), 608-627.

Priebe, R. et Thomas-Olson L.L. (2013). An exploration and analysis on the timeliness of critical incident stress management interventions in healthcare. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 15(1), 39-50.

Robinson, R. (2007). Commentary on « Issues in the debriefing debate for the emergency services: moving research outcomes forward ». *Clinical Psychology: Science and Practice* 14(2), 121–3.

Robitaille, M. J. (2009). Oméga : apprendre à gérer les crises de violence. *Objectif prévention*, 32(1), 30-31.

Sabourin, G. et Lapointe, A. (2014). *Analyse et intervention multimodales en troubles graves du comportement – Grille et lexique*. Montréal, Canada : FQCRDITED | SQETGC.

Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (2014). *Équilibre en situation de TGC : Des stratégies pour s'occuper de soi... et de l'autre*. Montréal, Canada : FQCRDITED | SQETGC.

Sundin, E.C. et Horowitz, M.J. (2002). Impact of event scale: psychometric properties. *British Journal of Psychiatry*, 180(3), 205-209.



SERVICE QUÉBÉCOIS D'EXPERTISE
EN TROUBLES GRAVES DU COMPORTEMENT

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec**

Québec 

SQETGC | CIUSSS MCQ
2021, avenue Union, bureau 1240
Montréal (Québec)
H3A 2S9

Téléphone : 514 525-2734
www.sqetgc.org