

Traumag

TRAUMAG
Numéro 7
Automne 2014



Centre d'étude sur le trauma
Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal
7401, rue Hochelaga
Montréal (Québec) H1N 3M5
Tél. : 514 251-4000, poste 3734
Télééc. : 514 251-4014
plusqu1souvernir.ca

Pourquoi, cette fois, la situation m'a-t-elle affecté ?

Par Stéphane Guay, directeur du Centre d'étude sur le trauma

Les traumatismes psychologiques font référence à des événements qui conduisent un individu à développer une détresse et des difficultés de fonctionnement importantes. Peut-on parler d'un manque de résilience dans ces cas? Pas nécessairement! Toutefois, le fait qu'une majorité de personnes se remette naturellement d'événements aussi graves qu'une agression sexuelle ou qu'un accident de la route majeur, et que seule une minorité significative développe des réactions traumatiques sur le plan psychologique, suscite depuis longtemps des questionnements chez les chercheurs. De même, il est aussi intrigant qu'une personne ayant vécu plusieurs fois le même type d'événement (p. ex. : un acte de violence envers une infirmière) y succombe à la dixième, voire à la vingtième récurrence ou plus.

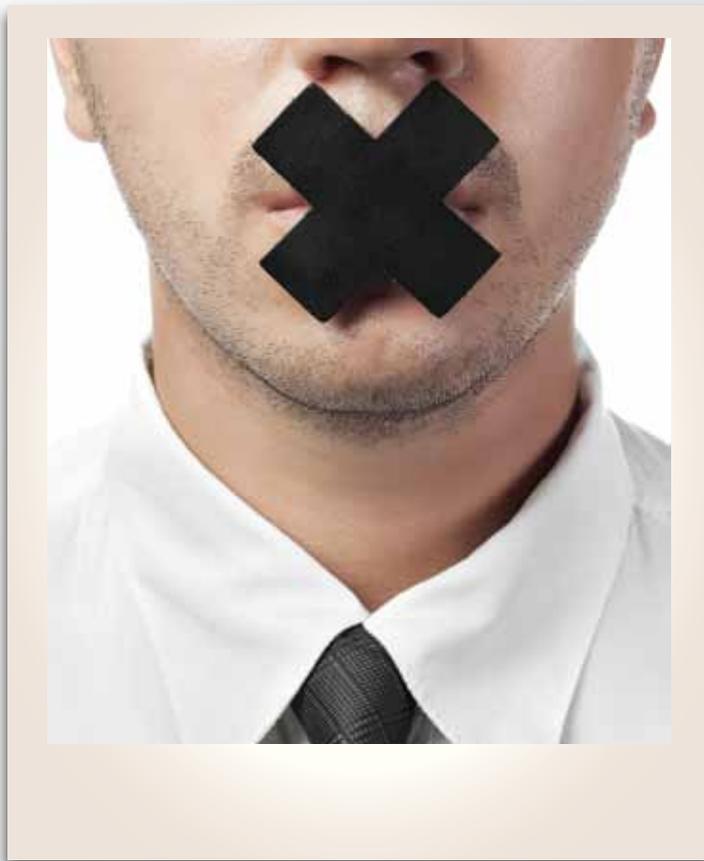
Les chercheurs ont tenté de comprendre le phénomène en identifiant les facteurs de risque et de protection psychologiques, sociaux et biologiques chez l'individu et ceux en lien avec l'expérience vécue. L'ensemble de ces facteurs a été évalué selon une perspective temporelle, à savoir les facteurs présents avant, pendant et après l'événement. Il en ressort que seul un nombre restreint de ces facteurs s'avère avoir un effet relativement important

sur le rétablissement d'une victime. Il demeure donc beaucoup de questions sans réponses. Deux facteurs de risque identifiés concernent la gravité de l'événement vécu (p. ex. : si l'événement a causé des blessures) et le fait d'avoir « dissocié » (p. ex. : avoir moins conscience de ce qui se passe autour de soi) durant l'événement. Un facteur de protection (qui devient un facteur de risque lorsqu'il est absent) concerne le soutien social présent durant les semaines et les mois suivants l'événement. De plus, certaines recherches récentes suggèrent que l'intensité de la réponse biologique dans les moments immédiatement après l'événement (p. ex. : au niveau du rythme cardiaque) puisse aussi prédire le risque de développer des réactions post-traumatiques chroniques ultérieurement. Le cortisol, une importante hormone de stress, peut également être étudié pour quantifier la réponse biologique de stress.

