

DÉCEMBRE 2017

# Intervention en situation de crise chez les adultes au moyen d'une approche tenant compte des traumatismes : les quatre premières semaines de gestion

Troisième édition



## **Avis de non-responsabilité**

Ces lignes directrices ne sont pas obligatoires pour le personnel infirmier, les autres fournisseurs de soins de l'équipe interprofessionnelle ou les organismes qui les emploient. Il faut faire preuve de souplesse dans l'utilisation de ces lignes directrices et les adapter aux besoins individuels et aux conditions locales. Elles ne constituent en rien une responsabilité ni une décharge de la responsabilité. Même si toutes les mesures possibles ont été prises pour assurer l'exactitude du contenu du document au moment de la publication, ni les auteurs ni l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans ces lignes directrices ni n'acceptent aucune responsabilité quant à la perte, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou omissions dans le contenu du document.

## **Droits d'auteur**

À l'exception des parties de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière contre la copie est indiquée, le document peut être reproduit et publié entièrement, sans modification, sous toute forme, notamment dans le format électronique, à des fins éducatives et non commerciales. Si une adaptation quelconque du document s'avérait nécessaire pour quelque raison que ce soit, une permission écrite devrait être obtenue auprès de l'AIIAO. La citation ou la référence suivante doit apparaître sur toutes les parties du document reproduites :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2017). *Intervention en situation de crise chez les adultes au moyen d'une approche tenant compte des traumatismes : les quatre premières semaines de prise en charge* (3<sup>e</sup> éd.). Toronto (Ont.) : Auteur.

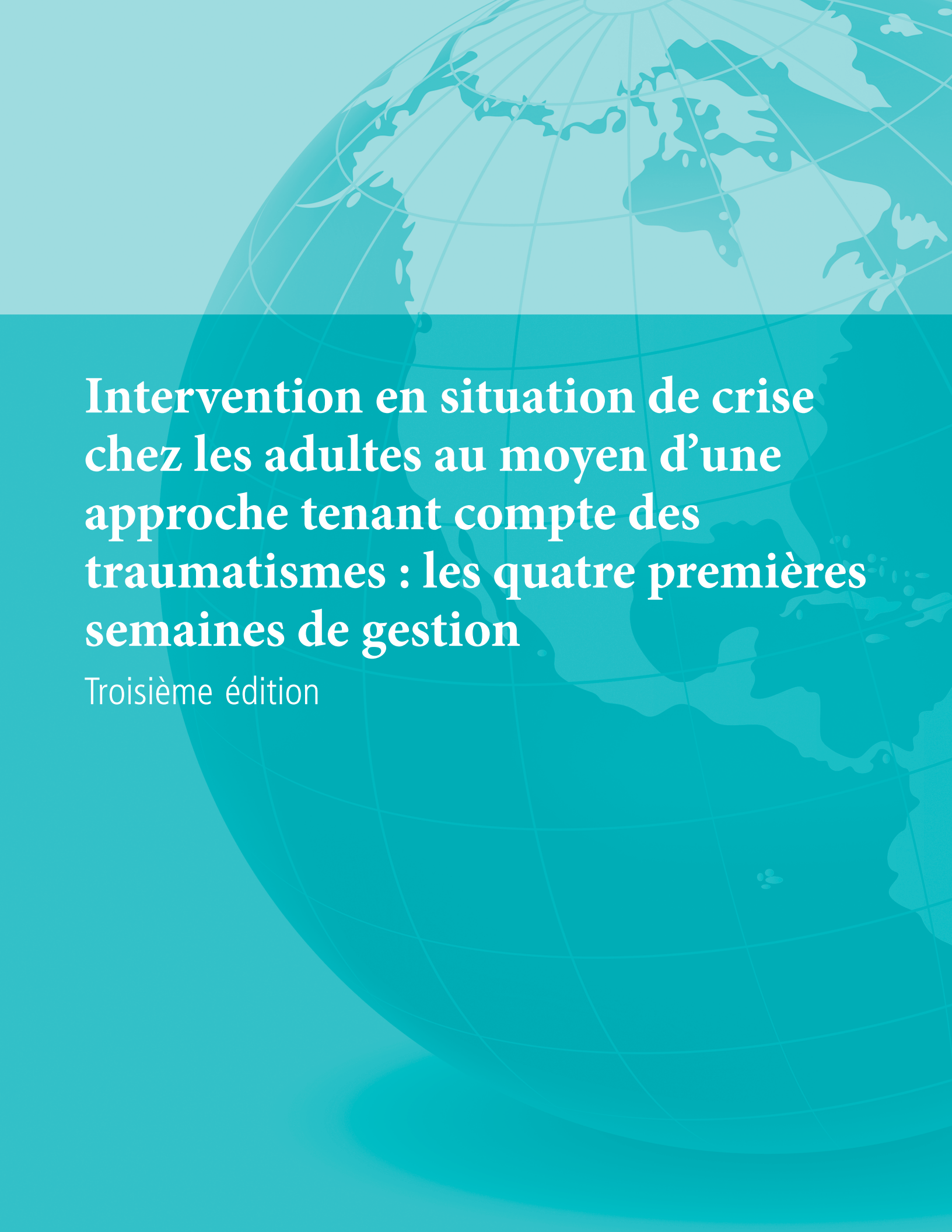
Ce projet est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Tous les documents produits par l'AIIAO sont indépendants de leur source de financement sur le plan éditorial.

## **Coordonnées du contact**

**Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario**

158, Pearl Street, Toronto, Ontario M5H 1L3

Site Web : [www.RNAO.ca/bestpractices](http://www.RNAO.ca/bestpractices)



# **Intervention en situation de crise chez les adultes au moyen d'une approche tenant compte des traumatismes : les quatre premières semaines de gestion**

Troisième édition

# Mot de bienvenue de Doris Grinspun,

## Directrice générale de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario



C'est avec grand plaisir que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) vous présente la ligne directrice sur les pratiques exemplaires cliniques *Intervention en situation de crise chez les adultes au moyen d'une approche tenant compte des traumatismes : les quatre premières semaines de gestion*. La pratique basée sur des données probantes va de pair avec l'excellence du service que le personnel infirmier s'engage à vous offrir chaque jour. L'AIIAO est ravie de pouvoir présenter cette ressource fondamentale.

Nous remercions infiniment les nombreux intervenants qui nous permettent de concrétiser notre vision des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, en commençant par le gouvernement de l'Ontario qui a reconnu la capacité de l'AIIAO à diriger le programme et a octroyé un financement pluriannuel. Je tiens à remercier les coprésidentes du comité d'experts, Nancy Poole (directrice du Centre d'excellence pour la santé des femmes) et Rosanra Yoon (infirmière praticienne, The Jean Tweed Centre), pour leur expertise et la gestion de cette ligne directrice. Je souhaite également remercier, pour leurs compétences et leur leadership inestimables, D<sup>re</sup> Valerie Grdisa, directrice, Centre des Affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, D<sup>re</sup> Lucia Costantini, directrice adjointe à l'élaboration, à la recherche et à l'évaluation de la ligne directrice, et D<sup>re</sup> Michelle Rey, directrice adjointe à l'élaboration des lignes directrices. Merci également au personnel de l'AIIAO, dont Sabrina Merali (coresponsable de l'élaboration de la ligne directrice), Nafsin Nizum (coordonnatrice du projet d'élaboration de la ligne directrice), Kyle Dieleman (coordonnateur du projet d'élaboration de la ligne directrice), Laura Ferreira-Legere (associée principale de recherche en soins infirmiers), Zainab Lulat (associée de recherche en soins infirmiers) et le reste de l'équipe de recherche et d'élaboration des pratiques exemplaires de l'AIIAO pour leur travail intense dans la production de cette nouvelle ligne directrice. Un remerciement très spécial aux membres du comité d'experts pour avoir offert très généreusement leur temps et leur expertise afin de produire une ressource clinique rigoureuse et étoffée. Sans vous, nous n'y serions pas arrivés.

L'application réussie des lignes directrices sur les pratiques exemplaires exige un effort concerté du personnel enseignant, du personnel clinicien, des employeurs, des décideurs politiques et du personnel de recherche. Fortes de leur engagement indéfectible et de leur quête d'excellence en matière de soins aux patients, les communautés des soins infirmiers et des soins de santé ont apporté l'expertise et fourni les innombrables heures de travail bénévole qu'exigent l'élaboration et la révision de chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme en nommant des champions des pratiques exemplaires, en mettant en œuvre certaines lignes directrices et en évaluant leur incidence sur les patients et les milieux de soins. Les gouvernements au pays et à l'étranger se sont joints à ce cheminement. Ensemble, nous bâtissons une culture de pratique fondée sur des données probantes.

Nous vous invitons à faire connaître cette ligne directrice à vos collègues dans d'autres professions ainsi qu'aux conseillers des patients qui sont des partenaires au sein d'organismes, parce que nous avons tant à apprendre les uns des autres. Ensemble, nous devons nous assurer que les patients reçoivent les meilleurs soins possible chaque fois qu'ils viennent à nous, afin que nos efforts leur soient profitables.

Doris Grinspun, inf. aut., M. Sc. Inf., Ph. D., LL. D. (hon.), Ordre de l'Ontario  
Directrice générale,  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

# Table des matières

Comment utiliser ce document . . . . .	5	CONTEXTE
Intention et champ d'activité . . . . .	6	
Interprétation des données probantes . . . . .	9	
Résumé des données probantes . . . . .	10	
Résumé des recommandations . . . . .	11	
Équipe de recherche et d'élaboration des pratiques exemplaires de l'AllIAO . . . . .	14	
Comité d'experts de l'AllIAO . . . . .	15	
Reconnaissance des intervenants . . . . .	17	
Contexte . . . . .	21	
Recommandations relatives à la pratique . . . . .	28	RECOMMANDATIONS
Recommandations relatives à la formation . . . . .	42	
Recommandations relatives au système, à l'organisation et aux politiques . . . . .	45	
Lacunes de la recherche et conséquences futures . . . . .	53	
Stratégies de mise en œuvre . . . . .	55	
Évaluation des lignes directrices . . . . .	57	
Processus de révision et d'examen des lignes directrices sur les pratiques exemplaires . . . . .	59	
Références . . . . .	60	RÉFÉRENCES

ANNEXES	Annexe A : Glossaire . . . . .	71
	Annexe B : Concepts alignés sur cette directive . . . . .	78
	Annexe C : Processus d'élaboration de la ligne directrice . . . . .	79
	Annexe D : Processus de l'examen méthodique et de la stratégie de recherche . . . . .	80
	Annexe E : Étapes de la séance de verbalisation suivant un incident critique . . . . .	84
	Annexe F : Modèle du plan en cas de crise . . . . .	85
	Annexe G : Ressources communautaires pour les personnes en situation de crise . . . . .	87
	Annexe H : Organisations offrant un soutien par les pairs . . . . .	89
	Annexe I : Ressources basées sur les télécommunications et la technologie . . . . .	90
	Annexe J : Interventions à long terme pour atténuer la crise . . . . .	92
	Annexe K : Ressources de formation . . . . .	100
	Annexe L : Composantes du programme de gestion du stress à la suite d'un incident critique . . . . .	101

APPUI	Appuis . . . . .	102
-------	------------------	-----

NOTES	Notes . . . . .	104
-------	-----------------	-----

## Comment utiliser ce document

La présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires (LDPE)<sup>G\*</sup> est un document exhaustif qui offre des ressources pour la pratique fondée sur des données probantes<sup>G</sup>. Son but n'est pas de servir de manuel ou de mode d'emploi, mais bien d'outil pour orienter les pratiques exemplaires et améliorer la prise de décisions par le personnel infirmier<sup>G</sup> ainsi que par d'autres fournisseurs de soins de santé<sup>G</sup>, les fournisseurs de services sociaux et les agents de police qui travaillent auprès d'adultes (18 ans et plus) qui sont ou ont été en situation de crise<sup>G</sup>. Cette ligne directrice doit être révisée et mise en application en fonction des besoins des organismes et des milieux de pratique, ainsi que des besoins et préférences des personnes en situation de crise et de leur famille<sup>G</sup>, qui font appel au système de santé et à ses services. En outre, la présente ligne directrice offre un aperçu des structures et des soutiens appropriés permettant de fournir les meilleurs soins possible fondés sur des données probantes.

Le personnel infirmier, les autres fournisseurs de soins de santé, les fournisseurs de services sociaux, les policières et policiers et le personnel d'administration qui orientent et facilitent les changements en matière de pratiques trouveront ce document d'une très grande utilité pour élaborer des politiques, des procédures, des protocoles, des programmes éducatifs ainsi que des évaluations, des interventions et des outils de documentation. En outre, le personnel infirmier et les autres fournisseurs de soins de santé, les fournisseurs de services sociaux et les policières et policiers qui fournissent une réponse et/ou des soins directs tireront profit de l'examen des recommandations et des données probantes qui les soutiennent. Nous recommandons particulièrement aux différents services de police d'utiliser les recommandations de cette ligne directrice sous forme de document facile à utiliser au quotidien.

Si votre organisme adopte cette ligne directrice, nous vous conseillons de suivre les étapes suivantes :

1. Comparez vos politiques, procédures, protocoles et programmes de formation existants en matière de situation de crise aux recommandations de la présente ligne directrice.
2. Déterminez les besoins et les lacunes liés à vos politiques, procédures, protocoles et programmes de formation en matière de situation de crise.
3. Prenez note des recommandations applicables à votre contexte et pouvant être utilisées pour répondre aux besoins de votre organisation et combler des lacunes.
4. Élaborez un plan pour la mise en œuvre ou l'intégration des recommandations, l'adoption des pratiques exemplaires et l'évaluation des résultats.

Les ressources concernant la mise en œuvre, notamment la *Trousse : la mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* (2012) de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), sont accessibles sur le site [RNAO.ca](http://RNAO.ca).

Pour plus d'information, voir **Stratégies de mise en œuvre**.

Toutes les lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO sont accessibles pour téléchargement sur le site Web de l'AIIAO à [RNAO.ca/bpg](http://RNAO.ca/bpg). [Pour trouver des lignes directrices en particulier, cherchez par mot clé ou par thème.](#)

[Nous aimerions savoir comment vous avez concrètement mis en œuvre les recommandations de la présente ligne directrice. Faites-nous part de votre expérience par courriel à l'adresse \[www.RNAO.ca/contact\]\(http://www.RNAO.ca/contact\).](#)

\* Tout au long du présent document, les termes suivis de la lettre « G » en exposant (<sup>G</sup>) sont définis dans le Glossaire (**annexe A**).

## Objet et champ d'application

Les lignes directrices des pratiques exemplaires sont des documents basés sur l'évidence et développés systématiquement qui comprennent les recommandations sur des sujets particuliers en matière de clinique et de milieu de travail sain pour le personnel infirmier, les membres de l'équipe interprofessionnelle<sup>G</sup>, les enseignants, les dirigeants et les preneurs de décisions, et les personnes et leurs familles. Les membres de l'équipe interprofessionnelle qui s'occupent des personnes en situation de crise comprennent du personnel infirmier et d'autres fournisseurs de soins de santé (par exemple, des médecins, des travailleuses sociales et travailleurs sociaux ainsi que des conseillères et conseillers), du personnel de première intervention (par exemple, des policières et policiers, du personnel ambulancier, ainsi que des pompières et des pompiers) et des travailleuses et travailleurs de soutien par les pairs<sup>G</sup>. Elles favorisent l'uniformité et l'excellence des soins cliniques, des politiques de santé et de l'éducation en matière de santé, entraînant ultimement des résultats en santé optimaux pour les gens, les communautés et le système de santé (AIIAO, 2017).

Cette LDPE est une nouvelle édition, et elle remplace à la fois la LDPE *Intervention en situation de crise* de l'AIIAO de 2002 et son supplément de 2006. Cette édition se concentre sur la manière dont le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle peuvent fournir des interventions en situation de crise efficaces tenant compte des traumatismes<sup>G</sup> (immédiatement et jusqu'à quatre semaines après la crise) chez les adultes (18 ans et plus) afin d'optimiser les pratiques fondées sur les données probantes et les résultats cliniques.

En juin 2016, l'AIIAO a réuni un comité d'experts composé d'une personne ayant une expérience vécue et d'un groupe multidisciplinaire de personnes ayant une expertise en matière d'approches tenant compte des traumatismes et d'intervention en cas de crise dans divers secteurs des soins de santé (par exemple, la santé publique, les soins primaires, les soins de courte durée et les soins en santé mentale<sup>G</sup> et en toxicomanie<sup>G</sup>), les services sociaux, les établissements universitaires et les milieux judiciaires (y compris les services correctionnels, les centres de détention et les services de police).

Pour déterminer le champ d'activité et l'organisation de la présente ligne directrice, l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO a suivi les étapes que voici :

- Elle a examiné à la fois la LDPE de l'AIIAO de 2002, *Intervention en situation de crise*, et le supplément de 2006.
- Elle a effectué un examen de la portée<sup>G</sup> afin de comprendre la relation entre les soins tenant compte des traumatismes et l'intervention en cas de crise, et de mieux comprendre, à partir de la littérature existante, ce que l'on sait du rôle du personnel infirmier et de l'équipe interprofessionnelle dans la gestion et l'intervention en cas de crise.
- Elle a tenu quinze entretiens avec des personnes-ressources expertes du domaine, y compris plusieurs personnes qui travaillent activement sur la mise en œuvre des lignes directrices de 2002 et de 2006.

Les résultats de l'analyse ont démontré la nécessité d'élargir la portée. Ainsi, la présente ligne directrice fournit des recommandations de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes<sup>G</sup> sur l'intervention efficace en cas de crise en utilisant des approches tenant compte des traumatismes pour les adultes (18 ans et plus) en situation de crise (c.-à-d. une crise de développement, situationnelle, communautaire, environnementale ou de santé mentale) et pour prévenir les crises futures. La ligne directrice est applicable dans tous les contextes de pratique et favorise une réponse et des soins cohérents et fondés sur des données probantes.

La ligne directrice est pertinente pour tous les domaines de la pratique infirmière (c'est-à-dire la pratique clinique, la recherche, l'éducation, la politique et l'administration) et pour les services sociaux, ainsi que pour les autres membres de l'équipe interprofessionnelle dans tous les contextes de pratique à l'échelle de l'unité, de l'organisation et du système.



## Public cible

Les recommandations sont présentées aux trois niveaux suivants :

1. Les recommandations relatives à la pratique<sup>G</sup> sont destinées en premier lieu au personnel infirmier qui fournit directement des soins cliniques aux personnes adultes (18 ans et plus) d'un bout à l'autre du continuum des soins, y compris (mais sans s'y limiter) les soins primaires, les soins de courte durée, les soins communautaire et à domicile, les patients attendant d'autres niveaux de soins, les soins continus complexes et les soins de longue durée. Toutes les recommandations de pratique s'appliquent au champ d'activité des infirmiers et infirmières autorisés, des infirmiers et infirmières auxiliaires autorisés et des infirmiers et infirmières praticiens (catégories générale et spécialisée). Le public secondaire des recommandations en matière de pratique comprend d'autres membres de l'équipe interprofessionnelle, qui collaborent avec le personnel infirmier pour offrir une intervention et des soins complets.
2. Les recommandations relatives à la formation<sup>G</sup> sont destinées aux personnes responsables de la formation des fournisseurs de soins de santé, dont les enseignants, les équipes d'amélioration de la qualité, le personnel de direction, le personnel d'administration et les institutions universitaires et professionnelles. Les recommandations de cette catégorie énoncent le contenu fondamental ainsi que les stratégies de formation nécessaires pour les programmes de soins de premier niveau, la formation continue et le perfectionnement professionnel pour tous les membres de l'équipe interprofessionnelle.
3. Les recommandations relatives au système, à l'organisation et aux politiques<sup>G</sup> sont destinées au personnel de direction, au personnel d'administration et décideurs responsables de l'élaboration de règlements ou de l'obtention du soutien dont un organisme de santé a besoin pour mettre en œuvre les pratiques exemplaires.

## Discussion sur les données probantes

Après chaque énoncé de recommandation, on trouve une discussion sur les données probantes qui comporte trois sections principales :

1. La section « Résumé des données probantes » fait état de la recherche tirée de la revue systématique<sup>G</sup> relativement à la recommandation.
2. La section « Avantages et inconvénients » donne des renseignements sur les aspects des soins susceptibles de nuire le bien-être et la santé de la personne ou bien de leur nuire.
3. La section « Valeurs et préférences » porte sur la priorité accordée aux approches qui facilitent la santé et l'importance de la prise en compte des préférences en matière de soutien.

Le contenu des sections « Avantages et inconvénients » et « Valeurs et préférences » peut comprendre, ou non, des recherches provenant de la revue systématique. Le cas échéant, le comité d'experts a contribué à l'élaboration des contenus de ces sections.

Pour une efficacité optimale, les recommandations dans ces trois domaines devraient être mises en œuvre ensemble.

## Concepts qui s'harmonisent avec cette ligne directrice

Les concepts suivants peuvent être utiles au personnel infirmier et à l'équipe interprofessionnelle lors de la mise en application de la présente ligne directrice. Voir l'**annexe B** pour des ressources supplémentaires sur ces sujets :

- la sensibilité culturelle<sup>G</sup>;
- les populations autochtones et traumatismes;
- la consommation de substances<sup>G</sup>;
- la collaboration interprofessionnelle;
- les soins axés sur les besoins de la personne et de la famille<sup>G</sup>;
- les déterminants sociaux de la santé<sup>G</sup>.

## Thèmes hors du champ visé par cette ligne directrice

Les thèmes suivants ne sont pas couverts dans la présente ligne directrice :

- les recommandations approfondies au-delà de la quatrième semaine d'intervention en situation de crise;
- la situation de crise chez les enfants et les jeunes (moins de 18 ans);
- les critères de dépistage et d'évaluation pour l'intervention en cas de crise;
- les options de traitement pharmacologique de la crise.

Pour des conseils sur des sujets hors du champ d'application de cette directive, voir l'[annexe D](#).

Pour plus d'information concernant le processus d'élaboration des lignes directrices, voir l'[annexe C](#). Pour plus d'information sur la revue systématique et la stratégie de recherche, voir l'[annexe D](#).

## Utilisation du terme « crise » dans la présente ligne directrice

Le comité d'experts a choisi d'utiliser le terme « crise » comme une réponse limitée dans le temps à un événement de la vie qui dépasse les mécanismes d'adaptation habituels d'une personne en réponse à des facteurs situationnels, développementaux, biologiques, psychologiques, socioculturels et/ou spirituels (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 1999). Aux fins de la présente ligne directrice, le terme « gestion de crise » englobe les étapes de stabilisation, d'intervention et de résolution d'une crise. Les principaux objectifs de la gestion de crise sont la résolution rapide de la crise afin d'atteindre au moins le de fonctionnement antérieur à la crise, l'utilisation et l'amélioration des capacités d'adaptation, la promotion d'un sentiment de contrôle et d'auto-efficacité, ainsi que la fourniture d'un soutien pour la résolution des problèmes et l'accès aux services et soutiens nécessaires (Hoff, 1995). Cette définition s'inspire des premières définitions de Caplan (1964), Hoff (1995) et du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (1999), ainsi que d'éléments tirés de la littérature sur l'entrevue motivationnelle<sup>G</sup> et l'approche tenant compte des traumatismes.

# Interprétation des données probantes

Différents niveaux de preuve sont attribués à la conception des études afin de classer la mesure dans laquelle chacune parvient à éliminer les autres explications du phénomène étudié. Plus élevé est le niveau de preuve, plus grande est la probabilité qu'un nombre inférieur de sources potentielles de parti pris aient influencé les résultats de la recherche. Cependant, les niveaux de preuve ne reflètent pas la qualité<sup>G</sup> de chacune des études ou revues.

Dans certains cas, on a attribué aux recommandations dans cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires plus d'un niveau de preuve. Cela reflète les divers plans d'étude qui soutiennent la recommandation. Pour des raisons de transparence, les niveaux de pertinence propres à chaque composante de la recommandation sont indiqués dans la section « Discussion sur les données probantes » qui la suit.

**Tableau 1 : Niveaux de pertinence des données probantes**

NIVEAU	SOURCES DES DONNÉES PROBANTES
Ia	Données probantes obtenues à partir de méta-analyses <sup>G</sup> ou d'examens méthodiques d'essais cliniques randomisés <sup>G</sup> , et/ou de la synthèse de plusieurs études, surtout quantitatives.
Ib	Données probantes obtenues à partir d'au moins un essai clinique randomisé.
IIa	Données probantes obtenues à partir d'au moins une étude contrôlée <sup>G</sup> bien conçue, sans randomisation.
IIb	Données probantes obtenues à partir d'au moins un autre type d'étude quasi expérimentale <sup>G</sup> bien conçue, sans répartition aléatoire.
III	Synthèse de plusieurs études surtout de recherche <sup>G</sup> qualitative.
IV	Données probantes obtenues à partir d'études d'observation non expérimentales bien conçues, telles que des études analytiques <sup>G</sup> , des études descriptives <sup>G</sup> et des études qualitatives.
V	Données probantes provenant de rapports ou d'opinions d'un comité d'experts, ou encore s'appuyant sur l'expérience clinique d'autorités reconnues.

Adapté du Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN], 2011) et de Pati (2011).

Pour de plus amples renseignements sur le processus de revue systématique et sur l'évaluation de la qualité des études, voir l'**annexe D**.

## Qualité des données probantes

La qualité de chaque étude citée dans la discussion des données probantes qui suit chaque recommandation a été évaluée et classée comme forte, modérée ou faible selon l'outil d'évaluation correspondant.

Les outils d'évaluation de la qualité ont été utilisés en fonction du type d'étude. L'outil de mesure AMSTAR a été utilisé pour évaluer toutes les revues systématiques et méta-analyses. L'outil CASP (Critical Appraisal Skills Program, ou « programme de compétences essentielles en matière d'évaluation ») a été utilisé pour évaluer les essais contrôlés randomisés, les études cas-témoins, les études de cohorte, les études transversales et les études qualitatives. Le MMAT (Mixed Methods Appraisal Tool ou « outil d'évaluation des méthodes mixtes ») a été utilisé pour évaluer les études à méthodes mixtes.

Le niveau de la qualité est calculé en convertissant le score de l'outil en pourcentage. Lorsque d'autres lignes directrices ont éclairé la recommandation et sa discussion sur les données probantes, l'instrument AGREE II a été utilisé pour déterminer le niveau de la qualité. Les **tableaux 2** et **3** indiquent les pointages de qualité requis pour obtenir une évaluation de qualité forte, modérée ou faible.

**Tableau 2 : Évaluation de la qualité des études à l'aide des outils d'évaluation de la qualité (AMSTAR, CASP et MMAT)**

POINTAGE DE QUALITÉ SUR L'AMSTAR	ÉVALUATION DE LA QUALITÉ GLOBALE
Score converti supérieur ou égal à 82,4 %	Élevé
Score converti allant de 62,5 à 82,4 %	Moyen
Score converti inférieur ou égal à 62,4 %	Faible

**Tableau 3 : Niveau de qualité des lignes directrices selon l'outil AGREE II**

COTE DE QUALITÉ DE L'AGREE II	ÉVALUATION DE LA QUALITÉ GLOBALE
Score de 6 ou 7 pour la qualité générale de la ligne directrice	Élevé
Un score de 5 pour la qualité générale de la ligne directrice	Moyen
Score inférieur à 4 pour la qualité générale de la ligne directrice	Faible (non utilisé dans le cadre des recommandations)

Pour de plus amples renseignements sur le processus de revue systématique et sur l'évaluation de la qualité des études, voir l'**annexe D**.

# Tableau synthétique des recommandations

Cette LDPE remplace à la fois la LDPE *Intervention en situation de crise* de l'AIIAO de 2002 et son supplément de 2006.

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA PRATIQUE	NIVEAU DE QUALITÉ DES DONNÉES PROBANTES
<p><b>1.0 Question de recherche n° 1 :</b> Quelles sont les interventions efficaces et tenant compte des traumatismes qui peuvent être utilisées par le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle auprès des adultes en situation de crise?</p>	
<p><b>Recommandation 1.1 :</b> Utiliser des approches d'intervention brève avec les personnes en crise pour réduire les symptômes de la crise et augmenter la motivation en faveur du changement et d'autres améliorations de la santé.</p>	<p>lb</p>
<p><b>Recommandation 1.2 :</b> Aider les personnes en situation de crise à s'engager de manière significative et sûre dans un processus de verbalisation suivant un incident critique dans les 24 à 72 heures suivant la crise, afin de réduire la détresse et d'améliorer la santé mentale.</p>	<p>lb et V</p>
<p><b>Recommandation 1.3 :</b> Créer des plans de crise en collaboration avec les personnes en situation de crise en utilisant des approches basées sur les points forts.</p>	<p>lb et IV</p>
<p><b>Recommandation 1.4 :</b> Simplifier l'accès des personnes en situation de crise au soutien communautaire de proximité (y compris les visites de proximité et les équipes mobiles de crise), ainsi qu'aux fournisseurs de soins de santé appropriés, aux travailleurs de soutien par les pairs et aux services de santé mentale et de toxicomanie.</p>	<p>la, IV et V</p>
<p><b>Recommandation 1.5 :</b> Faire appel à des pairs formés à des approches fondées sur des données probantes, comme les premiers secours psychologiques, pour apporter réconfort et soutien aux personnes en situation de crise.</p>	<p>la, lb et V</p>
<p><b>Recommandation 1.6 :</b> Encourager l'utilisation de solutions basées sur les télécommunications et la technologie pour les personnes à risque ou en situation de crise, comme moyen de réception :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) évaluation, triage et soutien en cas d'urgence;</li> <li>b) psychoéducation et/ou compétences et outils en ligne pour favoriser l'adaptation et l'autogestion.</li> </ul>	<p>la, lb et V</p>

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA PRATIQUE		NIVEAU DE QUALITÉ DES DONNÉES PROBANTES
<p><b>2.0 Question de recherche n° 2 :</b> Quelles sont les interventions efficaces et tenant compte des traumatismes qui peuvent être utilisées par le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle pour atténuer ou prévenir les crises futures chez les adultes?</p>		
<p><b>Recommandation 2.1 :</b> Si nécessaire et en collaboration avec la personne, lui fournir ou l'orienter vers des soutiens et des services supplémentaires ou continus.</p>	Ia	
RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA FORMATION		NIVEAU DE QUALITÉ DES DONNÉES PROBANTES
<p><b>3.0 Question de recherche n° 3 :</b> Quel contenu et quelles stratégies d'enseignement sont nécessaires pour former efficacement le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle en matière de crise et d'approches tenant compte des traumatismes?</p>		
<p><b>Recommandation 3.1 :</b> Intégrer des possibilités d'apprentissage interactif concernant les approches tenant compte des traumatismes et le soutien aux personnes en situation de crise dans les programmes d'études de tous les programmes de soins infirmiers et de soins de santé de premier échelon.</p>	Ia et IIb	
<p><b>Recommandation 3.2 :</b> S'engager dans la formation continue pour améliorer les connaissances et les compétences afin de soutenir les personnes en situation de crise par des approches tenant compte des traumatismes.</p>	Ia, IIb et IV	

RECOMMANDATIONS RELATIVES AU SYSTÈME, À L'ORGANISME ET À LA POLITIQUE	NIVEAU DE QUALITÉ DES DONNÉES PROBANTES
<p><b>4.0 Question de recherche n° 4 :</b> De quels soutiens au niveau de l'organisation et du système le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle ont-ils besoin pour mettre en œuvre efficacement les pratiques exemplaires en utilisant des approches de la crise tenant compte des traumatismes?</p>	
<p><b>Recommandation 4.1 :</b></p> <p>Les organisations identifient et intègrent les approches tenant compte des traumatismes directement dans leurs politiques et procédures de soutien :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) un cadre pour les approches de l'intervention en cas de crise et de la prestation de services;</li> <li>b) un milieu de travail sûr et favorable pour les fournisseurs qui ont vécu des incidents critiques.</li> </ul>	<p>IV et V</p>
<p><b>Recommandation 4.2 :</b></p> <p>Améliorer la collaboration entre les secteurs par l'intégration au niveau du système entre les systèmes de santé, les services sociaux (par exemple, le logement et l'emploi), les systèmes d'éducation, le système judiciaire, les défenseurs, les personnes ayant une expérience vécue et les familles afin d'améliorer la capacité du système à répondre d'une manière tenant compte des traumatismes aux personnes en situation de crise.</p>	<p>V</p>
<p><b>Recommandation 4.3 :</b></p> <p>Les organismes de santé, de services sociaux et d'application de la loi collaborent pour veiller à ce que les services d'intervention en cas de crise soient accessibles aux personnes en situation de crise en mettant en œuvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) des équipes de crise mobiles;</li> <li>a) des visites de contact;</li> <li>b) un triage téléphonique et des lignes d'assistance.</li> </ul>	<p>Ia, lib, Ib et IV</p>
<p><b>Recommandation 4.4 :</b></p> <p>Les services de police intègrent une formation complète aux situations de crise :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) pour améliorer l'interaction des policières et des policiers avec les personnes en situation de crise;</li> <li>b) pour encourager les policières et les policiers à prendre des décisions éclairées pour aider les personnes à accéder aux services appropriés.</li> </ul>	<p>Ia, IIb et IV</p>

# Équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIAO)

## **Sabrina Merali, inf. aut., M. Sc. inf.**

Coresponsable de l'élaboration des lignes directrices  
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ont.)

## **Nafsin Nizum, inf. aut., M.Sc.Inf.**

Coresponsable de l'élaboration des lignes directrices  
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ont.)

## **Kyle Dieleman, B.A.**

Coordonnatrice du projet d'élaboration de la ligne directrice  
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ont.)

## **Laura Ferreira-Legere, AI, M. Sc. inf.**

Associée-chef de recherche en sciences infirmières  
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ont.)

## **Zainab Lulat, inf. aut., M.Sc.Inf.**

Associée de recherche en sciences infirmières  
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ont.)

## **Lucia Costantini inf. aut., Ph. D., CNeph(C)**

Directrice associée, Élaboration, recherche et évaluation de la ligne directrice, Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ont.)

## **Valerie Grdisa, inf. aut., M.Sc., Ph. D.**

Directrice, Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

## **Michelle Rey, M.Sc., Ph. D.**

Ancienne directrice associée, Élaboration des lignes directrices  
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ont.)

## **Gurjit Toor, inf. aut., MSP**

Directeur d'évaluation  
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ont.)



# Groupe d'experts des directives sur les pratiques d'excellence de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)

**Nancy Poole, Ph. D., M.A., Dip.C.S., B.A.**

Coprésidente du comité

Directrice

Centre of Excellence for Women's Health

Victoria (C.-B.)

**Rosanra Yoon, IP, M. Sc. inf., Ph. D. (cand.)**

Coprésidente du comité

Infirmière praticienne

The Jean Tweed Centre

Toronto (Ont.)

**Oluremi Roseline Adewale, inf. aut.,  
M. Sc. inf.**

Infirmière-conseil en santé mentale

Bureau de santé publique de Toronto

Toronto (Ont.)

**Jennifer Chambers, B. Sc. (hon.)**

Directrice générale, Empowerment Council

Centre de toxicomanie et de santé mentale

Toronto (Ont.)

**Lisabeth Gatkowski, inf. aut., B.Sc.Inf.,  
ICPSM(C)**

Infirmière autorisée, Institut Parkwood

Soins de santé de St. Joseph

Présidente, Groupe d'intérêt en matière de soins infirmiers  
en santé mentale

London (Ont.)