Bien que ces indicateurs restreints constituent notre base de connaissances la plus solide à ce jour, nous pouvons les utiliser pour identifier les individus qui éprouveront plus de difficultés à récupérer d'un événement potentiellement traumatisant et leur apporter notre soutien avant que des difficultés chroniques ne perdurent. [T](#)

La banalisation de la violence en milieu de travail comme barrière au dépistage de l'ESPT

Par Steve Geoffrion, candidat au Ph. D.



Même si la violence en milieu de travail est associée à plusieurs conséquences négatives telles que l'absentéisme, l'épuisement professionnel ou l'ESPT, plusieurs travailleurs banalisent toujours cette réalité. C'est entre autres le cas des individus œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux ainsi que ceux des forces de l'ordre. Souvent considérée comme un aspect inévitable de leur profession, la violence «ferait partie du métier». Ce qui est inquiétant dans cette situation n'est pas tant que les travailleurs acceptent que la violence soit une caractéristique de leur profession, mais plutôt qu'ils en viennent à normaliser les impacts négatifs de l'exposition à la violence. Ainsi, certains d'entre eux travaillent dans la peur, deviennent hypervigilants ou perdent leur empathie pour leur clientèle. Et lorsque les actes de violence sont perçus comme fréquents ou normaux, à quoi bon

rapporter les incidents à l'employeur ou parler des impacts de cette violence?

Dans cette optique, il est risqué pour ces travailleurs de se plaindre de la violence. Ainsi, autant le personnel soignant que les agents des forces de l'ordre ont tendance à taire leur inconfort quant à la violence. Ils se taisent, car ils craignent d'être perçus comme «incompétents» par leurs collègues et par leur employeur.

De ce fait, un tabou se crée autour de la violence vécue en milieu de travail. Malheureusement, en normalisant et en évitant de parler de cette violence, ces travailleurs contribuent inconsciemment et involontairement à sa banalisation.

Conséquemment, la banalisation de la victimisation des travailleurs conduit à une sous-déclaration des événements de violence. En effet, cette perception les amène à considérer que la déclaration est une perte de temps. Ils croient que le mal est fait, que l'agresseur ne sera jamais puni et que l'employeur ne pourra rien faire. Ceci affecte alors la capacité des organisations à faire face à la violence au travail de façon appropriée. Ne connaissant pas l'ampleur réelle du phénomène, les organisations ne peuvent offrir à leurs travailleurs un soutien proportionnel à la problématique, car l'implantation, le maintien et

l'amélioration de nombreuses mesures de prévention dépendent en grande partie du nombre de déclarations officielles.

Pour mieux outiller les organisations à faire face à ce problème, l'équipe de recherche VISAGE a mené une étude auprès de 2 889 travailleurs au Québec en 2012 visant notamment à identifier les facteurs de prédiction de la banalisation de la violence au travail.

Sur le plan individuel, les résultats montrent que les hommes de l'étude auraient tendance à normaliser davantage la violence que les femmes. Aucune différence ne fut constatée quant à la perception du tabou : les deux sexes croient qu'ils seraient jugés s'ils se plaignaient de la violence en milieu de travail. Ce tabou serait par contre deux fois plus présent dans les milieux policiers (quatre fois plus pour les policières qui craignent un double stigma). L'exposition répétée à la violence et à la victimisation antérieure contribuent également à la banalisation.

Sur le plan organisationnel, le soutien des collègues et des superviseurs atténue la perception du tabou pour les participants de l'étude. Les politiques de tolérance zéro et de prévention de la violence, les procédures post-événements ainsi que les formations agissent aussi sur la banalisation de la violence en atténuant sa normalisation et son tabou.

En conclusion, pour réduire ou prévenir la banalisation de la violence en milieu de travail, les organisations devraient tenir compte de la nature du travail, du sexe du travailleur et de son niveau d'exposition à la violence. De plus, ils devraient mettre en place des politiques de gestion de la violence tout en misant sur le soutien des collègues et sur celui des superviseurs. Un mot d'ordre doit donc circuler dans les milieux de travail : « Il faut parler de la violence ! » 

Détecter hâtivement l'ESPT pour diminuer les coûts en santé

Par Christophe Fortin, Ph. D.