**Jennifer Berger, inf. aut., M. Sc., ICPSM(C)**

Gestionnaire des soins aux patients

Centre Sunnybrook des sciences de la santé

Toronto (Ont.)

**Tanya Dion, inf. aut., M.A., CCHP**

Gestionnaire des soins de santé

Centre de détention de Quinte

Napanee (Ontario)

**Katharine Burt, inf. aut., B. Sc. inf., M.Sc.**

Vice-présidente de la qualité et de la pratique professionnelle

Chef de direction des soins infirmiers

Services de santé Royal Ottawa

Ottawa (Ont.)

**Elizabeth Harrison**

Étudiante en 4<sup>e</sup> année au B. Sc. inf.

Université Ryerson

Toronto (Ont.)

**Ron Hoffman, B.A., M.A., Ph. D.**

Professeur adjoint

École de criminologie et de justice pénale

Boursier de l'interRAI

Université Nipissing

North Bay (Ontario)

**Michelle Jubin, inf. aut., M. Sc. inf.**

Infirmière consultante en santé mentale

Bureau de santé publique de Toronto

Toronto (Ont.)

**Betty-Lou Kristy**

Responsable du système de soutien par les pairs en  
matière de toxicomanie

Chef, initiative des consommateurs-survivants

RLISS de Mississauga Halton

Initiative des pairs pour l'amélioration et le maintien

TEACH : Teach Empower Advocate Community

Health (enseigner, responsabiliser, défendre la santé  
communautaire)

Soutien et logement de Halton

Oakville (Ont.)

**Elaine Mordoch, inf. aut., Ph. D.**

Professeure agrégée

École de sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé

Université du Manitoba

Winnipeg (Manitoba)

**Kim Nash, inf. aut., M. Sc. inf.**

Enseignante en soins infirmiers cliniques  
Centre de soins de santé mentale Waypoint  
Penetanguishene (Ontario)

**Jennifer Berger, inf. aut., M. Sc. inf., ICPSM(C)**

Chef de la pratique clinique avancée (soins infirmiers)  
Programme de soins complexes et de réhabilitation  
Centre de toxicomanie et de santé mentale  
Toronto (Ont.)

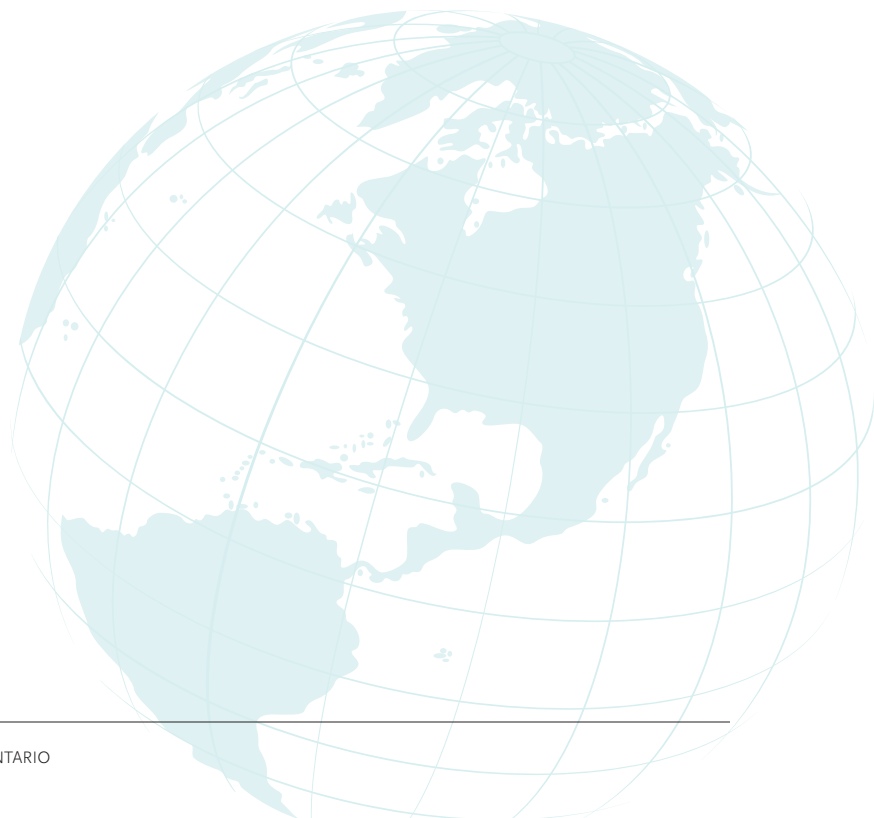
**Mike Serr, B.A.**

Chef de police adjoint, Service de police d'Abbotsford  
Abbotsford (C.-B.)

**Vicky Stergiopoulos, MD, M.Sc.S.**

Infirmière soignante, Centre de toxicomanie et de  
santé mentale  
Professeure, Faculté de médecine, Université d'Ottawa  
Vice-présidente, clinique et innovation, département de  
psychiatrie, Université de Toronto  
Toronto (Ont.)

Des déclarations d'intérêts qui pourraient être interprétés comme constituant un conflit réel, potentiel ou apparent ont été faites par tous les membres du comité d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, et ces derniers ont été invités à mettre à jour leurs divulgations régulièrement pendant toute la durée du processus d'élaboration de la ligne directrice. Des renseignements leur ont été demandés sur leurs intérêts financiers, intellectuels, personnels et autres, et ceux-ci ont été documentés aux fins de consultation ultérieure. Aucun conflit d'intérêts contraignant n'a été relevé. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les divulgations, veuillez vous reporter à l'adresse <http://RNAO.ca/bpg/guidelines/crisis-intervention>.



## Remerciements aux intervenants

À titre de participant au processus d'élaboration de la ligne directrice, l'AIIAO s'est engagée à obtenir des commentaires d'infirmières qui jouent une multitude de rôles dans un vaste éventail de milieux de pratique, d'administrateurs bien informés, de bailleurs de fonds des services de santé et d'associations d'intervenants<sup>G</sup>. Nous avons sollicité les commentaires d'intervenants représentant divers points de vue\*. L'AIIAO tient à remercier les personnes suivantes pour leur contribution à la révision de la présente ligne directrice :

### **Lori Adler**, inf. aut., M.Sc.S., B. Sc. inf.

Conseillère  
LA Consulting  
Toronto (Ont.)

### **Sarah Gibbens**, inf. aut., M. Sc. inf., ICPSM(C)

Infirmière en santé mentale  
Centre de santé et de counseling, Université de Toronto à Mississauga  
Mississauga (Ontario)

### **Tasha Penney**, inf. aut., M. Sc. inf., ICPSM(C)

Infirmière en santé publique  
Bureau de santé publique de Toronto  
Toronto (Ont.)

### **Satinder Brar**, inf. aut., M. Sc. inf.

Infirmière clinicienne spécialisée  
Mississauga (Ontario)

### **Emma Bingham**, inf. aut., B. Sc. inf.

Infirmière soignante  
Hôpital Toronto Western  
Toronto (Ont.)

### **Marta Canesi**, inf. aut., M. Sc. inf.

Infirmière soignante  
Fondazione MBBM (Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma)  
Monza (Italie)

### **Tasha Penney**, inf. aut., M. Sc. inf., ICPSM(C)

Enseignante en soins infirmiers  
St. Joseph's Healthcare Hamilton  
Hamilton (Ont.)

### **Keri Coulson**, inf. aut., B. Sc. Inf., ICPSM(C)

Infirmière-superviseure en soins cliniques  
Homewood Health  
Guelph (Ontario)

### **Nitha Reno**, inf. aut., M. Sc. inf., GNC(C), ICSP(C)

Coordonnatrice des pratiques exemplaires en soins de longue durée  
AIIAO  
Tilbury (Ontario)

### **Lisebeth Gatkowski**, inf. aut., B. Sc. inf., ICPSM(C)

Enseignante  
Collège Mohawk et Lisebeth Gatkowski & Associates  
Hamilton (Ontario)

### **Bettyann Goertz**, inf. aut., B.Sc. Inf., ICPSM(C)

Infirmière soignante, Programme de soins actifs en santé mentale pour adultes hospitalisés  
London Health Sciences Centre  
London (Ont.)

### **Kelly Holt**, inf. aut., M. Sc. inf., ICPSM(C)

Infirmière clinicienne spécialisée  
St. Joseph's Healthcare Hamilton  
Hamilton (Ont.)

### **Roberto Iasci**, B.A. (hon.), inf. aut., ACWD, IACT, ICPSM(C)

Infirmier de l'équipe mobile d'intervention en situation de crise et instructeur en premiers soins de santé mentale  
North York (Ontario)

### **Suman Iqbal**, inf. aut., M. Sc. Inf./M.G.S.S., CSIG(C)

Gestionnaire principal, soins de longue durée  
Programme des pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ont.)

**Elsabeth Jensen, inf. aut., B.A., Ph. D.**

Professeure agrégée  
Université York  
Toronto (Ont.)

**Nicole Kambou, inf. aut.**

Toronto (Ont.)

**Kelly Kokus, IP-SSP, IPSF(BC), M. Sc. inf., B. Sc. inf. (hon.)**

Unilever  
Simcoe (Ontario)

**Anthony Le Fuentes, étudiant au B. Sc. inf.**

Université Nipissing  
North Bay (Ontario)

**Amelia MacKinnon, inf. aut.**

Infirmière soignante  
Casey House  
Toronto (Ont.)

**Jane Mathews, inf. aut., B. Sc. inf., M. Sc. inf., ICPSM(C)**

Gestionnaire, pratique professionnelle  
Bluewater Health  
Sarnia (Ontario)

**Susan McDaid-Earl, inf. aut.**

Conseillère  
The Wellness Collaborative  
Guelph (Ontario)

**Joan McCollum, inf. aut.**

Infirmière soignante  
William Osler Health System  
Brampton (Ontario)

**Shirley McMillan, inf. aut., M. Sc. inf.**

Infirmière clinicienne spécialisée  
Centre Surrey Place  
Toronto (Ont.)

**Angelina Medjed, inf. aut.**

Infirmière du service des urgences  
Hôpital Toronto Western  
Toronto (Ont.)

**Lisabeth Gatkowski, inf. aut., B.Sc.Inf., ICPSM(C)**

Professeure  
Collège Mohawk  
Hamilton (Ont.)

**Pat Nashef, inf. aut., M.Sc.S.(N), ICPSM(C)**

Guelph (Ontario)

**Noelle Ozog, inf. aut., B.Sc.S., B.Sc.Inf.**

Infirmière soignante, Service des urgences  
Halifax (N.-É.)

**Darren Pace, B. Sc. inf., M. Sc. inf., inf. aut., ICPSM(C)**

Infirmière en santé mentale  
Calian/ministère de la Défense nationale  
North Bay (Ontario)

**Barb Pizzingrilli, inf. aut., B. Sc. inf., M. Sc. inf., CPMHN(C), MBA**

Directeur, Programme de soins aux patients pour la santé mentale et la toxicomanie  
Niagara Health  
St. Catharines (Ontario)

**Stacey Roles, inf. aut., M. Sc. inf.**

Chargée de cours et infirmière clinicienne spécialisée  
École de médecine du Nord de l'Ontario  
Horizon Santé-Nord  
Sudbury (Ontario)

**Cheryl Joy Simpson, inf. aut., M. Sc. inf., ICPSM(C)**

Infirmière-chef clinique de la pratique avancée  
Centre de toxicomanie et de santé mentale  
Toronto (Ont.)

**Matthew Rico, inf. aut.**

Infirmier soignant  
Unité d'évaluation et de stabilisation, Centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores  
Whitby (Ontario)

**Susanne Sferrazza-Swayze, inf. aux. aut., CMLC**

Infirmière soignante  
St. Joseph's Healthcare Hamilton  
Hamilton (Ont.)

**Shelley Sinyard, M.S.S., B.Ed., B.A.**

Travailleuse sociale, programmes de médecine  
Southlake Regional Health Centre  
Newmarket (Ont.)

**Mary Smith, IP-SSP, Ph. D. (cand.)**

Infirmier praticien  
Université Queen's  
Kingston (Ont.)

**Liza Supang, inf. aut., B. Sc. inf.**

Infirmière soignante  
Établissement de soins de longue durée Kipling Acres  
Etobicoke (Ontario)

**Lisabeth Gatkowski, inf. aut., B.Sc.Inf.,  
ICPSM(C)**

Infirmière soignante  
Centre de toxicomanie et de santé mentale  
Toronto (Ont.)

**Sayanisa Suthanthirakaran, inf. aut.,  
B. Sc. inf.**

Humber River Hospital  
Toronto (Ont.)

**Raniya Syed, B. Sc. (hon.), MACP**

Conseillère stagiaire diplômée  
Centre de santé et de bien-être, Université de Toronto  
Toronto (Ont.)

**Grace Terry, inf. aut., B. Sc. inf.**

Infirmière soignante  
Hamilton Health Sciences  
Hamilton (Ont.)

**Tara Turloukis, B. Sc. inf., inf. aut.**

Infirmière soignante  
Hôpital Alexandra Marine and General  
Goderich (Ontario)

**Dania Versailles, inf. aut., M. Sc. inf., ICPSM(C)**

Infirmière clinicienne spécialisée  
Hôpital Montfort  
Ottawa (Ont.)

**Tasha Penney, inf. aut., M. Sc. inf., ICPSM(C)**

Infirmière en chef, Programme de santé mentale et de  
l'enfant, Unité d'évaluation de la santé mentale d'urgence  
Hôpital McMaster pour enfants  
Hamilton (Ont.)

**Patricia Howlett, inf. aut.**

Infirmière soignante  
Women's College Hospital  
Toronto (Ont.)

**Stacey Karp, IP-SSP, M. Sc. inf., ICPSM(C)**

Infirmière praticienne, Service d'urgence psychiatrique  
Hôpital Joseph Brant  
Burlington (Ontario)

Les réviseuses et réviseurs intervenants sont des personnes qui possèdent des compétences d'experts en la matière dans le sujet traité par la ligne directrice ou dans ceux qui pourraient être touchés par la mise en œuvre de cette ligne directrice. Les réviseuses et réviseurs peuvent être du personnel infirmier et d'autres fournisseurs de soins de santé au point de service, du personnel infirmier de direction, du personnel d'administration, du personnel de recherche, des membres d'une équipe interdisciplinaire, du personnel enseignant, des étudiantes et étudiants en sciences infirmières ou des patients et les membres de leur famille. L'AIIAO cherche à obtenir le point de vue d'intervenants qui représentent une diversité de secteurs de la santé, de rôles dans le domaine des soins infirmiers et d'autres professions (p. ex., la pratique clinique, la recherche, l'enseignement et les politiques) et de régions.

Les intervenants qui ont participé à l'examen des LDPE de l'AIIAO ont été sélectionnés selon deux méthodes. Première façon : les intervenants sont recrutés au moyen d'un appel public diffusé sur le site Web de l'AIIAO ([www.RNAO.ca/bpg/get-involved/stakeholder](http://www.RNAO.ca/bpg/get-involved/stakeholder)). L'équipe de recherche et d'élaboration des pratiques exemplaires de l'AIIAO et les membres du comité d'experts sélectionnent ensuite des personnes et des organismes ayant une expertise dans un ou plusieurs domaines abordés dans la ligne directrice, puis les invitent à participer à l'examen de la LDPE.

On demande aux réviseurs de lire complètement une ébauche de la ligne directrice et de participer à sa révision avant la publication. Les intervenants soumettent leurs commentaires en remplissant un questionnaire en ligne. Ils sont invités à répondre aux questions suivantes pour chaque recommandation :

1. Cette recommandation est-elle claire?
2. Êtes-vous d'accord avec cette recommandation?
3. L'examen des données à l'appui est-il exhaustif et ces données corroborent-elles la recommandation?

Le sondage offre aussi l'occasion d'inclure des commentaires pour chaque section de la ligne directrice.

Les membres de l'équipe de recherche et d'élaboration des pratiques exemplaires de l'AIIO compilent les réponses au questionnaire et font une synthèse des commentaires. Avec le comité d'experts, l'AIIO examine et considère tous les commentaires et, au besoin, modifie le contenu de la ligne directrice et ses recommandations avant la publication pour tenir compte des commentaires reçus.

Les réviseurs intervenants ont consenti à la publication de leur nom et de leurs renseignements pertinents dans la présente ligne directrice.



# Contexte

## Crise

Une crise est une réponse limitée dans le temps à un événement de la vie qui dépasse les mécanismes habituels d'adaptation d'une personne. Elle survient en réponse à des facteurs situationnels, développementaux, biologiques, psychologiques, socioculturels et/ou spirituels (Caplan, 1964; ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 1999). Lorsqu'une personne traverse une crise, elle peut éprouver des sentiments intenses de détresse personnelle (p. ex., anxiété, dépression, colère, panique et désespoir), présenter des changements dans son fonctionnement (p. ex., hygiène personnelle négligée ou comportement inhabituel) et/ou vivre d'autres événements négatifs qui entraînent des effets néfastes (p. ex., perturbations des relations personnelles et des conditions de vie, perte d'autonomie et victimisation) (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2009). Une crise peut comprendre une perte ou un changement qui menace et affecte le sentiment de sécurité, le concept de soi, l'efficacité personnelle et l'estime de soi d'un individu (Jakubec, 2014). Les personnes qui ont vécu une crise ou plusieurs crises au cours de leur vie peuvent avoir des difficultés à réguler leurs émotions et à naviguer dans leurs relations et peuvent éprouver des sentiments de honte, de désespoir et d'impuissance (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2014).

Les personnes en situation de crise sont plus ouvertes et plus réceptives aux interventions qu'elles ne le sont en période de fonctionnement stable (Caplan, 1964). Une situation de crise peut offrir une opportunité d'évolution et de croissance personnelle, permettant à la personne de devenir résiliente et positive, ainsi que d'avoir un sentiment d'espoir pour l'avenir (da Silva, Siegmund et Bredemeier, 2015). Néanmoins, une stabilisation rapide de la crise est nécessaire pour atténuer toute autre conséquence négative possible pour la personne.