L'Organisation mondiale de la santé définit la violence de la façon suivante: *L'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès.* (2014). Statistique Canada rapporte que près de 415 000 crimes violents ont été déclarés en 2012, ce qui équivaut à un taux de 11,9 crimes violents par 100 000 habitants. La survenue des actes criminels violents se traduit en coûts importants pour la société. Pour les victimes d'actes criminels violents (VACV) seulement, les coûts de santé associés aux traitements (p. ex. : soins de santé physique) et aux conséquences (p. ex. : absentéisme au travail) sont estimés entre 23 et 36 milliards de dollars annuellement.

Les crimes violents sont, parmi tous les types d'événements traumatiques, les plus susceptibles d'engendrer un état

de stress post-traumatique (ESPT). La prévalence de l'ESPT chez les VACV se situe entre 20% et 40%, comparativement à 10% au sein de la population générale canadienne. Les VACV ayant développé un ESPT rapportent davantage de séquelles physiques dommageables (p. ex. : douleur chronique) que ceux n'ayant pas d'ESPT. De plus, dans une forte proportion des cas d'ESPT (78,1% des femmes et 63% des hommes), un trouble psychologique comorbide s'ajoute au tableau clinique. Le plus fréquemment, il s'agit de la dépression majeure. L'ESPT, incluant les différentes problématiques qui en découlent, mobilise de nombreuses ressources afin d'être traité, ce qui se traduit en coûts importants pour le système de santé.

La prévention, sous ses différentes formes, est la stratégie de contrôle des coûts recevant le plus d'appui parmi les professionnels de la santé psychologique et les scientifiques. La prévention peut être *primaire*, c'est-à-dire qu'elle vise à éviter le

développement de l'ESPT chez les populations vulnérables. Chez les VACV, la prévention *primaire* peut prendre différentes formes. Elle peut consister à effectuer de la sensibilisation auprès des populations à risque d'être exposées à des crimes violents ou encore par le biais de différents programmes d'aide visant à réduire la criminalité. Ce type de prévention est efficace pour diminuer les coûts à court et à long termes puisqu'il permet de réduire *l'incidence* de la maladie, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas.

Le second type de prévention visant à contrôler les coûts associés à l'ESPT chez les VACV est dit *secondaire*. Ce type de prévention vise à diminuer la *prévalence* de la maladie, c'est-à-dire le nombre de personnes atteintes, en détectant hâtivement l'ESPT. La prévention *secondaire* peut prendre la forme d'interventions précoces auprès des VACV par des psychologues dûment formés. Aussi, il peut s'agir d'offrir des séances d'information et de formation aux intervenants de première ligne (p. ex. : policiers, personnel hospitalier de l'urgence) afin que ceux-ci soient plus aptes à détecter les premiers symptômes d'ESPT. Ce type de prévention, par les ressources matérielles et humaines qu'il engage dans l'immédiat, a une portée limitée sur la diminution des coûts à court terme. Cependant, la prise en charge rapide des personnes à risque de développer un ESPT permet des économies à moyen et à long termes, car elle prévient le développement des conséquences associées à la présence d'un ESPT. [7](#)



Infirmier de formation et d'expérience, Yves Proulx est un des auteurs du programme Oméga et maintenant conseiller en matière de prévention de la violence à l'ASSTSAS. La diffusion d'Oméga dans plusieurs établissements québécois aide plusieurs travailleurs à gérer la violence au travail, et ce, depuis 1998.

Les bienfaits d'Oméga

Entrevue avec Yves Proulx, conseiller en matière de prévention de la violence à l'ASSTSAS

Par Steve Geoffrion, candidat au Ph. D.

Une étude de l'équipe de recherche VISAGE a été menée afin d'évaluer les impacts d'Oméga dans un milieu hospitalier psychiatrique. Les résultats révèlent que la formation a un impact significatif et positif à court ou à moyen terme sur la détresse psychologique, la perception du risque et la peur d'être exposé à de la violence. De plus, les intervenants formés semblent être moins exposés à la violence dans les mois qui suivent la formation.

Steve Geoffrion –
En quoi consiste Oméga ?