## Types de crise

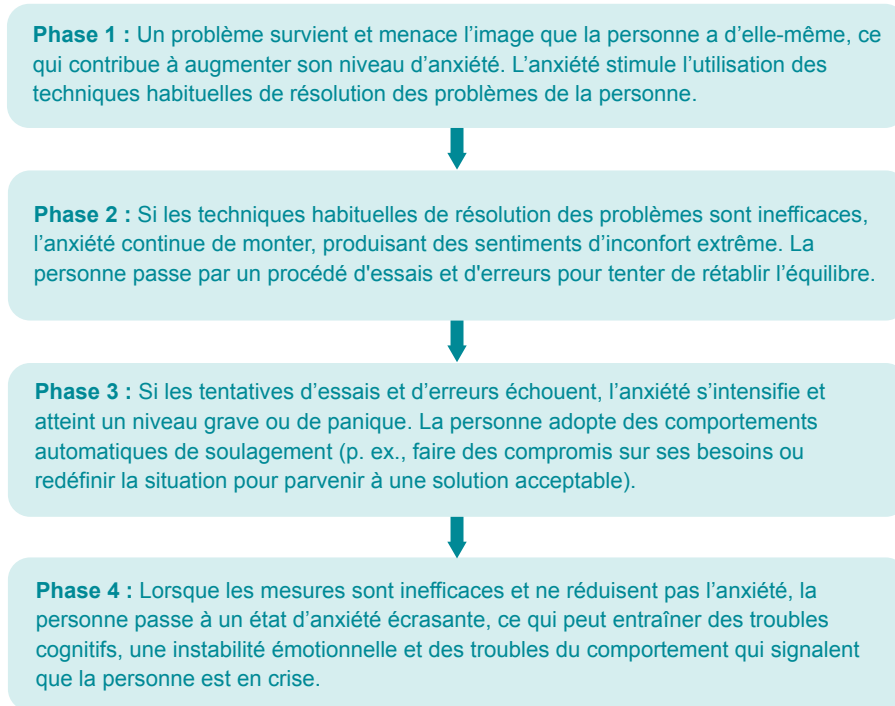
Les crises peuvent être classées en trois catégories : 1) de développement ou de maturation, 2) situationnelle et 3) due à une catastrophe ou à un événement fortuit. L'événement en lui-même peut ne pas produire une réponse de crise : c'est l'agencement des circonstances, les perceptions de l'événement et le manque de ressources pour y faire face qui a la capacité de provoquer une crise (da Silva et coll., 2015).

1. **Crise de développement ou de maturation.** Une crise de développement ou de maturation peut survenir au cours d'une étape de développement de la vie où les changements physiques, cognitifs, instinctifs et sexuels créent chez une personne un conflit interne qui déclenche une crise. La réaction à cette crise peut entraîner une croissance ou une régression psychologique (Jakubec, 2014). Il s'agit par exemple d'événements majeurs de la vie tels que le départ du domicile familial à la fin de l'adolescence, le mariage, la naissance d'un enfant, la retraite et le décès d'un parent (Jakubec, 2014). La phase de développement représente une période de vulnérabilité accrue et une occasion de croissance et de développement. Le développement de nouveaux mécanismes d'adaptation et de soutien peut renforcer la résilience d'une personne pour la suite de sa vie.
2. **Crise situationnelle.** Une crise situationnelle en réponse à des événements extérieurs et imprévus, tels que la perte ou le changement d'emploi, le décès d'un proche, des problèmes financiers, l'exacerbation d'une maladie chronique ou l'expérience d'une maladie soudaine (Jakubec, 2014). Ces événements situationnels stressants peuvent se transformer en crise si la personne qui les subit manque de ressources et de soutien. Lorsque les personnes bénéficient d'un soutien adéquat, d'une bonne santé émotionnelle, mentale et physique, d'une capacité à comprendre et à faire face à la signification de l'événement stressant, ainsi que d'un sentiment de sécurité, elles peuvent surmonter ce type de crise.
3. **Crise due à une catastrophe ou à un événement fortuit.** Une crise due à une catastrophe ou à un événement fortuit (inattendu, non planifié ou aléatoire) résulte d'événements qui ne font pas partie de la vie quotidienne (comme les catastrophes naturelles ou les crimes violents). Ces crises peuvent menacer la survie. Le fait de vivre ces événements ou d'en être témoin peut également dépasser la capacité d'une personne à faire face. De tels événements peuvent remettre en question les hypothèses de base et la vision du monde d'une personne, accroître sa vulnérabilité et causer des dommages psychologiques durables (Jakubec, 2014).

## Phases de la crise

L'expérience d'une crise se déroule en quatre phases distinctes, telles que déterminées par Caplan (1964).

Figure 1 : Phases de la crise



Sources : adapté de Jakubec (2014) et de Lasiuk, Hegadoren et Austin (2015).

## Signes et symptômes de crise

Les signes et les symptômes de la crise sont propres à chaque personne. Certains signalent peu de problèmes, d'autres en signalent beaucoup. Le **tableau 4** présente certains des signes et symptômes souvent signalés lors d'un événement de crise. Les événements traumatisants qui dépassent les capacités de réaction et d'adaptation de la personne peuvent causer des dommages psychologiques durables, y compris le risque de trouble de stress post-traumatique (TSPT) (Goldner, Jenkins, Palma et Bilsker, 2011; Poole, Urquhart, Jasiura, Smylie et Schmidt, 2013). D'autres ont des réactions prolongées de symptômes aigus à des conséquences plus graves ou durables sur la santé mentale, notamment des troubles de l'anxiété, des troubles de l'humeur et de la consommation de substances, ainsi que des problèmes médicaux comme l'arthrite, les maux de tête et les douleurs chroniques (SAMHSA, 2014).



**Tableau 4 : Signes et symptômes de crise**

SIGNES ET SYMPTÔMES DE CRISE	
Incapacité à répondre aux besoins fondamentaux	Incohérence
Diminution du recours au soutien social	Dépression
Résolution inadéquate des problèmes	Haine de soi
Incapacité à suivre l'information	Sensation d'étrangeté
Isolement	Perception d'un manque de contrôle
Déni	Pleurs
Réponse de sursaut exagérée	Chagrin/tristesse
Hypervigilance	Irritabilité
Attaques de panique	État de vigilance ou de nervosité
Sensation d'engourdissement	Symptômes physiques (tremblements, maux de tête, fatigue, perte d'appétit, ainsi que maux et douleurs)
Confusion	

Sources : Jakubec, 2014; Organisation mondiale de la santé (OMS), War Trauma Foundation et World Vision International, 2013.



## Cadre directeur

### Approches tenant compte des traumatismes

Les approches tenant compte des traumatismes sont fondées sur la prise en considération que de nombreuses personnes accédant à des services de santé et services sociaux ont vécu des traumatismes (Poole et coll., 2013). Les approches tenant compte des traumatismes ne sont pas axées sur le traitement ni sur la divulgation des événements, mais appliquées universellement pour faire en sorte que les personnes ne soient pas traumatisées davantage pendant leur accès aux soins et qu'elles puissent apprendre et croître dans un contexte positif et relationnel (Poole et coll., 2013). Les approches tenant compte des traumatismes sont fondées sur des principes de pratique, notamment la sécurité, la confiance, la collaboration et le choix, l'autonomisation, ainsi que la consolidation des forces et des compétences. L'application de ces approches nécessite la prise en compte des enjeux culturels, historiques et de genre. En outre, la participation des personnes ayant subi un traumatisme aux décisions concernant le type, le rythme et l'étendue du soutien qu'elles reçoivent est tenue en estime et respectée.

La sensibilisation aux traumatismes<sup>G</sup> est une composante importante des approches fondées sur les traumatismes. Elle met en évidence la banalité des expériences traumatiques, la façon dont l'impact du traumatisme peut être central dans le développement d'une personne, le large éventail d'adaptations pour faire face et survivre après un traumatisme, ainsi que la relation du traumatisme avec la consommation de substances et la santé physique et mentale (Poole et coll., 2013).

Le **tableau 5** présente les six principes clés des approches tenant compte des traumatismes, principes adoptés de la SAMHSA (2014a). Chaque recommandation de ces lignes directrices est liée à ces principes et aide les organisations et les fournisseurs de soins de santé à fournir des services tenant compte des traumatismes.

**Tableau 5 : Principes clés d'une approche tenant compte des traumatismes**

PRINCIPES CLÉS D'UNE APPROCHE TENANT COMPTE DES TRAUMATISMES	
<b>1. Sécurité</b>	Dans toute l'organisation, le personnel et les personnes qu'il sert se sentent physiquement et psychologiquement en sécurité; le cadre physique est sûr et les interactions interpersonnelles favorisent un sentiment de sécurité. La compréhension de la sécurité telle qu'elle est définie par les personnes desservies est une priorité absolue.
<b>2. Fiabilité et transparence</b>	Les opérations et les décisions de l'organisation sont menées avec transparence dans le but d'établir et de maintenir la confiance avec les personnes et les membres de leur famille, ainsi que parmi le personnel et les autres personnes impliquées dans l'organisation.
<b>3. Soutien par les pairs</b>	Le soutien par les pairs et l'entraide mutuelle sont des vecteurs essentiels pour établir la sécurité et l'espoir, instaurer la confiance, renforcer la collaboration ainsi qu'utiliser leurs histoires et leur expérience vécue pour promouvoir le rétablissement et la guérison. Le terme « pairs » désigne les personnes ayant vécu un traumatisme. Les pairs ont également été appelés « survivants de traumatismes ».
<b>4. Collaboration et mutualité</b>	L'accent est mis sur le partenariat et l'aplanissement des différences de pouvoir entre le personnel et les personnes, ainsi qu'entre les membres du personnel de l'organisation, qu'il s'agisse du personnel de bureau et d'entretien, du personnel professionnel ou du personnel d'administration, démontrant ainsi que la guérison se produit dans les relations et dans le partage significatif du pouvoir et de la prise de décision. L'organisation reconnaît que chacun a un rôle à jouer dans une approche tenant compte des traumatismes.

PRINCIPES CLÉS D'UNE APPROCHE TENANT COMPTE DES TRAUMATISMES	
<b>5. Autonomisation, voix et choix</b>	<p>Dans toute l'organisation et parmi les personnes desservies, les forces et les expériences des individus sont reconnues et mises à profit. L'organisation encourage la croyance en la primauté des personnes desservies, en la résilience et en la capacité des personnes, des organisations et des communautés à guérir et à promouvoir le rétablissement après un traumatisme. L'organisation comprend que l'expérience du traumatisme peut être un aspect unificateur dans la vie de ceux qui dirigent l'organisation, qui fournissent les services et/ou qui viennent à l'organisation pour obtenir de l'aide et du soutien. À ce titre, les opérations, le développement du personnel et les services sont organisés de manière à favoriser l'autonomisation du personnel et des personnes. Les organisations comprennent l'importance des différences de pouvoir et les façons dont les personnes, historiquement, ont été réduites dans leur voix et leur choix et sont souvent les destinataires de traitements coercitifs. Les personnes sont soutenues dans la prise de décision partagée ainsi que le choix et la fixation d'objectifs afin de déterminer le plan d'action dont elles ont besoin pour guérir et aller de l'avant. Elles sont soutenues dans l'acquisition de compétences en matière de défense de leurs intérêts. Le personnel est un facilitateur plutôt qu'un contrôleur de la guérison. Le personnel a les moyens de faire son travail aussi bien que possible grâce à un soutien organisationnel adéquat. Il s'agit d'un processus parallèle, car le personnel a besoin de se sentir en sécurité tout autant que les personnes qui reçoivent des services.</p>
<b>6. Enjeux culturels, historiques et de genre</b>	<p>L'organisation dépasse activement les stéréotypes et les préjugés culturels (fondés sur la race, l'origine ethnique, l'orientation sexuelle, l'âge, la religion, l'identité sexuelle, la géographie); elle offre un accès à des services adaptés aux besoins des femmes et des hommes; elle tire parti de la valeur curative des liens culturels traditionnels; elle intègre des politiques, des protocoles et des processus qui répondent aux besoins raciaux, ethniques et culturels des personnes desservies; elle reconnaît et traite les traumatismes historiques.</p>

Réimprimé à partir de *Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach* de la SAMHSA, 2014, p. 11. Droits d'auteur 2014 de la SAMHSA. Réimpression autorisée.

## Valeurs directrices

Les valeurs directrices suivantes, qui ont été adaptées des *Core Elements in Responding to Mental Health Crises* (2009) par le comité d'experts de l'AIIAO avec la permission de SAMHSA, sont à la base des recommandations de la présente Ligne directrice. Le respect de ces valeurs et principes soutient la personne en crise et constitue une partie essentielle des soins. Les recommandations inscrites dans la présente ligne directrice sont éclairées par les valeurs directrices suivantes :

1. **Évitement des dommages.** Les membres de l'équipe interprofessionnelle s'efforcent d'assurer la sécurité physique et psychologique de la personne en crise, de sa famille, ainsi que du membre du personnel infirmier et/ou du fournisseur de soins de santé. La personne en crise sera traitée avec respect à tout moment.
2. **Intervenir de manière axée sur la personne.** Les membres de l'équipe interprofessionnelle cherchent à comprendre la personne, sa situation, ses objectifs, ses besoins et ses préférences en matière de soutien, ainsi que la manière dont ils peuvent être intégrés dans la réponse à la crise et utilisés pour fournir les interventions qui répondent le mieux à ses besoins.
3. **Partage de la responsabilité.** Les membres de l'équipe interprofessionnelle collaborent avec les personnes en situation de crise pour les aider à reprendre le contrôle de leur vie. Ils travaillent également avec les personnes en situation de crise pour les faire participer activement à leurs soins.
4. **Prise en compte des traumatismes.** Les membres de l'équipe interprofessionnelle reconnaissent et comprennent les répercussions des antécédents traumatiques sur la vie des personnes en situation de crise.
5. **Établissement d'un sentiment de sécurité personnelle.** Les membres de l'équipe interprofessionnelle travaillent avec les personnes en situation de crise pour établir une sécurité personnelle, un sentiment de sécurité et une compréhension de ce qui peut augmenter les sentiments de vulnérabilité. Le fournisseur prend le temps de comprendre les besoins de la personne en crise et s'efforce d'y répondre.
6. **Exploitation des forces.** Les membres de l'équipe interprofessionnelle travaillent avec une personne en situation de crise pour élaborer des plans fondés sur les compétences et les forces de chacun. Idéalement, la personne est considérée comme le leader, mais est à tout le moins un partenaire actif dans la résolution de la crise grâce à l'utilisation d'une approche exploitant les forces pour renforcer la résilience et la capacité à gérer soi-même les crises futures.
7. **Considération de personne dans son ensemble.** Les membres de l'équipe interprofessionnelle comprennent qu'une personne en crise est une personne entière avec des besoins multiples. Le fournisseur comprend que les interventions en situation de crise ne se limitent pas aux seuls services de soins de santé, mais qu'elles peuvent également répondre à d'autres préoccupations, comme les déterminants sociaux de la santé.
8. **Considération de la personne comme source crédible.** Les membres de l'équipe interprofessionnelle sont respectueux de la personne en crise et la considèrent comme une source d'information crédible pour comprendre ce qui est important pour elle et pour déterminer ses forces et ses besoins.
9. **Rétablissement, résilience et soutiens naturels.** Les fournisseurs de soins de santé travaillent avec des personnes en voie de rétablissement et de résilience et ils intègrent ces valeurs dans leurs soins. Les interventions qui préservent la dignité, favorisent un sentiment d'espoir et encouragent l'engagement sont encouragées.
10. **Prévention.** Les fournisseurs de soins de santé travaillent avec les personnes pour faire en sorte que les crises ne se reproduisent pas. Pour ce faire, ils évaluent et examinent les facteurs qui ont contribué à la crise et répondent aux besoins non satisfaits de la personne.

11. **Fourniture des services de la manière la moins restrictive possible.** La gestion de crise est fournie aux personnes de la manière la moins restrictive possible, en évitant le recours à la coercition et en préservant les liens de la personne avec son monde (c'est-à-dire que la personne n'est pas isolée de ses réseaux habituels de soutien et est encouragée à prendre contact avec des professionnels extérieurs, sa famille et ses amis qui peuvent lui apporter un soutien).
12. **Respect des droits.** Les membres de l'équipe interprofessionnelle promeuvent [traduction] « le droit de la personne à la confidentialité, le droit à un conseil juridique, le droit de ne pas faire l'objet d'un isolement ni d'une contention injustifiés, le droit de partir, le droit pour un mineur de recevoir des services sans notification parentale, le droit de voir ses directives anticipées prises en compte, le droit de parler à un ombudsman et le droit de prendre des décisions éclairées concernant les médicaments » (SAMHSA, 2009, p. 11). Plus important encore, ils promeuvent le droit de la personne à être entendue. Le rôle du fournisseur est de servir de défenseur des personnes et de veiller à ce que leurs droits soient respectés.



# Recommandations relatives à la pratique

## QUESTION DE RECHERCHE N° 1 :

**Quelles sont les interventions efficaces et tenant compte des traumatismes qui peuvent être utilisées par le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle auprès des adultes en situation de crise?**

### RECOMMANDATION 1.1 :

Utiliser des approches d'intervention brève avec les personnes en crise pour réduire les symptômes de la crise et augmenter la motivation en faveur du changement et d'autres améliorations de la santé.

**Principes tenant compte des traumatismes :** la sécurité, la collaboration et la mutualité, ainsi que l'autonomisation, la voix et le choix

**Niveau de pertinence du résumé :** lb

**Qualité des données probantes du résumé :** élevée = 1 étude; moyenne = 2 études

## Discussion sur les données probantes :

### Résumé des données probantes

L'intervention brève (IB)<sup>G</sup> se concentre sur la communication entre la personne qui a vécu une crise et le fournisseur de soins de santé. Elle peut inclure des éléments de psychoéducation<sup>G</sup>, de formation à l'adaptation et à l'amélioration des compétences, ainsi que d'entrevue motivationnelle<sup>G</sup> (Des Groseilliers, Marchand, Cordova, Ruzeket Brunet, 2013). La BI peut être utilisée efficacement avec les personnes pour favoriser la détermination des problèmes et offrir la possibilité de cocréer des objectifs à court et à long terme tout en engageant ou en orientant la personne vers un soutien supplémentaire auprès d'autres fournisseurs et services (O'Connor et coll., 2015). La recherche démontre que l'IB précoce fournie par un membre du personnel infirmier, une travailleuse sociale ou un travailleur social en milieu hospitalier peut servir à réduire les symptômes de crise dans les semaines et les mois qui suivent l'exposition au traumatisme (Brunet, Des Groseilliers, Cordova et Ruzek, 2013; Des Groseilliers et coll., 2013; O'Connor et coll., 2015). Par exemple, l'IB améliore la motivation et la disposition au changement, aidant les personnes ayant des idées suicidaires à voir plus de raisons de vivre (O'Connor et coll., 2015). La littérature indique en outre que l'IB améliore le fonctionnement et diminue les symptômes liés à la crise jusqu'à trois mois après l'épisode de crise (Brunet et coll., 2013). L'utilisation systématique de l'IB en situation d'urgence chez les survivants de traumatismes présentant des symptômes de TSPT démontre des taux de récupération accélérés (Des Groseilliers et coll., 2013).

### Avantages et inconvénients

Les avantages de l'IB penchent vers la stabilisation d'une personne en crise. Cependant, l'urgence d'un suivi et d'un aiguillage est accrue lors de la mise en œuvre de l'IB pour gérer la crise précédant ou suivant une tentative de suicide. Le fournisseur doit dépister le risque de suicide, créer des plans de sécurité et mettre la personne en contact avec les ressources et/ou les fournisseurs appropriés. D'autres ressources approfondies sur l'évaluation du risque de suicide et les interventions sont présentées dans le **tableau 6**.

### Valeurs et préférences

Le comité d'experts de l'AIIAO accorde une grande importance à l'utilisation efficace de l'IB. La communication centrée sur la personne doit être utilisée par le fournisseur lors de la conduite du BI. Quelques exemples de techniques de communication efficaces sont présentés dans le **tableau 6**. Le personnel infirmier devrait chercher à obtenir de l'information et une formation appropriées, ainsi que s'efforcer d'intégrer l'IB dans sa pratique clinique avant de l'utiliser

avec les personnes. En outre, lorsqu'il est question de crises, le terme « symptômes » est interchangeable avec d'autres termes selon le point de vue de la personne et de l'intervenant : par exemple, les personnes ayant une expérience vécue peuvent reconnaître les symptômes comme des « expériences » de crise, tandis que les policières et policiers peuvent reconnaître les symptômes comme des « indicateurs » de crise.

**Tableau 6 : Ressources justificatives**

RESSOURCE	DESCRIPTION/EXTRAIT
<p><b>Acronyme FRAMES</b></p> <p>Source : Miller, W. R, Sanchez, V.C. (1994). « Motivating young adults for treatment and lifestyle change ». Dans G. S. Howard et P. E. Nathan (éd.), <i>Alcohol use and misuse by young adults</i> (p. 55-81). Notre Dame (Indiana) : University of Notre Dame Press.</p>	<p>L'acronyme FRAMES résume les composantes de l'IB et reflète les principes de sécurité, d'autonomisation et de choix, et de collaboration, propres aux traumatismes :</p> <p><b>F</b> (« feedback », ou rétroaction) : une rétroaction est donnée à la personne sur le risque/la déficience personnelle;</p> <p><b>R</b> (responsabilité) : la responsabilité de prendre ses propres décisions incombe à la personne;</p> <p><b>A</b> (« advice », ou conseils) : des conseils de changement sont donnés par le fournisseur;</p> <p><b>M</b> (menu) : un menu d'options d'adaptation est proposé aux participants;</p> <p><b>E</b> (empathie) : un style empathique est utilisé dans les conseils;</p> <p><b>S</b> (« self-efficacy », ou auto-efficacité) : l'auto-efficacité ou l'autonomisation optimiste est engendrée chez la personne.</p>
<p><b>Vidéo sur le dépistage et l'intervention brève de l'AIIAO</b></p>	<p>Cette vidéo de formation en ligne montre l'interaction avec un patient tout au long du processus de BI.</p> <p>Accessible (en anglais) à la page Web : <a href="https://www.youtube.com/watch?v=OpwkG2BXvuY&amp;feature=youtu.be">https://www.youtube.com/watch?v=OpwkG2BXvuY&amp;feature=youtu.be</a>.</p>
<p><b>Techniques de communication</b></p> <p>Source : The Jean Tweed Centre. (2013). <i>Trauma matters: Guidelines for trauma-informed practices in women's substance use services</i>. Toronto : Auteur.</p>	<p>La ligne directrice <i>Trauma Matters</i> décrit certaines techniques de communication clés pour pratiquer l'IB en tenant compte des traumatismes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ faire preuve d'empathie et de respect;</li> <li>■ parler ouvertement;</li> <li>■ avoir conscience de soi, y compris du langage corporel et des expressions faciales;</li> <li>■ se sentir à l'aise avec l'inconnu;</li> <li>■ rester calme et faire preuve de régulation émotionnelle;</li> <li>■ manifester un intérêt réel en faisant preuve d'une bonne écoute.</li> </ul>
<p><b>Lignes directrices sur les problèmes de santé spécifiquement liés au stress</b></p> <p>Source : OMS. (2013). <i>Guidelines for the management of conditions specifically related to stress</i>. Genève (Suisse) : Auteur.</p>	<p>Cette recommandation est soutenue par cette directive de qualité modérée de l'OMS qui recommande également une intervention psychologique précoce (y compris l'IB) dans le premier mois suivant un événement potentiellement traumatique pour les adultes présentant des symptômes de stress traumatique aigu et une altération du fonctionnement quotidien.</p> <p>Accessible (en anglais) à la page Web : <a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf?ua=1">http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf?ua=1</a>.</p>

## RECOMMANDATION 1.2 :

Aider les personnes en situation de crise à s'engager de manière significative et sûre dans un processus de verbalisation suivant un incident critique dans les 24 à 72 heures suivant la crise, afin de réduire la détresse et d'améliorer la santé mentale.

**Principes tenant compte des traumatismes :** l'autonomie, la voix et le choix

**Niveau de pertinence du résumé :** Ib et V

**Qualité des données probantes du résumé :** moyenne = 1 étude

## Discussion sur les données probantes :

### Résumé des données probantes

La séance de verbalisation suivant un incident critique (SVIC)<sup>G</sup> est une méthode d'intervention en situation de crise à court terme visant à réduire la détresse et à améliorer la santé mentale des personnes en situation de crise (Li et Xu, 2012). Les objectifs de la SVIC sont d'atténuer l'impact de l'incident, de faciliter les processus de récupération et de rétablir les fonctions d'adaptation. La SVIC a été associée à une réduction de la détresse psychologique et des symptômes psychologiques négatifs, notamment la somatisation (anxiété liée aux symptômes physiques), les comportements obsessionnels-compulsifs, la dépression et l'anxiété chez les membres de la famille qui ont vécu la crise de voir un être cher dans un état végétatif (Li et Xu, 2012). Il a été démontré que la SVIC est reproductible, facile à mettre en œuvre et rentable pour réduire la détresse psychologique et la perception du stress (Li et Xu, 2012). Aucune étude comparant la SVIC à d'autres approches n'a été trouvée. Des recherches sont nécessaires pour déterminer si la SVIC est plus efficace que d'autres formes d'interventions psychologiques (Li et Xu, 2012).

Le comité d'experts de l'AIIAO et la littérature suggèrent que la SVIC devrait être facilitée par un fournisseur de soins de santé et se produire de 24 et 72 heures après un incident (Li et Xu, 2012). La SVIC est généralement menée sous la forme d'une brève session qui peut durer de une à cinq heures, et elle est menée avec une personne à la fois ou comme intervention de groupe (Li et Xu, 2012). Pour en savoir plus sur la SVIC en tant que processus, voir le **tableau 7**.

### Avantages et inconvénients

Le comité d'experts de l'AIIAO note que la séance de verbalisation d'une situation de crise peut déclencher des résultats émotionnels négatifs et entraver temporairement la capacité d'une personne à retrouver un état antérieur à la crise. Dans ce cas, les fournisseurs de soins de santé doivent offrir à la personne le choix d'arrêter cette intervention. Avant d'utiliser cette approche, il est conseillé de procéder à une évaluation de la SVIC spécifique à la situation de la personne afin de peser les avantages et les inconvénients qui peuvent découler de la séance de verbalisation.

### Valeurs et préférences

La littérature démontre que les travailleurs sociaux qui ont vécu un incident critique<sup>G</sup> au travail considèrent la SVIC comme faisant partie intégrante de la guérison (Pack, 2012). Un soutien massif a été apporté à un modèle global de gestion du stress à la suite d'un incident critique (GSIC), qui comprend la SVIC et des composantes supplémentaires, comme le soutien par les pairs (Pack, 2012). Pour plus d'information sur les étapes de la GSIC, voir l'**annexe L**.

Le comité d'experts souligne que le processus de mise en œuvre de la SVIC est flexible (c'est-à-dire qu'il peut être utilisé sous forme de thérapie narrative). En outre, la SVIC nécessite une formation spécialisée, et le personnel infirmier doit obtenir une formation et des compétences appropriées avant d'incorporer cette intervention dans la pratique clinique.



**Tableau 7 : Ressources justificatives**

RESSOURCE	DESCRIPTION/EXTRAIT
<p><b>Article fondateur décrivant la SVIC comme un processus</b></p> <p>Source : Mitchell, J. T. (1983). « When disaster strikes... the critical incident stress debriefing process ». <i>JEMS: A Journal of Emergency Medical Services</i>, 8(1), 36–39.</p>	<p>L'article décrit les éléments essentiels de la SVIC, notamment la manière dont elle doit être utilisée en combinaison avec d'autres services d'intervention en situation de crise, d'information et de soutien. Ces services incluent l'orientation vers d'autres fournisseurs de soins de santé, si nécessaire.</p> <p>Une vue d'ensemble des sept étapes de la SVIC utilisée par les fournisseurs se trouve à l'<b>annexe E</b>.</p>
<p><b>Institut de la justice de la Colombie-Britannique</b></p> <p>Source : Justice Institute of British Columbia. (2016). <i>Programs &amp; courses</i>. Ressource consultée sur la page Web <a href="http://www.jibc.ca/programs-courses">http://www.jibc.ca/programs-courses</a>.</p>	<p>Exemple d'organisme canadien qui offre une formation et une certification en matière de SVIC.</p> <p>Accessible à la page Web : <a href="http://www.jibc.ca/programs-courses">http://www.jibc.ca/programs-courses</a>.</p>

### RECOMMANDATION 1.3 :

Créer des plans de crise en collaboration avec les personnes en situation de crise en utilisant des approches basées sur les points forts.

**Principes tenant compte des traumatismes :** la sécurité, la collaboration et la mutualité, ainsi que l'autonomisation, la voix et le choix

**Niveau de pertinence du résumé :** Ib et IV

**Qualité des données probantes du résumé :** élevée = 1 étude; moyenne = 3 études

## Discussion sur les données probantes :

### Résumé des données probantes

La création de plans de crise<sup>G</sup> (également appelés « plans de réconfort » ou « plans de sécurité ») en collaboration avec les personnes en situation de crise est efficace pour établir une sécurité, répondre aux peurs, identifier les mécanismes d'adaptation et réduire les taux d'admission en traitement involontaire (Ruchlewska et coll., 2014; Tetterton et Farnsworth, 2011). Les études soulignent l'importance pour les fournisseurs de travailler en collaboration avec les personnes afin de cocréer des plans de crise et de participer à l'établissement des objectifs futurs, car cela donne du pouvoir aux personnes et permet leur engagement actif, ce qui fait écho aux principes des approches tenant compte des traumatismes (Gudde et coll., 2013; Hootz, Mykotet Fauchoux, 2016; Tetterton et Farnsworth, 2011). D'autres données laissent penser que la planification collaborative de la crise peut diminuer les admissions volontaires, les visites et les admissions aux urgences, les visites aux urgences en ambulatoire et les traitements involontaires (Ruchlewska et coll., 2014).

Il est essentiel d'établir des plans de crise au premier contact (p. ex., lors d'un premier rendez-vous ou d'un contact avec le service des urgences), car la personne en crise peut ne pas avoir la capacité ou le choix de revenir pour des rendez-vous de suivi en raison de circonstances personnelles (p. ex., les femmes qui subissent la violence d'un partenaire intime<sup>G</sup> peuvent avoir des problèmes de sécurité pour accéder aux soins) (Tetterton et Farnsworth, 2011). Le plan de crise doit cerner les objectifs de

la personne, ses points forts, les obstacles à l'atteinte de ses objectifs, les déclencheurs ou les signes d'alerte qui contribuent à un événement de crise, et les mécanismes d'adaptation; il doit également déterminer quand et où la personne doit chercher un soutien personnel et professionnel (Tetterton et Farnsworth, 2011). Les autres renseignements du plan de crise peuvent varier et sont déterminés par les besoins de la personne.

Des études démontrent l'importance et les effets de l'utilisation par les fournisseurs d'approches exploitant les forces dans la planification des soins (Gudde et coll., 2013; Hootz et coll., 2016; Powell et Leytham, 2014). L'utilisation d'approches exploitant les forces permet un engagement actif dans les soins et donne l'occasion d'apprendre de nouvelles méthodes d'adaptation et de gestion des situations difficiles qui pourraient induire une crise, ce qui permet de renforcer la résilience (Hootz et coll., 2016). Les approches exploitant les forces utilisent les forces d'une personne et s'efforcent de réduire ses vulnérabilités, d'atteindre des niveaux optimaux d'indépendance et de promouvoir des modes de vie plus sains (Hootz et coll., 2016). Dans ces modèles, les personnes sont encouragées à utiliser leurs propres forces et leurs propres épreuves afin d'évoluer vers une plus grande stabilité et une plus grande indépendance face aux problèmes auxquels elles sont confrontées (Hootz et coll., 2016).

### Avantages et inconvénients

Outre les avantages de la création de plans de crise décrits dans le « Résumé des données probantes », les fournisseurs de soins de santé sont en mesure de comprendre la situation unique de la personne, d'évaluer plus efficacement le risque qu'elle représente et de fournir des interventions précoces pour prévenir toute crise future (Tetterton et Farnsworth, 2011). Les effets négatifs potentiels peuvent être l'anxiété chez les personnes ayant vécu une crise, qui découle de l'incapacité à répondre aux attentes décrites dans le plan de crise.

### Valeurs et préférences

Parmi les personnes qui ont vécu une crise, les préférences en matière de fixation d'objectifs et de planification sont les suivantes :

- la nécessité pour la personne d'être responsabilisée et active dans la mise en place de mesures pour se protéger;
- l'importance de cerner ses points forts et ses mécanismes d'adaptation actuels, ainsi que d'enrichir sa boîte à outils de stratégies positives;
- le désir de rencontrer des fournisseurs familiers et de confiance qui savent ce dont la personne a besoin en période de crise;
- le besoin d'être pris au sérieux;
- l'importance de créer des objectifs de changement et de rétablissement, plutôt que de se concentrer sur la maladie et les diagnostics (Gudde et coll., 2013; Tetterton et Farnsworth, 2011).

Le comité d'experts de l'AIIAO a accordé une grande importance aux domaines suivants pour favoriser un engagement réussi auprès des personnes en situation de crise et la mise en œuvre de la recommandation :

- l'évaluation du plan de crise et des objectifs, en tant que processus continu, doit être effectuée avec les personnes lors de chaque visite clinique ultérieure;
- les plans de crise doivent être orientés par les souhaits des personnes qui ont vécu une crise et doivent être rédigés dans leurs propres mots afin de soutenir l'engagement de la personne à mettre en œuvre les plans;
- les fournisseurs doivent explorer les facteurs contributifs ou les déclencheurs potentiels d'une crise pendant l'évaluation et doivent utiliser les forces de la personne lors de l'élaboration de plans de crise personnalisés. Par exemple, une personne peut identifier des stratégies d'autoapaisement en collaboration avec le fournisseur dans le but de prendre conscience des déclencheurs de traumatismes.

La création du plan de crise en collaboration avec la personne n'est pas l'apanage du fournisseur de soins de santé, et le plan peut être adapté par les membres de l'équipe interprofessionnelle, le cas échéant.