Yves Proulx – Oméga est un programme de minimisation de risque. Il vise à développer chez l'intervenant du secteur de la santé et des services sociaux des habiletés et des modes d'intervention qui permettent d'assurer sa sécurité et celle des autres en situation d'agressivité. Il outille donc ces travailleurs à gérer leur sécurité lorsqu'ils interviennent auprès d'usagers agressifs. Cette approche se base sur quatre valeurs : le respect, le professionnalisme, la responsabilisation et la sécurité. Il s'agit ici autant du respect, de la responsabilisation et de la sécurité du client que du travailleur. Concrètement, Oméga enseigne aux travailleurs à prendre le temps d'assurer leur sécurité personnelle afin d'intervenir. En plus de cet aspect préventif, ce programme contient également un volet post-événement qui favorise le soutien du travailleur-victime et la mise au point des stratégies de prévention.

S. G. – *Quels sont les techniques et les moyens enseignés durant la formation ?*

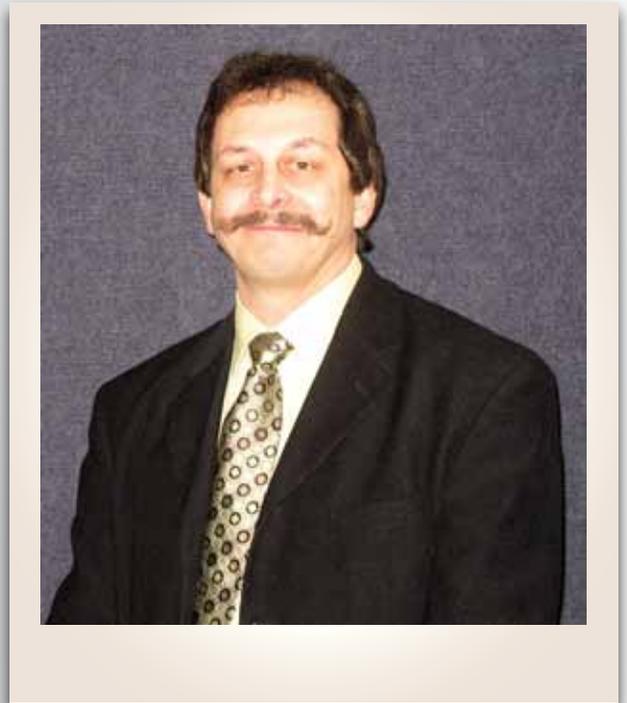
Y. P. – La pacification par des interventions verbales et psychologiques est enseignée. Les intervenants sont aussi formés à utiliser divers outils tels qu'une pyramide d'intervention en fonction de l'évaluation de la situation et du potentiel de dangerosité. L'intervention d'équipe est aussi mise de l'avant. De plus, des techniques de protection et d'intervention physique telles que des techniques de dégagement et de contrôle sont abordées durant la formation.

S. G. – *À ce jour, dans quels milieux Oméga a-t-il été implanté ?*

Y. P. – Principalement dans les milieux du secteur de la santé et des services sociaux. Plus particulièrement, les milieux institutionnels des CSSS à plus haute dangerosité tels que les départements de santé mentale et les unités d'urgence, mais aussi les CLSC, les cliniques externes, les Centres jeunesse, les Centres de réadaptation en déficience intellectuelle.

S. G. – *Quels sont les impacts de l'implantation d'Oméga dans ces milieux ?*

Y. P. – Les dirigeants de ces différents milieux ont observé une diminution des blessures de leurs employés. Conséquemment, il y a moins d'accidents de travail. De plus, la formation semble avoir contribué à la diminution des mesures d'isolement et de contention.



S. G. – *En somme, quels sont les bienfaits d'Oméga ?*

Y. P. – En prenant plus de temps pour analyser la situation avant d'intervenir lors de comportements agressifs, les travailleurs assurent leur sécurité personnelle et celle des usagers. De ce fait, le programme Oméga diminue le risque de blessure. En analysant de façon plus efficace la situation, l'intervention est meilleure et permet de désamorcer l'escalade de la violence. Ultimement, les besoins du client sont répondus plus adéquatement. Bref, en plus de protéger l'intervenant et d'augmenter son sentiment de sécurité, Oméga contribue parallèlement à l'atteinte des objectifs cliniques des milieux de santé et services sociaux en gérant efficacement les manifestations agressives. 

Témoignage de Sylvie Boudreau, ex-policière

Par Mélissa Fortin, candidate au M. Sc.

Pouvez-vous nous parler des actes de violence que vous avez vécus et qui vous ont le plus marqués au cours de votre carrière ?

Ce qui a eu un effet marquant, c'est l'accumulation d'événements pour lesquels ma vie a été en danger, ce qui s'est produit à plusieurs reprises au cours de ma carrière. Par exemple, il m'est arrivé de me faire menacer avec un couteau ou encore d'être encerclée par un groupe de personnes hostiles. J'ai également été impliquée dans deux fusillades, dont celle qui s'est déroulée au collègue Dawson. Pour parler de l'événement qui m'a le plus affectée, j'intervenais avec mon partenaire dans un bar à la suite d'une plainte du propriétaire. En une fraction de seconde, le suspect est réapparu dans le bar, armé d'un fusil de calibre 12. À ce moment, il était trop près de moi pour que je dégaine mon arme à feu, j'ai donc dû le maîtriser physiquement avec mon partenaire en attendant les renforts. Parallèlement à ces événements, j'ai vécu un épisode de violence psychologique au travail pendant lequel je me suis sentie laissée à moi-même, sans soutien de mes collègues. C'est à partir de ce moment que les symptômes des traumatismes antérieurs ont pris de l'ampleur.

Pendant et après ces événements, comment vous êtes-vous sentie, physiquement et psychologiquement ?

Pendant ces événements, j'accomplissais mon travail malgré la peur que je ressentais. Après coup, je ne me sentais pas du tout à l'aise de ventiler ma peur et mon inconfort à mes collègues, donc je les gardais pour moi. Au fil du temps, je peux dire que chaque acte de violence vécu en tant que policière a changé quelque chose en moi ; je tolérais de moins en moins les manifestations violentes, je devenais de plus en plus hypervigilante, j'appréhendais les appels qui allaient m'être assignés, etc. Après l'événement du bar, j'ai vécu des symptômes de stress aigu pendant plusieurs

jours : je dissociais beaucoup, j'étais hypervigilante, je faisais de l'insomnie et des cauchemars et j'avais des tremblements et des palpitations. Mes pensées étaient complètement envahies par l'agresseur. C'était obsessionnel. À ce moment, je croyais devenir folle, car je ne comprenais pas ce qui m'arrivait.

Quelles stratégies avez-vous utilisées pour surmonter ces épreuves ? Avez-vous reçu du soutien ?

Avant d'aller chercher le soutien approprié à mon état de stress post-traumatique, je m'engourdissais dans les excès : je vivais à fond pour ne rien sentir. Étant une mère monoparentale, je n'avais pas le soutien d'un conjoint et je n'en parlais pas non plus à mes collègues ni à mes amis de peur d'être jugée. Finalement, je suis allée chercher de l'aide et on m'a dirigée vers une psychologue spécialisée en traitement du stress post-traumatique. J'ai dû arrêter de travailler pour remonter la pente et j'ai eu recours à la médication. Pendant le traitement, j'ai mis en œuvre les exercices suggérés par la psychologue, ce qui m'a permis d'apaiser peu à peu mes symptômes. J'ai également développé des stratégies qui m'aident au quotidien telles que profiter des petits plaisirs de la vie, me *grounder* lorsque je dissocie ou encore laisser couler en moi les émotions autant positives que négatives.

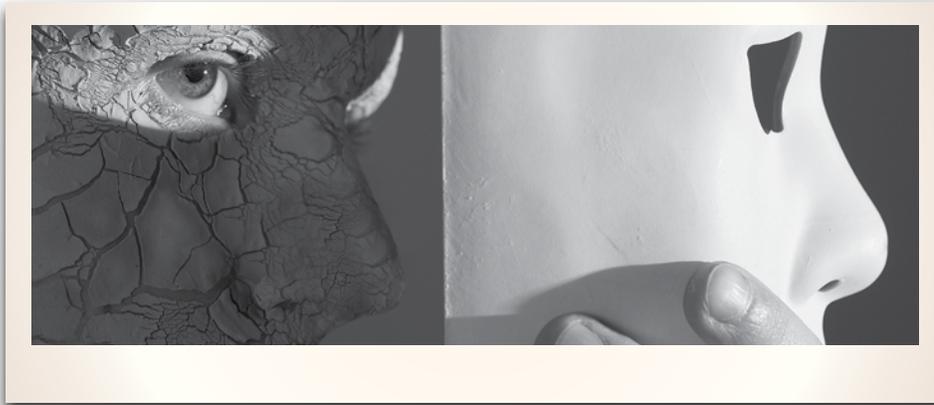


Enfin, quels conseils donneriez-vous à une personne ayant été victime de violence au travail ?