**Tableau 8 : Ressources justificatives**

RESSOURCE	DESCRIPTION/EXTRAIT
<p><b>Questions pratiques pour guider les soins exploitant les forces</b></p> <p>Source : Poole, N., Urquhart, C., Jasiura, F., Smylie, D. et Schmidt, R. (2013). <i>Trauma- informed practice guide</i>. Ressource consultée sur la page Web <a href="http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf">http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf</a>.</p>	<p>Les fournisseurs peuvent trouver ces questions pratiques utiles pour guider un plan de crise exploitant les forces d'une personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Comment avez-vous réussi à traverser des périodes difficiles dans votre vie?</li> <li>■ Que ou qui sont vos soutiens?</li> <li>■ Quelle est la source de votre force?</li> <li>■ D'après vos amis, quelles sont vos plus grandes forces?</li> <li>■ Qu'est-ce qui vous pousse à continuer? Quels sont vos espoirs pour l'avenir? Quels sont vos intérêts ou vos passions? Que faites-vous déjà pour prendre soin de vous?</li> </ul>
<p><b>Déclarations explicites de collaboration et de choix.</b></p> <p>Source : Poole, N., Urquhart, C., Jasiura, F., Smylie, D. et Schmidt, R. (2013). <i>Trauma- informed practice guide</i>. Récupéré de <a href="http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf">http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf</a>.</p>	<p>Les fournisseurs peuvent utiliser ces déclarations pour stimuler la collaboration et permettre à la personne en situation de crise de faire des choix :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ J'aimerais mieux comprendre votre point de vue.</li> <li>■ Regardons ça ensemble.</li> <li>■ Essayons de trouver le programme qui vous convient le mieux.</li> <li>■ Quelle est la chose qui vous importe le plus et par laquelle nous devrions commencer?</li> <li>■ N'hésitez pas à me faire part de votre ressenti à tout moment.</li> <li>■ Cette option peut vous convenir ou non. C'est à vous de voir.</li> <li>■ Dites-moi à tout moment si vous avez besoin d'une pause ou si quelque chose vous gêne.</li> </ul>
<p><b>Modèle de plan d'action</b></p>	<p>L'annexe F présente un exemple de modèle de plan de crise qui vise à saisir le point de vue de la personne qui a vécu la crise.</p>

## RECOMMANDATION 1.4 :

Simplifier l'accès des personnes en situation de crise au soutien communautaire de proximité (y compris les visites de proximité et les équipes mobiles de crise), ainsi qu'aux fournisseurs de soins de santé appropriés, aux travailleurs de soutien par les pairs et aux services de santé mentale et de toxicomanie.

**Principes tenant compte des traumatismes :** la sécurité, la fiabilité et la transparence, ainsi que la collaboration et la mutualité

**Niveau de pertinence du résumé :** IIb, IV et V

**Qualité des données probantes du résumé :** élevée = 1 étude; moyenne = 3 études

## Discussion sur les données probantes :

### Résumé des données probantes

L'accès à un soutien communautaire de proximité, que ce soit par des visites de proximité ou des interventions d'équipes mobiles de crise, a été associé à une amélioration des résultats. Des données probantes démontrent que les visites de proximité précoces sont associées à un meilleur accès aux fournisseurs de soins de santé (Boudreaux et coll., 2015; Haga, Stene, Wentzel-Larsen, Thoresen et Dyb, 2015). L'accès aux visites de proximité a amélioré le respect des rendez-vous de suivi avec les médecins généralistes ou les cliniques de santé mentale, en plus de réduire les visites inutiles aux urgences pour une crise psychiatrique (Boudreaux et coll., 2015; Haga et coll., 2015).

Les équipes mobiles de crise (également connues sous le nom d'équipes de résolution des crises<sup>6</sup>) sont le plus souvent composées de plusieurs professions qui fournissent des soins interprofessionnels. Des données probantes démontrent que les équipes spécifiquement composées de fournisseurs de soins de santé mentale et de policiers sont plus engagées et plus solidaires sur une courte période, en plus d'être en mesure de transmettre l'information aux services hospitaliers de manière efficace et sans heurts (Evangelista et coll., 2016). Les équipes mobiles de crise ont démontré un haut degré de satisfaction chez les personnes en situation de crise en raison de la nature multidisciplinaire de l'équipe (Evangelista et coll., 2016). La présence du fournisseur de soins de santé a permis une désescalade efficace, le repérage des signes d'alerte potentiels et la communication de manière bienveillante et empathique; la présence de la police a maintenu la sécurité physique de la personne et du ou des fournisseurs de soins de santé (Evangelista et coll., 2016). Les fournisseurs de services de proximité peuvent inclure des travailleurs de soutien par les pairs : les travailleurs de soutien par les pairs qui effectuent des visites à domicile pour les pères endeuillés ont démontré l'effet de leur soutien sur l'adaptation individuelle à la perte et au rétablissement (Aho, Tarkka, Åstedt-Kurki, Sorvariet Kaunonen, 2011). Le comité d'experts de l'AIIAO recommande que les fournisseurs facilitent l'accès non seulement au soutien communautaire de proximité, mais aussi aux autres fournisseurs de soins de santé appropriés et aux services de santé mentale et de toxicomanie, selon les besoins.

### Avantages et inconvénients

En plus des avantages des équipes de proximité décrits dans le « Résumé des données probantes », les équipes de proximité ont également le potentiel de réduire les visites aux urgences pour des situations de crise psychiatrique (Boudreaux et coll., 2015). Aucun effet néfaste n'a été identifié dans la littérature, bien que le comité d'experts note que la présence de la police peut déclencher des émotions négatives chez certaines personnes en raison d'expériences passées ou perçues avec la police.

### Valeurs et préférences

Les personnes qui ont été approchées par les équipes mobiles de crise ont décrit les équipes comme étant précieuses, flexibles, efficaces et tenant compte de leurs besoins (Evangelista et coll., 2016; Gudde et coll., 2013). En ce qui concerne les équipes mobiles de crise, les personnes souhaitaient également plus de cohérence, de continuité des services et que les services soient facilement disponibles (les personnes ont exprimé que les heures d'ouverture des équipes sont limitées) (Gudde et coll., 2013). Enfin, la rencontre des fournisseurs familiers et de confiance qui savaient ce dont les personnes avaient besoin en période de crise était valorisée (Gudde et coll., 2013).

Le comité d'experts recommande aux fournisseurs travaillant dans les services communautaires de soutien de proximité de se renseigner sur les effets des traumatismes sur les crises et d'utiliser une approche tenant compte des traumatismes. Ils doivent également maintenir une liste et un partenariat actifs avec les services de soutien par les pairs, de santé mentale et de toxicomanie. Le comité d'experts souligne également qu'il convient d'orienter les personnes vers des services de proximité, en reconnaissant que l'accès ou l'utilisation de ces services peut ne pas se produire avant que la personne ne soit prête, car chaque personne vit la crise différemment et peut avoir des capacités et des stratégies d'adaptation différentes, et que les besoins sous-jacents en matière de santé mentale justifient souvent un soutien pour accéder à des ressources (telles que le logement ou l'emploi).

**Tableau 9 : Ressources justificatives**

RESSOURCES	DESCRIPTION/EXTRAIT
Ressources communautaires pour les personnes en situation de crise	L'annexe G décrit certains services gérés par des pairs et des services communautaires et hospitaliers de proximité en matière de santé mentale et de toxicomanie. Les fournisseurs peuvent orienter les personnes en situation de crise vers ces services.

**RECOMMANDATION 1.5 :**

Faire appel à des pairs formés à des approches fondées sur des données probantes, comme les premiers soins psychologiques, pour apporter réconfort et soutien aux personnes en situation de crise.

**Principes tenant compte des traumatismes :** le soutien par les pairs

**Niveau de pertinence du résumé :** Ia, Ib et V

**Qualité des données probantes du résumé :** élevée = 2 études; moyenne = 2 études

## Discussion sur les données probantes :

### Résumé des données probantes

Le soutien par les pairs<sup>G</sup> est efficace pour les personnes ayant vécu une expérience de crise. La recherche sur les frères et sœurs orphelins démontre que le soutien par les pairs améliore la gestion de la perte, le rétablissement et la croissance personnelle (Aho et coll., 2011; Paton et coll., 2016). Le soutien par les pairs a été associé à une augmentation de l'auto-évaluation du rétablissement et de l'incapacité fonctionnelle, à une probabilité accrue de contacter les soins de santé et d'autres services et soutiens, et à la satisfaction à l'égard des soins (Paton et coll., 2016). Bien que Paton et coll. (2016) aient trouvé des données probantes de faible qualité dans leur revue systématique, le comité d'experts de l'AIIAO soutient fermement la formation de travailleurs de soutien par les pairs en tant qu'intervention efficace dans le cadre de la planification holistique des soins pour apporter du confort et soutenir le rétablissement.

Une formation aux premiers secours psychologiques (PSP)<sup>G</sup> (ou premiers soins en santé mentale) est recommandée pour les travailleurs de soutien par les pairs. Les PSP permettent d'acquérir des compétences en matière d'écoute, de réconfort et d'aide à la mise en relation avec les autres, ainsi qu'en matière d'information et de soutien pratique pour répondre aux besoins fondamentaux (Dieljtjens, Moonens, Praet, Buck et Vandekerckhove, 2014; Fox et coll., 2012). Bien que les PSP soient utilisés à l'échelle internationale, les recherches indiquent des résultats mitigés concernant son efficacité (Dieljtjens et coll., 2014; Fox et coll., 2012). Les experts soutiennent que les PSP sont bénéfiques et constituent une intervention acceptable fournie par les travailleurs de soutien par les pairs, mais la littérature met également en garde contre le fait que, puisque les PSP n'incluent pas de formation pour le traitement des problèmes de santé mentale ou de la maladie mentale<sup>G</sup>, ces interventions doivent rester la responsabilité de professionnels de la santé mentale formés (Fox et coll., 2012). D'autres approches de formation qui n'ont pas été trouvées dans la revue systématique peuvent être utiles aux travailleuses et travailleurs de soutien par les pairs. Quelle que soit l'approche, il convient d'utiliser un processus de formation fondé sur des données probantes.

## Avantages et inconvénients

Les travailleurs de soutien par les pairs formés aux PSP doivent uniquement aider à fournir des soins de base, du confort et du soutien aux personnes en crise. Le dépassement de ces limites peut entraîner des effets négatifs évidents sur les personnes en situation de crise. Les organisations devraient créer des distinctions claires des rôles et développer des politiques qui soutiennent la distinction entre les rôles (Fox et coll., 2012).

## Valeurs et préférences

Le soutien par les pairs est un choix populaire parmi les personnes en situation de crise, beaucoup d'entre elles préférant un soutien précoce par les pairs après un incident de crise, et appelant à une plus grande disponibilité du service; certains, cependant, sont favorables à la poursuite du contact par les travailleuses et travailleurs du soutien par les pairs après avoir établi une relation et reçu un soutien (Aho et coll., 2011; Paton et coll., 2016).

**Tableau 10 : Ressources justificatives**

RESSOURCE	DESCRIPTION/EXTRAIT
<b>Organisations de soutien par les pairs</b>	L'annexe H présente les organisations existantes qui offrent un soutien par les pairs en cas de crise.
<b>Les premiers secours psychologiques : guide pour les acteurs de terrain</b>  <i>Source : Markland et coll. (2011). Les premiers secours psychologiques : Guide pour les travailleurs de terrain. Genève : Auteur.</i>	Le guide, qui couvre les PSP, est écrit pour les personnes en mesure d'aider les autres qui ont vécu un événement extrêmement pénible. Il fournit un cadre pour soutenir les personnes d'une manière qui respecte leur dignité, leur culture et leurs capacités.  Accessible à la page Web : <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44779/9789242548204_fre.pdf;jsessionid=DF5FFDB713BAE4B88A7ADF71A558495B?sequence=1/">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44779/9789242548204_fre.pdf;jsessionid=DF5FFDB713BAE4B88A7ADF71A558495B?sequence=1/</a> .
<b>Le soutien par les pairs : une nécessité – rapport présenté au comité du projet de soutien par les pairs en matière de santé mentale de la Commission de la santé mentale du Canada</b>  <i>Source : Cyr, C., Mckee, H., O'Hagan, M. et Priest, R. (2016). Le soutien par les pairs : une nécessité – rapport présenté au comité du projet de soutien par les pairs en matière de santé mentale de la Commission de la santé mentale du Canada Ressource consultée sur la page Web <a href="https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2016-10/Making_the_Case_for_Peer_Support_2016_Fr.pdf">https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2016-10/Making_the_Case_for_Peer_Support_2016_Fr.pdf</a>.</i>	Le rapport préconise que le soutien par les pairs soit un service de base accessible à tous.  Accessible à la page Web : <a href="https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2016-10/Making_the_Case_for_Peer_Support_2016_Fr.pdf">https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2016-10/Making_the_Case_for_Peer_Support_2016_Fr.pdf</a> .

RESSOURCE	DESCRIPTION/EXTRAIT
<b>Ontario Peer Development Initiative</b>	L'Ontario Peer Development Initiative (initiative ontarienne de développement par les pairs) est une organisation qui en représente plusieurs autres. Ses organisations membres sont des initiatives de consommateurs/survivants en santé mentale et des organisations de soutien par les pairs de tout l'Ontario. Ces organisations sont gérées par et pour des personnes ayant une expérience vécue d'un problème de santé mentale ou de toxicomanie. <a href="http://www.opdi.org/">http://www.opdi.org/</a> 416 484-8785

### RECOMMANDATION 1.6 :

Encourager l'utilisation de solutions basées sur les télécommunications et la technologie pour les personnes à risque ou en situation de crise, comme moyen de réception :

- a) une évaluation, un triage et un soutien en cas d'urgence;
- b) une psychoéducation et/ou des compétences et des outils en ligne pour favoriser l'adaptation et l'autogestion.

**Principes tenant compte des traumatismes :** la sécurité, ainsi que l'autonomisation, la voix et choix

**Niveau de pertinence du résumé :** Ia, Ib et IV

**Qualité des données probantes du résumé :** élevée = 1 étude, moyenne = 4 études, faible = 1 étude

## Discussion sur les données probantes :

### Résumé des données probantes

#### A. Évaluation, triage et soutien en cas d'urgence

Il a été démontré que l'accès et l'utilisation de solutions basées sur les télécommunications (par exemple, les lignes d'assistance communautaires) et la technologie (par exemple, les services basés sur Internet et les applications mobiles) apportent un soutien aux personnes en situation de crise. Les services de soutien téléphonique permettent de réduire au minimum les effets négatifs subis par les personnes en situation de crise, de réduire les symptômes de stress post-traumatique et d'améliorer le fonctionnement (Gelkopf, Haimov et Lapid, 2015; Paton et coll., 2016). Les services de soutien téléphonique (par exemple, les lignes d'assistance 24 heures sur 24) sont dotés de spécialistes formés professionnellement qui trient les appelants pour leur apporter un soutien, leur proposer des stratégies et leur donner de l'information sur les services dans la communauté, y compris un accès rapide aux programmes d'intervention en situation de crise et/ou aux services d'urgence (Chavan, Garget Bhargava, 2012; Paton et coll., 2016). Les programmes de sensibilisation sur Internet sont efficaces pour accroître l'accès au dépistage immédiat, aux évaluations, au traitement guidé par un thérapeute et à l'orientation vers les services d'urgence ou les services locaux de santé mentale (Nielsen et coll., 2015).

Les solutions basées sur les télécommunications et la technologie (y compris les services téléphoniques et Internet) peuvent fournir une gamme de services pour aider les personnes en crise. Ces services incluent la réalisation d'un examen de l'état mental ou d'une évaluation des risques, l'élaboration de plans de sécurité ou de plans de soins, la tenue d'une intervention brève pour éviter les situations de crise, l'élaboration d'un plan de soins et la fourniture d'autres orientations et soutiens (Chavan et coll., 2012; Nielsen et coll., 2015; Paton et coll., 2016). Les services de soutien téléphonique ont démontré leur efficacité en diminuant à la fois le nombre de tentatives de suicide et les problèmes affectant le fonctionnement global d'une personne (Chavan et coll., 2012).

## B. Psychoéducation et/ou compétences et outils en ligne pour aider à tenir bon et à s'autogérer

Les solutions basées sur les télécommunications et la technologie, qui comprennent les services basés sur Internet et les applications mobiles, ont démontré leur efficacité à fournir une psychoéducation et à développer des compétences pour soutenir l'adaptation et l'autogestion chez les personnes en situation de crise (da Silva et coll., 2015; Miner et coll., 2016; Wang, Wang et Maercker, 2013). La littérature soutient l'utilisation de la psychoéducation et du développement des compétences sur Internet pour une efficacité à court terme dans la réduction des symptômes du TSPT, des changements cognitifs post-traumatiques, de la déficience fonctionnelle et de la dépression (Wang et coll., 2013). L'utilisation de l'application mobile PTSD Coach, qui propose une autogestion et une psychoéducation, a été utile aux personnes en matière d'apprentissage de nouvelles compétences et d'utilisation d'outils pour gérer leurs symptômes et leurs émotions, en plus de démontrer un effet significatif sur la réduction des symptômes entre l'évaluation initiale et l'évaluation de suivi (Miner et coll., 2016). De plus, une réduction des changements cognitifs post-traumatiques, de la déficience fonctionnelle et de la dépression était évidente (Miner et coll., 2016).

Il existe peu de recherches sur l'efficacité de la messagerie texte entre la personne et le fournisseur dans le contexte des services de crise. À ce jour, les études n'ont pas montré une amélioration des résultats lors de l'utilisation d'interventions basées sur le texte, bien que des commentaires positifs de la part des participants et des thérapeutes aient été rapportés (Furber, Jones, Healey et Bidargaddi, 2014). C'est pourquoi il convient d'utiliser avec prudence les technologies basées sur les textos ou les messages SMS.

### Avantages et inconvénients

Parmi les autres avantages de l'utilisation de solutions basées sur les télécommunications et la technologie avec les personnes à risque ou en situation de crise, citons la collaboration avec les médias pour éviter la sensationnalisation de l'événement de crise (par exemple, une catastrophe naturelle ou un suicide collectif) auprès du grand public (Chavan et coll., 2012). Elles permettent également une coordination avec la police dans les zones à haut risque afin d'assurer une vigilance et un soutien 24 heures sur 24 et de créer des campagnes de sensibilisation à l'intention du grand public (par exemple, sensibilisation aux signes et symptômes de crise, et création de messages d'identification précoce et de campagnes médiatiques pour promouvoir la connaissance du service téléphonique) (Chavan et coll., 2012). Les solutions basées sur les télécommunications et la technologie sont également moins stigmatisantes que la recherche d'aide en personne, plus rentables, moins longues, non limitées aux heures d'ouverture ou aux frontières géographiques, et plus susceptibles de préserver la confidentialité entre la personne et le fournisseur (Chavan et coll., 2012; da Silva et coll., 2015; Niessen et coll., 2015).

La littérature a démontré que les solutions basées sur les télécommunications et la technologie utilisées dans le cadre de la psychoéducation et/ou du développement des compétences peuvent poser des problèmes aux personnes qui vivent dans des zones géographiquement éloignées ou isolées (comme les régions rurales et reculées ou les zones où les télécommunications sont inopérantes ou limitées) lorsque ces personnes ont besoin d'un traitement face à face urgent après un conflit ou une catastrophe, mais se trouvent à une certaine distance de leurs fournisseurs de soins (da Silva et coll., 2015; Wang et coll., 2013). À ce titre, les fournisseurs de soins de santé et les autres membres de l'équipe interprofessionnelle doivent être conscients que ces stratégies ne sont pas des formes de traitement exclusives et qu'elles ne remplacent pas les interventions en face à face, mais qu'elles peuvent constituer une première étape dans le système de soins de santé (da Silva et coll., 2015).

### Valeurs et préférences

Le comité d'experts a accordé une grande importance aux domaines suivants pour favoriser un engagement réussi auprès des personnes en situation de crise et la mise en œuvre de la recommandation :

- Les fournisseurs doivent comprendre les préférences de la personne, ses capacités de traitement et son accès aux technologies de l'information et des télécommunications. Certaines personnes peuvent ne pas être des candidates appropriées pour des interventions basées sur la technologie en raison de facteurs tels qu'un manque d'aisance ou de



compétences dans l'utilisation de la technologie, un manque d'accès à la technologie et des limitations liées au statut socio-économique.

- Les fournisseurs de soins de santé devraient se familiariser avec les solutions technologiques, les solutions de télécommunication et les ressources disponibles dans leurs communautés locales afin de favoriser des soins optimaux. On s'attend à ce que le fournisseur fasse preuve de jugement critique pour s'assurer que les ressources et/ou les références recommandées sont actuelles et fondées sur des données probantes. Ces services devraient être mis à la disposition de la famille et des amis qui soutiennent les personnes en situation de crise afin de prévenir l'usure de compassion<sup>G</sup> et d'assurer un suivi.

**Tableau 11 : Ressources justificatives**

RESSOURCE	DESCRIPTION/EXTRAIT
<b>Ressources de solutions basées sur les télécommunications et la technologie</b>	L'annexe I présente une liste de ressources basées sur les télécommunications et la technologie (y compris les services communautaires de téléphonie, d'Internet et d'applications mobiles) auxquelles une personne en situation de crise peut avoir accès.



## QUESTION DE RECHERCHE N° 2 :

**Quelles sont les interventions efficaces et tenant compte des traumatismes qui peuvent être utilisées par le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle pour atténuer ou prévenir les crises futures chez les adultes?**

### RECOMMANDATION 2.1 :

Si nécessaire et en collaboration avec la personne, lui fournir ou l'orienter vers des soutiens et des services supplémentaires ou continus.

**Principes tenant compte des traumatismes :** la sécurité, l'autonomisation, la voix et le choix, les questions culturelles, historiques et de genre, ainsi que la collaboration et la mutualité

**Niveau de pertinence du résumé :** la

**Qualité des données probantes du résumé :** élevée = 1 étude

## Discussion sur les données probantes :

### Résumé des données probantes

L'accès à des soutiens à long terme peut être efficace pour favoriser le rétablissement et prévenir les crises futures (Paton et coll., 2016). Les interventions à long terme sont bénéfiques lorsque la crise s'est stabilisée, ce qui peut se produire dans les quatre premières semaines ou plus tard. Les interventions pharmacologiques, comme l'utilisation d'anxiolytiques, d'antidépresseurs ou d'antipsychotiques, ont démontré leur efficacité dans la gestion des crises à court et à long terme (Paton et coll., 2016). L'information supplémentaire concernant la pharmacologie dépasse le cadre de cette ligne directrice.

Les interventions non pharmacologiques, dont l'efficacité varie, comprennent les interventions spécifiques au traumatisme (traitement des conséquences du traumatisme), la psychothérapie (thérapie cognitivo-comportementale et autres modalités), la thérapie de groupe, les solutions technologiques et les thérapies complémentaires<sup>G</sup>. Les objectifs de ces interventions vont du renforcement des compétences pour réduire ou gérer les situations stressantes à la prévention du TSPT, en passant par le traitement des symptômes et des conséquences de la crise. Ces interventions peuvent être dispensées dans de multiples cadres, tels que les hôpitaux et les services de proximité. Les décisions concernant les aides et l'accès à long terme doivent être prises en collaboration par l'infirmière ou le fournisseur de soins de santé et la personne concernée.

Les interventions ayant lieu quatre semaines après la crise dépassent le cadre de la présente ligne directrice. Pour plus d'information et des recherches complémentaires sur les interventions spécifiques aux traumatismes, la psychothérapie, la thérapie de groupe, les solutions technologiques et les thérapies complémentaires utilisées une fois la crise stabilisée, voir l'[annexe J](#).

### Avantages et inconvénients

L'avantage de recevoir des services quatre semaines après la crise est l'atténuation des crises futures et/ou d'autres méfaits mentaux et physiques associés (Paton et coll., 2016). La recherche démontre que les personnes vivant avec une maladie mentale qui bénéficient d'interventions à long terme se remettent de la crise (Paton et coll., 2016).

### Valeurs et préférences

Le comité d'experts de l'AIIAO souligne que toutes les personnes n'ont pas nécessairement besoin d'un soutien à long terme, en particulier lorsqu'elles ont retrouvé leur niveau de fonctionnement d'avant la crise et ont développé de nouvelles capacités d'adaptation et de résilience. Le comité d'experts recommande que les fournisseurs de soins de santé connaissent

les différentes interventions à long terme et facilitent l'accès à l'orientation en tenant compte de l'efficacité, de l'accessibilité et des préférences personnelles. Le comité d'experts reconnaît que les soutiens continus ne se limitent pas aux interventions susmentionnées, mais que d'autres services et soutiens spécifiques aux déterminants sociaux de la santé, comme le logement et l'emploi, peuvent être nécessaires pour traiter les facteurs sous-jacents associés aux expériences de crise.



# Recommandations relatives à la formation

## QUESTION DE RECHERCHE N° 3 :

**Quel contenu et quelles stratégies d'enseignement sont nécessaires pour former efficacement le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle en matière de crise et d'approches tenant compte des traumatismes?**

### RECOMMANDATION 3.1 :

Intégrer des possibilités d'apprentissage interactif concernant les approches tenant compte des traumatismes et le soutien aux personnes en situation de crise dans les programmes d'études de tous les programmes de soins infirmiers et de soins de santé de premier échelon.

**Principes tenant compte des traumatismes :** tous les principes tenant compte des traumatismes

**Niveau de pertinence du résumé :** Ia et IIb

**Qualité des données probantes du résumé :** moyenne = 2 études

## Discussion sur les données probantes :

### Résumé des données probantes

Il est essentiel que les fournisseurs de soins de santé apprennent et appliquent des approches pertinentes tenant compte des traumatismes pour soigner les personnes en situation de crise au cours de leur formation initiale; ils pourront ainsi faciliter la mise à jour des connaissances et leur intégration dans leur pratique continue. La littérature indique qu'il faut tenir compte de la *manière* dont l'enseignement est dispensé et que les modalités d'enseignement interactif sont intégrales et efficaces (Raja et coll., 2015; Xie et coll., 2015). Les méthodes non traditionnelles d'enseignement aux étudiantes et étudiants en soins de santé étaient plus efficaces que les méthodes traditionnelles de type cours magistral pour l'enseignement de l'examen de l'état mental (Xie et coll., 2015). Les modalités d'enseignement non traditionnelles comprenaient l'utilisation de films, la simulation, les patients standardisés, la réflexion et la discussion (Xie et coll., 2015; Raja et coll., 2015).

### Avantages et inconvénients

Aucun inconvénient n'a été identifié dans la littérature concernant l'intégration de possibilités d'apprentissage interactif pour l'effectif étudiant. Dans l'ensemble, les avantages de cette recommandation sont favorables.

### Valeurs et préférences

Des données probantes suggèrent que les étudiantes et étudiants souhaitent une interaction avec des simulations de patients et des groupes de survivants et survivants, des tutoriels en ligne et des séances de suivi sur les soins tenant compte des traumatismes (Raja et coll., 2015). Le comité d'experts de l'AIIAO insiste sur le fait que les étudiantes et étudiants doivent acquérir des compétences pertinentes décrivant les principes tenant compte des traumatismes et la sensibilisation aux traumatismes<sup>6</sup>, et qu'ils doivent apprendre des approches spécifiques fondées sur des données probantes sur la façon d'intervenir de manière thérapeutique auprès des personnes en situation de crise (p. ex., en apprenant des compétences d'intervention brève ou en pratiquant les premiers secours psychologiques [également connus sous le nom de premiers soins en santé mentale]). En outre, le comité d'experts souligne que l'éducation concernant la crise et la pratique tenant compte des traumatismes ne se limite pas aux programmes professionnels de premier échelon, et qu'elle devrait inclure la formation du personnel de première intervention (comme les policières, les policiers, les pompières et les pompiers).

**Tableau 12 : Ressources justificatives**

RESSOURCE	DESCRIPTION/EXTRAIT
<p><b>Formateur ou formatrice en soins infirmiers : les ressources sur la santé mentale et la toxicomanie.</b></p> <p>Source : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2016). <i>Nurse educator: Mental health and addiction resource</i>. Toronto (Ont.) : Auteur.</p>	<p>L'objectif principal de <i>Nurse Educator: Mental Health and Addiction Resource</i> de l'AIIAO est d'aider le personnel enseignant à intégrer efficacement les connaissances et les compétences en santé mentale et en toxicomanie dans les programmes en sciences infirmières de premier cycle.</p> <p>Accessible à la page Web : <a href="http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/MHR_WEB_FINAL_0.pdf">http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/MHR_WEB_FINAL_0.pdf</a>.</p>
<p><b>Enseignement pratique en soins infirmiers</b></p> <p>Source : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2016). <i>Practice education in nursing</i>. Toronto (Ont.) : Auteur.</p>	<p>Cette LDPE vise à promouvoir et à soutenir l'application pratique des connaissances des étudiantes et étudiants en soins infirmiers de premier cycle dans une variété de milieux d'apprentissage clinique. De l'information est fournie sur la manière de structurer les opportunités d'apprentissage interactif (telles que la simulation et la pratique réflexive).</p> <p>Accessible à la page Web : <a href="http://RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/SHWE_Practice_Education_BPG_WEB_0.pdf">http://RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/SHWE_Practice_Education_BPG_WEB_0.pdf</a>.</p>

### RECOMMANDATION 3.2 :

S'engager dans la formation continue pour améliorer les connaissances et les compétences afin de soutenir les personnes en situation de crise par des approches tenant compte des traumatismes.

**Principes tenant compte des traumatismes :** tous les principes tenant compte des traumatismes

**Niveau de pertinence du résumé :** Ia, IIb et IV

**Qualité des données probantes du résumé :** élevée = 1 étude; moyenne = 5 études

## Discussion sur les données probantes :

### Résumé des données probantes

Il est essentiel que l'équipe interprofessionnelle participe à des formations sur les approches tenant compte des traumatismes et les interventions en cas de crise. Il est important de susciter une sensibilisation aux traumatismes<sup>G</sup> par le biais de l'éducation dans tous les services de soins de santé (les soins de courte durée, les soins communautaires, etc.) parmi tous les membres de l'équipe interprofessionnelle qui sont directement ou indirectement impliqués avec des personnes ayant vécu une crise (Poole et coll., 2013). Ces membres peuvent inclure le personnel administratif et d'admission qui s'engage avec les personnes pour la première fois dans une agence (Poole et coll., 2013).

La recherche démontre que le perfectionnement professionnel sous forme de formation interne pour le personnel a des résultats positifs sur ses connaissances (Choi et Seng, 2015; Everly, Lee McCabe, Semon, Thompson et Links, 2014). Plus précisément, la formation sur les premiers secours psychologiques pour le personnel de santé sans formation en santé mentale (comme le personnel administratif, les gestionnaires, les fournisseurs de soins de santé et les bénévoles) a amélioré la confiance en soi (Everly et coll., 2014), tandis que la formation sur les soins périnataux tenant compte des traumatismes pour le personnel d'un organisme de

soins périnataux (y compris les fournisseurs de soins de santé, le personnel administratif et les doulas) ont amélioré les attitudes et le niveau de compétence (Choi et Seng, 2015). Des études sur la formation des professionnels de la santé travaillant avec des personnes qui s'automutilent ont révélé des effets positifs sur les connaissances, les compétences et les attitudes concernant le suicide (Paton et coll., 2016). La formation d'équipe d'intervention en situation de crise<sup>G</sup> pour les policières et policiers a contribué à une meilleure connaissance de la maladie mentale et à des changements de perception et d'attitude envers les personnes vivant avec une maladie mentale chez les personnes formées; elle a également conduit à une utilisation plus fréquente des techniques de désescalade saillantes et à un recours moins important à la force (Canada, Angellet Watson, 2012; Compton et coll., 2014a; Ellis, 2014).

### Avantages et inconvénients

Aucun effet néfaste n'a été identifié dans la littérature concernant l'équipe interprofessionnelle participant à la formation continue. Dans l'ensemble, les avantages de cette recommandation rendent son adoption appropriée.

### Valeurs et préférences

Parmi les préférences des participants en matière de formation, on trouve des demandes pour que la formation axée sur les traumatismes soit plus approfondie et pour qu'il y ait davantage de formation interprofessionnelle faisant participer à la fois le personnel infirmier et les policières et policiers, car ils avaient une compréhension limitée de leurs cultures professionnelles respectives (Choi et Seng, 2015; Kirst et coll., 2015). Le comité d'experts accorde une grande importance à des éléments tels que les possibilités de mentorat (c'est-à-dire l'apprentissage auprès de collègues au moyen de la supervision clinique<sup>G</sup> et du coaching) et la participation de personnes ayant une expérience vécue. Ces éléments garantissent un environnement d'apprentissage riche.

Tableau 13 : Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION/EXTRAIT
Ressources de formation sur les traumatismes et les crises	L'annexe K présente quelques organisations qui offrent une formation en intervention en situation de crise et en pratique tenant compte des traumatismes, ainsi que des ressources pour l'apprentissage autonome.



# Recommandations pour le système de santé, les organismes et les décideurs politiques

## QUESTION DE RECHERCHE N° 4 :

**De quels soutiens au niveau de l'organisation et du système le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle ont-ils besoin pour mettre en œuvre efficacement les pratiques exemplaires en utilisant des approches de la crise tenant compte des traumatismes?**

### RECOMMANDATION 4.1 :

Les organisations identifient et intègrent les approches tenant compte des traumatismes directement dans leurs politiques et procédures de soutien :

- a) un cadre pour les approches de l'intervention en cas de crise et de la prestation de services;
- b) un milieu de travail sûr et favorable pour les fournisseurs qui ont vécu des incidents critiques.

**Principes tenant compte des traumatismes :** tous les principes tenant compte des traumatismes

**Niveau de pertinence du résumé :** IV et V

**Qualité des données probantes du résumé :** moyenne = 3 études

## Discussion sur les données probantes :

### Résumé des données probantes

#### A. Cadre pour les approches de l'intervention en cas de crise et de la prestation de services

La littérature démontre que la santé et les préférences d'une personne sont favorisées lorsque les organisations intègrent des approches tenant compte des traumatismes dans leurs politiques et leurs pratiques (Hootz et coll., 2016; Lewis-O'Connor et Chadwick, 2015). Par exemple, la recherche indique que les services tenant compte des traumatismes qui incluent une gestion de crise exploitant les forces aident les personnes à développer de meilleurs mécanismes d'autosuffisance, la détermination d'objectifs de vie indépendante et une plus grande autonomie (Hootz et coll., 2016). Les personnes en situation de crise apprécient les stratégies exploitant les forces et le fait de pouvoir participer à la création d'une résolution active des problèmes. Elles ont aussi exprimé un fort désir de s'aider elles-mêmes (Gudde et coll., 2013; Roller, 2012; Tetterton et Farnsworth, 2011). La relation de partenariat avec les fournisseurs de soins de santé a favorisé une expérience de soins satisfaisante qui respectait les choix personnels et suscitait un sentiment de sécurité (Roller, 2012; Tetterton et Farnsworth, 2011).

Les recherches portant sur la violence sexiste<sup>6</sup> ont révélé que les pratiques tenant compte des traumatismes amélioraient la qualité des soins et la sécurité. Cependant, l'effet sur les services de suivi après la visite de soins de courte durée n'était pas clair (Lewis-O'Connor et Chadwick, 2015). Les recherches sur la collecte de données probantes liées à un incident de crise ont montré que le consentement explicite est obligatoire. Certaines personnes ont refusé le consentement sans regret et d'autres ont indiqué un effet néfaste et une détresse supplémentaires liés à la collecte de données probantes (Lewis-O'Connor et Chadwick, 2015). Il est important que les personnes comprennent les avantages et les limites de la collecte de données probantes pour soutenir les principes de sécurité et de collaboration axés sur les traumatismes dans la prise de décision (Lewis-O'Connor et Chadwick, 2015).

## B. Milieu de travail sûr et favorable pour les fournisseurs qui ont connu des incidents critiques

Il est important de reconnaître que les fournisseurs de soins de santé et les membres de l'équipe interprofessionnelle peuvent vivre des événements traumatisants dans leur vie professionnelle ou personnelle. Les incidents critiques<sup>G</sup> au travail (par exemple, être témoin de la blessure grave d'un collègue ou intervenir sur un accident mortel) peuvent provoquer une détresse importante qui affecte négativement la performance et le bien-être mental. La recherche indique qu'il était important d'intégrer des principes exploitant les forces dans une politique de gestion du stress à la suite d'un incident critique (GSIC) pour les travailleurs sociaux (Pack, 2012). La GSIC se concentre sur la fourniture de services de soutien, d'assistance et de suivi aux personnes affectées dans des incidents critiques (Pack, 2012). L'**annexe L** décrit les composantes d'un programme de GSIC. Bien que la littérature démontre que cette recommandation s'applique aux travailleurs sociaux, le comité d'experts reconnaît la nécessité d'un milieu de travail sûr et favorable pour tous les membres de l'équipe interprofessionnelle qui sont susceptibles de subir des incidents critiques.