Le principal conseil que je lui donnerais est d'en parler, car les conséquences de la violence sont déjà moins lourdes une fois qu'on a ventilé notre situation à quelqu'un. C'est également important de ne pas minimiser ce qu'on a vécu et de ne pas juger notre manière de réagir à la violence : il faut accepter ce que l'on vit et accepter parfois de ne pas tout comprendre. Finalement, je lui conseillerais de ne pas trop attendre avant d'aller consulter, puis d'aller vers les ressources adaptées pour traiter son problème. 

À la suite d'un événement traumatique : mes réactions sont-elles normales ?

Par Julie Boisclair Demarble, candidate au Ph. D.



J'étais sur le pilote automatique...

J'ai eu un blanc de mémoire...

Ça me semblait irréal...

J'avais l'impression d'être dans un film...

L'exposition à un événement traumatique s'accompagne généralement d'un grand sentiment de détresse chez la victime. Il est relativement fréquent pour cette dernière de vivre des réactions dissociatives. Mais comment savoir si la victime a déjà vécu de telles expériences ?

La dissociation s'oppose à l'association, qui désigne la manière coordonnée avec laquelle le cerveau fonctionne et le psychisme s'organise. Plus concrètement, la dissociation implique une difficulté à intégrer ou à traiter l'information liée à l'événement, c'est-à-dire une difficulté à se le représenter ou à lui donner un sens. Involontairement, la personne dissociera pour chasser l'événement de sa conscience, pour s'en désengager émotionnellement ou pour cesser ou éviter d'y penser. On emploie le terme *dissociation péritraumatique* pour désigner ces symptômes qui s'imposent à la personne durant l'événement traumatique ou dans les quelques minutes ou heures qui suivent celui-ci.

Les réactions dissociatives peuvent prendre différentes formes. On parle de dépersonnalisation si la victime d'un événement traumatique a eu l'impression d'être détachée de son corps, d'être partie ailleurs ou d'avoir joué un rôle de spectateur. Des

sentiments de détachement sont aussi fréquents, soit une incapacité à ressentir ce qui se passe, à vivre ses émotions. La personne peut également avoir eu l'impression que l'événement ne faisait pas partie de la réalité ou qu'elle était dans un rêve, une pièce de théâtre. C'est ce qu'on appelle la déréalisation. L'événement en entier ou certaines parties importantes peuvent également être complètement oubliés. Il s'agit de l'amnésie dissociative. Finalement, une perte de conscience du temps ou de l'environnement s'exprime comme de la confusion ou de la désorientation par rapport à l'environnement.

La dissociation péritraumatique peut également être comprise comme un mécanisme de défense, soit un moyen inconscient auquel la victime a recours afin de se protéger et de tenter de survivre à l'événement.

L'exposition à un seul événement potentiellement traumatique est suffisante pour provoquer des réactions dissociatives. Bien qu'aucune victime ne soit à l'abri, certaines personnes présentent des facteurs de risque, c'est-à-dire des caractéristiques qui peuvent les rendre plus susceptibles de vivre des réactions dissociatives. Il peut s'agir, par exemple, d'avoir été exposé à un événement impliquant des attaques physiques ou sexuelles, plusieurs attaquants ou encore d'avoir un historique de traumatismes à l'enfance. Somme toute, des précautions s'imposent lorsque les réactions dissociatives sont persistantes, à savoir, celles qui

se maintiennent plusieurs jours après l'événement. Certaines personnes sont toutefois plus hésitantes à consulter ou n'en voient pas la pertinence, car les symptômes dissociatifs procurent parfois un « faux » sentiment de protection, en empêchant une réflexion plus approfondie de l'expérience vécue. Il faut cependant retenir que les quelques bénéfices de la dissociation sont habituellement de courte durée. Les expériences dissociatives sont souvent responsables de précipiter d'autres difficultés à long terme, comme le sentiment d'être détaché des autres ou de ses émotions, tant négatives que positives. De plus, en raison de liens établis entre ces symptômes et le risque de survenue d'un ESPT, chercher du soutien professionnel peut s'avérer nécessaire. Une aide thérapeutique peut aussi prévenir de futures réactions dissociatives ou le développement d'un ESPT. Concrètement, le psychologue spécialisé auprès des victimes d'événements traumatiques explorera la chaîne d'événements précipitant les expériences dissociatives, soit les pensées, les émotions et les circonstances de l'environnement. Si vous avez vécu un événement traumatique et que certaines de vos réactions s'apparentent à des expériences dissociatives et vous causent de la détresse, n'hésitez pas à consulter un professionnel (p. ex. : un psychologue, un psychiatre). 

Références

1. Brillon, P. (2013). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique*. Québec-Livres.
2. Bryant, R. A. (2006). Cognitive-behavioral therapy for acute stress disorder. In Folllette, Victoria M. and Ruzek, J.I. (Eds), *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma*, (2nd ed.). Guilford Press.
3. Friedman, M. J., Keane, T. M., & Resick, P. A. (2007). *Handbook of PTSD: Science and practice*.
4. Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Metzler, T. J. (1997). The peritraumatic dissociative experiences questionnaire. In J. P. Wilson, & T. M. Keane (Eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 412–428). New York: Guilford Press

L'état de stress post-traumatique : une expérience personnelle

Par Josette Sader, candidate au M. Sc.

Une stratégie importante à adopter pour optimiser le dépistage et le plan de traitement des individus souffrant d'un état de stress post-traumatique (ESPT) est de comprendre leurs « croyances reliées à la maladie »¹. Les intervenants doivent comprendre, en plus du trouble psychologique, les perceptions des individus victimes d'un ESPT. Ces perceptions peuvent être influencées par leur façon de penser, leurs émotions ou leur culture.¹ Les croyances reliées à la maladie peuvent inclure cinq perceptions : l'identité de la maladie, ses causes, sa durée, ses conséquences quotidiennes et la mesure dans laquelle l'individu peut la contrôler.^{1,2}

L'identité

L'identité attribuée à la maladie comprend tout d'abord l'étiquette ou le nom que l'individu y rattache. Ceci inclut aussi les symptômes que l'individu y associe. Par exemple, l'individu pourrait ne pas identifier certains symptômes comme étant liés à son ESPT, même si ces symptômes sont bien documentés dans la recherche. Il pourrait aussi les attribuer à d'autres explications. Quant au dépistage, il est important pour l'intervenant de comprendre la signification du nom et des symptômes que l'individu associe à son trouble de santé mentale afin d'aborder la problématique de manière personnalisée. Ainsi, l'individu pourra mieux se reconnaître dans les questions posées par l'intervenant lors du dépistage.

Les causes

Chaque individu peut avoir des perceptions quant à la cause de son ESPT. Pour certains, la cause perçue est simple et facilement identifiable, tandis que pour d'autres l'explication est beaucoup plus complexe et diffuse. De plus, un individu

pourrait évoquer des causes biologiques, alors qu'un autre pourrait considérer des facteurs psychologiques ou sociaux.



La durée

Combien de temps l'individu estime-t-il qu'il souffrira du problème ? Selon l'individu, la durée perçue pourrait être courte, longue ou même permanente. Il importe pour l'intervenant d'être au courant de cette perception, puisqu'elle va agir sur les attentes de l'individu et sur sa motivation à poursuivre le traitement.^{1,2}

Les conséquences

Chaque individu perçoit l'impact de sa maladie à sa façon. De ce fait, les conséquences quotidiennes qui en découlent peuvent différer d'une personne à l'autre. Dans les cas d'ESPT, les individus peuvent rapporter un impact plus ou moins grand concernant leur capacité à travailler, leurs

croyances religieuses ou leur espoir pour le futur, entre autres. Par exemple, un individu pourrait signaler un impact négatif sur ses croyances religieuses, alors qu'un autre pourrait déclarer que son trouble de santé mentale n'a eu aucun impact sur cette sphère. Les conséquences vécues par l'individu sont liées à son niveau de détresse.

Le contrôle

Il s'agit du niveau de contrôle que l'individu croit exercer sur son ESPT, soit via le traitement ou par les moyens qu'il utilise pour gérer ses symptômes. Certains aspects pourraient être perçus comme étant sensibles au traitement, tandis que d'autres pourraient être considérés comme irréparables. Lorsque l'intervenant comprend ces croyances, il peut cibler le traitement de manière plus personnalisée et efficace.

La recherche démontre que si l'intervenant prend le temps de bien comprendre les croyances reliées à la maladie de l'individu, le dépistage, l'adhérence au traitement et les résultats de ce traitement pourraient en bénéficier.^{1,2} [T](#)

Références

1. Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognitions: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research, 16*, 143-163.
2. Spont, M., Sayer, N., & Nelson, D. B. (2005). PTSD and treatment adherence: The role of health beliefs. *Journal of Nervous and Mental Disease, 193*(8), 515-522.

Porter attention aux actes de violence subis au travail pour prévenir la chronicisation des conséquences

Par Stéphane Guay, directeur du Centre d'étude sur le trauma

L'exposition à un acte de violence au travail peut entraîner des conséquences importantes chez les employés du secteur de la santé. Ce secteur est particulièrement propice aux actes de violence, car le personnel de santé a seize fois plus de risque d'être victime ou témoin d'un acte de violence que les autres corps d'emploi de la fonction publique. Cependant, à ce jour, aucune étude n'a répertorié l'ensemble des conséquences auxquelles une victime ou un témoin de violence au travail pourrait avoir à faire face.

Selon 68 études, incluses dans une revue de littérature systématique réalisée par notre équipe, les résultats ont mis à jour sept types de conséquences pouvant faire suite à un acte de violence au travail :

1. Conséquences physiques ;
2. Conséquences psychologiques ;
3. Conséquences émotionnelles ;
4. Conséquences liées au fonctionnement au travail (p. ex. : congés de maladie) ;
5. Conséquences sur les relations avec le patient et la qualité des soins apportée au patient ;
6. Conséquences sociales (p. ex. : vie de famille, sentiment d'insécurité) ;
7. Conséquences financières.



© Illustrations - Sophie Casson

Il apparaît que les aspects psychologiques et émotionnels sont les facteurs sur lesquels la violence a le plus d'impact négatif. Il semble aussi que les victimes souffrent de stress post-traumatique (entre 5 % et 32 % selon quatre études), de vigilance accrue, d'irritabilité et de troubles du sommeil. Quelques

auteurs notent également des symptômes dépressifs avec cependant un pourcentage inférieur à 20 % dans la plupart des cas.

Concernant les aspects émotionnels, 25 des 68 études font état d'au moins une conséquence de ce type. La colère, la peur, la tristesse et le dégoût sont les symptômes qui reviennent le plus souvent.

Les conséquences sur le plan professionnel sont également importantes, car selon 12 des 68 études, entre 13 % et 60 % des victimes ont pensé quitter leur emploi après un acte de violence.

De plus, 10 des 68 études font également état de conséquences en termes de qualité des soins. Parmi ces conséquences, on retrouve le développement d'un sentiment de peur à l'égard des patients en général, la perte du plaisir à travailler au contact des patients ou la diminution du temps passé avec eux.

Ces résultats démontrent que les conséquences de la violence au travail ne sont pas seulement profondes, mais également multiples. Il est donc nécessaire de les connaître afin d'agir pour les prévenir. ⁷

Documentaire sur le stress post-traumatique *Héros sous le choc*

Stéphane Guay, directeur du Centre d'étude sur le trauma, a accordé une entrevue pour le documentaire *Héros sous le choc* sur la chaîne Télé-Québec. Réalisé par Karina Marceau et narré par le comédien Claude Legault, ce documentaire offre une incursion dans les coulisses de professions auxquelles le stress est inhérent.

Pour visionner le documentaire :
[documentaires.telequebec.tv/
heros-sous-le-choc](http://documentaires.telequebec.tv/heros-sous-le-choc)



Outil Web interactif de sensibilisation à la violence au travail

L'équipe de recherche VISAGE a lancé un outil Web interactif de sensibilisation aux réalités de la violence en milieu de travail pour aider les travailleurs à reconnaître les formes de violence verbale et physique au travail, pour les sensibiliser à l'importance de parler à leurs collègues et à leurs proches des actes de violence dont ils ont été victimes ou témoins et

pour augmenter la probabilité qu'ils déclarent les actes de violence au travail à leur employeur.

Pour accéder à l'outil :
violenceautravail.ca

Aide et ressources

Au Québec, il existe plusieurs organismes pouvant venir en aide aux personnes souffrant d'un état de stress post-traumatique et aux victimes de violence.

Pour consulter ces organismes :
plusqu1souvenir.ca/aide-et-ressources