### Avantages et inconvénients

Aucun effet indésirable n'a été constaté dans la littérature. Dans l'ensemble, l'avantage de la mise en œuvre organisationnelle d'approches tenant compte des traumatismes dans les interventions en situation de crise la rend appropriée pour la prestation de services.

### Valeurs et préférences

L'intégration d'une supervision clinique<sup>G</sup> est un exemple de la mise en place d'un milieu de travail sûr et favorable, en particulier pour les fournisseurs de soins de santé qui ont vécu des incidents critiques. La supervision clinique est une partie essentielle d'une politique intégrée de la GSIC, et les données probantes démontrent que les travailleurs sociaux qui ont vécu des incidents critiques au travail ont apprécié la possibilité d'avoir un superviseur pour faciliter la pratique réflexive et la croissance professionnelle (Pack 2012). Le comité d'experts reconnaît que des milieux de travail sûrs et favorables sont importants pour les fournisseurs de soins de santé qui subissent une usure de compassion<sup>G</sup>, ce qui peut entraîner une baisse de productivité, une démotivation et un épuisement. Le comité d'experts accorde donc une grande importance à l'engagement des fournisseurs dans des stratégies de supervision clinique et d'autogestion de la santé afin de promouvoir le développement des connaissances, l'introspection, l'adaptation et la santé mentale.

**Tableau 14 : Ressources justificatives**

RESSOURCE	DESCRIPTION/EXTRAIT
<b>Liste de contrôle de vérification</b>  <i>Source</i> : Poole, N., Urquhart, C., Jasiura, F., Smylie, D. et Schmidt, R. (2013). <i>Trauma-informed practice guide</i> . Ressource consultée sur la page Web <a href="http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf">http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf</a> .	Cette source contient une liste de vérification conçue pour favoriser l'application de principes tenant compte des traumatismes à la pratique à l'échelle de l'organisation. Cette liste se trouve à la page 45.  Accessible à la page Web : <a href="http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf">http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf</a> .
<b>Auto-évaluation de l'organisation</b>  <i>Source</i> : Manitoba Trauma Information Centre. (2017). <i>Organizational self-assessment</i> . Ressource consultée sur la page Web <a href="http://trauma-informed.ca/trauma-informed-organizationssystem/organizational-self-assessment/">http://trauma-informed.ca/trauma-informed-organizationssystem/organizational-self-assessment/</a> .	Cette auto-évaluation fournit des critères organisationnels en matière de pratiques tenant compte des traumatismes, de mandats de politiques et de programmes, de pratiques d'embauche, de procédures, d'évaluation et de suivi.  Accessible à la page Web : <a href="http://trauma-informed.ca/trauma-informed-organizationssystem/organizational-self-assessment/">http://trauma-informed.ca/trauma-informed-organizationssystem/organizational-self-assessment/</a> .



RESSOURCE	DESCRIPTION/EXTRAIT
<p><b>La prévention et la gestion de la violence dans le milieu de travail</b></p> <p>Source : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2009). <i>Preventing and managing violence in the workplace</i>. Toronto (Ont.) : Auteur.</p>	<p>Cette LDPE en soins infirmiers énonce les stratégies de planification, de mise en œuvre et d'évaluation des résultats liés à la reconnaissance et à l'évaluation du risque de violence dans le milieu de travail.</p> <p>Accessible à la page Web : <a href="http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Preventing_and_Managing_Violence_in_the_Workplace.pdf">http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Preventing_and_Managing_Violence_in_the_Workplace.pdf</a>.</p>
<p><b>Manuel de supervision clinique</b></p> <p>Source : Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2008). <i>Clinical supervision handbook</i>. Toronto (Ont.) : Auteur.</p>	<p>Un manuel pour les superviseurs cliniques dans le domaine de la toxicomanie et de la santé mentale, comprenant les cadres et les composantes de la supervision clinique.</p> <p>Accessible à la page Web : <a href="https://www.yumpu.com/en/document/view/6331450/clinical-supervision-handbook-camh-knowledge-exchange-">https://www.yumpu.com/en/document/view/6331450/clinical-supervision-handbook-camh-knowledge-exchange-</a>.</p>
<p><b>Soutien organisationnel de la supervision clinique</b></p> <p>Source : The Bouverie Centre. (2013). <i>Organizational support for clinical supervision</i>. Ressource consultée sur la page Web <a href="http://www.clinicalsupervisionguidelines.com.au/role-of-the-organisation">http://www.clinicalsupervisionguidelines.com.au/role-of-the-organisation</a>.</p>	<p>Une ressource en ligne qui énonce les étapes de l'établissement d'un cadre de supervision clinique au sein d'une organisation.</p> <p>Accessible à la page Web : <a href="http://www.clinicalsupervisionguidelines.com.au/role-of-the-organisation">http://www.clinicalsupervisionguidelines.com.au/role-of-the-organisation</a>.</p>
<p><b>Trousse du débutant en matière de capacité de prendre soin de soi-même</b></p> <p>Source : University of Buffalo. (2017). <i>Our self-care starter kit</i>. Ressource consultée sur la page Web <a href="http://socialwork.buffalo.edu/resources/self-care-starter-kit.html">http://socialwork.buffalo.edu/resources/self-care-starter-kit.html</a>.</p>	<p>Une ressource en ligne fournissant des outils pour développer un plan d'autosoins, une évaluation de la capacité de prendre soin de soi-même, ainsi que des exercices et des activités supplémentaires.</p> <p>Accessible à la page Web : <a href="http://socialwork.buffalo.edu/resources/self-care-starter-kit.html">http://socialwork.buffalo.edu/resources/self-care-starter-kit.html</a>.</p>
<p><b>Ressources de capacité de prendre soin de soi-même</b></p> <p>Source : Mindcheck.ca. (2017). <i>Ressources pour l'autogestion du stress</i>. Ressource consultée sur la page Web <a href="https://mindcheck.ca/stress/stress-self-care-resources">https://mindcheck.ca/stress/stress-self-care-resources</a>.</p>	<p>Des ressources et des outils en ligne qui peuvent aider à développer des compétences et à trouver des moyens de gérer le stress. Comprend des applications, des activités interactives et des feuilles de travail.</p> <p>Accessible à la page Web : <a href="https://mindcheck.ca/stress/stress-self-care-resources">https://mindcheck.ca/stress/stress-self-care-resources</a>.</p>

## RECOMMANDATION 4.2 :

Améliorer la collaboration entre les secteurs par l'intégration au niveau du système entre les systèmes de santé, les services sociaux (par exemple, le logement et l'emploi), les systèmes d'éducation, le système judiciaire, les défenseurs, les personnes ayant une expérience vécue et les familles afin d'améliorer la capacité du système à répondre d'une manière tenant compte des traumatismes aux personnes en situation de crise.

**Principes tenant compte des traumatismes :** tous les principes tenant compte des traumatismes

**Niveau de pertinence du résumé :** V

**Qualité des données probantes du résumé :** groupe d'experts avec littérature grise et revue par les pairs à l'appui

## Discussion et résumé du comité d'experts

Le comité d'experts de l'AIIAO recommande une intégration au niveau du système entre les divers secteurs de la santé, des services sociaux (tels que les agences de logement et d'emploi), de l'éducation et de la justice, afin de soutenir les principes communs des soins tenant compte des traumatismes. L'intégration du système désigne une approche coordonnée formalisée de la planification, de la prestation de services et de la gestion à un macro-niveau (Observatoire canadien sur l'itinérance, 2017). L'objectif de l'intégration des systèmes est d'aligner les services, d'éviter les chevauchements, d'améliorer le partage de l'information, d'accroître l'efficacité (c.-à-d. réduire les délais de première intervention), le bon niveau de soins en réponse aux besoins d'une personne, et d'offrir une expérience de soins homogène aux personnes et aux familles (Observatoire canadien sur l'itinérance, 2017; Durbin, Goering, Streiner et Pink, 2006). Plus précisément, l'intégration horizontale est une approche centralisée de la planification, de la gestion et de la prestation de services entre les secteurs. Elle nécessite la création d'un réseau d'organisations qui fournit un continuum coordonné de services à une population définie (Durbin et coll., 2006).

Les personnes en situation de crise ont recours à de multiples secteurs, tels que les services sociaux (y compris les refuges pour itinérants et les centres de crise) et le système judiciaire, lorsque leurs problèmes sous-jacents ne sont pas traités de manière adéquate. Le comité d'experts souligne que les secteurs fonctionnent souvent en silos, ce qui entraîne un manque de communication, une fragmentation entre les services et des incohérences dans les approches de l'intervention en situation de crise. Une intégration efficace du système exige une participation et une collaboration actives entre les représentants de ces secteurs, y compris ceux qui ont une expérience vécue.

Le comité d'experts recommande la participation des personnes ayant une expérience vécue à la planification et aux processus d'intégration des approches tenant compte des traumatismes dans tous les secteurs. Le comité d'experts note toutefois qu'une meilleure intégration des soins ne se traduira pas nécessairement par des services efficaces. Le comité souligne que, pour améliorer l'efficacité organisationnelle, les organisations autonomes et les différents secteurs doivent se concentrer sur l'adoption d'approches tenant compte des traumatismes. Par exemple, les processus de travail doivent en fin de compte être informés par la personne (c'est-à-dire que la personne doit définir les plans de crise/sécurité), tandis que les pratiques sont fondées sur des données probantes et des résultats. Pour en savoir plus sur la façon dont une approche tenant compte des traumatismes peut être adoptée à l'échelle organisationnelle, voir la **Recommandation 4.1**.

## Avantages et inconvénients

Le comité d'experts n'a pas noté d'inconvénients associés à cette recommandation. Dans l'ensemble, les avantages proposés rendent la mise en œuvre de cette recommandation appropriée.

## Valeurs et préférences

Le comité d'experts n'a pas mentionné d'autres valeurs ni préférences.

**Tableau 15 : Ressources justificatives**

RESSOURCE	DESCRIPTION/EXTRAIT
<p><b>Manuel d'approche systémique : Valoriser les personnes qui ont une expérience pertinente</b></p> <p>Source : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. (2013). <i>Manuel d'Approche systémique : Valoriser les gens qui ont une expérience pertinente</i>. Ottawa (Ontario) : Auteur.</p>	<p>Ce rapport décrit l'importance des personnes ayant une expérience pertinente et la manière de les faire participer au changement de système.</p> <p>Accessible à la page Web : <a href="http://www.ccsa.ca/ResourceLibrary/nts-systems-approach-lived-experience-2013-fr.pdf">http://www.ccsa.ca/ResourceLibrary/nts-systems-approach-lived-experience-2013-fr.pdf</a>.</p>
<p><b>Patients Canada</b></p> <p>Source : Patients Canada. (2014). <i>Patients Canada</i>. Ressource consultée sur la page Web <a href="http://www.patientscanada.ca/">http://www.patientscanada.ca/</a>.</p>	<p>[traduction] « Une organisation nationale indépendante qui se fait le champion du changement des soins de santé qui compte pour les patients, avec un engagement à partager les politiques de soins de santé et à améliorer la prestation des soins de santé à tous les niveaux. Patients Canada offre aux patients plusieurs moyens de participer, y compris, mais sans s'y limiter, l'information et la formation et les partenariats de collaboration avec les parties prenantes des soins de santé (y compris les gouvernements, les fournisseurs de soins de santé et les organisations partageant les mêmes idées). »</p> <p>Accessible à la page Web : <a href="http://www.patientscanada.ca/">http://www.patientscanada.ca/</a>.</p>

**RECOMMANDATION 4.3 :**

Les organismes de santé, de services sociaux et d'application de la loi collaborent pour veiller à ce que les services d'intervention en cas de crise soient accessibles aux personnes en situation de crise en mettant en œuvre :

- a) des équipes de crise mobiles;
- b) des visites de contact;
- c) un triage téléphonique et des lignes d'assistance.

**Principes tenant compte des traumatismes :** la collaboration et la mutualité, et le soutien par les pairs

**Niveau de pertinence du résumé :** Ia, lib, Ib et IV

**Qualité des données probantes du résumé :** élevée = 4 études; moyenne = 5 études

**Discussion sur les données probantes :**

**Résumé des données probantes**

La littérature démontre l'efficacité des ressources critiques requises dans le système de santé pour soutenir les personnes en situation de crise : l'accès à des services opportuns et appropriés d'intervention en situation de crise est essentiel pour aider une personne à atteindre l'état antérieur à la crise. Il s'agit notamment d'équipes de crise mobiles, de visites de contact, de triage téléphonique et de lignes d'assistance.

## A. Équipes mobiles de crise

Les équipes mobiles de crise (également appelées « équipes de résolution de crise<sup>G</sup> ») sont des équipes multidisciplinaires qui offrent des services d'urgence rapides et à court terme dans la communauté comme alternative à l'admission en milieu hospitalier (Hasselberg, Grawe, Johnson et Ruud, 2011a, 2011b). Les équipes mobiles de crise sont censées réduire le recours à la coercition, collaborer avec le système de santé mentale au sens large et avec les familles/réseaux, et proposer des orientations et des liens vers des organismes communautaires pour un soutien continu et à plus long terme (Hasselberg et coll., 2011b).

Les recherches indiquent que les résultats globaux de la gravité des symptômes et du niveau de fonctionnement chez les personnes recevant le soutien d'une équipe mobile de crise sont positifs (Hasselberg et coll., 2011b). Des résultats ont démontré l'efficacité des équipes mobiles de crise pour détourner les personnes des hôpitaux et du système de justice pénale, ainsi que pour améliorer l'accès à des services tels que le domicile, l'équipe de santé familiale ou d'autres soutiens communautaires (Evangelista et coll., 2016; Kirst et coll., 2015; McKenna, Furness, Oakes et Brown, 2015). Avec l'ajout d'interventions à domicile (telles que la livraison et l'administration de médicaments à domicile, l'aide pratique pour les activités de la vie quotidienne, le soutien de la famille et des aidants, une gamme de thérapies interpersonnelles, la planification de la prévention des crises et l'orientation vers d'autres services), les équipes mobiles de crise ont été associées à des réductions substantielles des admissions à l'hôpital pour les personnes en situation de crise (Paton et coll., 2016).

## B. Visites de contact

Les visites de contact effectuées par les équipes de crise multidisciplinaires, les personnes de contact désignées et les travailleuses et travailleurs de soutien par les pairs apportent un soutien efficace aux personnes en crise. L'organisation de visites de proximité améliore l'accès aux services de suivi et à la santé mentale. Les recherches sur les programmes d'intervention précoce de proximité (par exemple, à la suite d'un événement violent et le suivi des patients psychiatriques dans les services d'urgence) ont révélé une augmentation des renvois et un meilleur accès aux médecins généralistes et aux cliniques de santé mentale (Boudreaux et coll., 2015; Haga et coll., 2015). Les pères qui ont vécu la perte d'un enfant ont bénéficié des visites de contact qui ont amélioré leur développement personnel et réduit leur culpabilité et leur colère (Aho et coll., 2011).

## C. Triage téléphonique et lignes d'assistance

Le triage téléphonique et les lignes d'assistance sont des ressources conçues pour améliorer l'accès aux services pour les personnes en situation de crise. Les lignes d'assistance sont souvent la première ligne de communication pour les personnes en situation de crise avant l'envoi d'une équipe mobile de crise. La recherche démontre que la mise en place de lignes d'assistance téléphonique pour la prévention du suicide, accessibles 24 heures sur 24, a amélioré l'accès aux services de santé appropriés et réduit le nombre de suicides (Chavan et coll., 2012; Sands, Elsom, Keppich-Arnold, Henderson et Thomas, 2016). En outre, des personnes ont décrit les services de triage en santé mentale par téléphone 24 heures sur 24 comme étant salvateurs, car ils fournissent un soutien immédiat et des interventions en situation de crise (Sands et coll., 2016). La mise en place de lignes d'assistance téléphonique garantit une aide facile, accessible et immédiate.

### Avantages et inconvénients

Aucun effet indésirable n'a été constaté dans la littérature. Dans l'ensemble, les avantages de ces ressources sont favorables.

### Valeurs et préférences

Lorsqu'elles travaillaient avec des équipes mobiles de crise, les personnes ayant vécu une crise appréciaient les services accessibles, la continuité des soins, le soutien psychologique avec du temps pour parler ainsi que les interventions à domicile (Wheeler et coll., 2015). Elles souhaitaient toutefois plus de cohérence et de continuité dans les services que ce qui était facilement disponible au moment voulu et ont exprimé des inquiétudes quant aux heures d'ouverture limitées des équipes mobiles de crise (Gudde et coll., 2013). En ce qui concerne le triage téléphonique, certaines personnes ont indiqué que le fait de se voir proposer des choix alors qu'elles sont en crise n'était pas perçu comme utile, en particulier pendant les périodes de crise, lorsque la capacité à prendre des décisions est difficile (Sands et coll., 2016).

#### RECOMMANDATION 4.4 :

Les services de police intègrent une formation complète aux situations de crise :

- a) pour améliorer l'interaction des policières et des policiers avec les personnes en situation de crise;
- b) pour encourager les policières et les policiers à prendre des décisions éclairées pour aider les personnes à accéder aux services appropriés.

**Principes tenant compte des traumatismes :** tous les principes tenant compte des traumatismes

**Niveau de pertinence du résumé :** Ia, IIb et IV

**Qualité des données probantes du résumé :** élevée = 1 étude, moyenne = 5 études

## Discussion sur les données probantes

### Résumé des données probantes

#### A. Pour améliorer l'interaction des policières et policiers avec les personnes en situation de crise

Une personne en situation de crise a souvent un premier contact avec des policiers, soit seule, soit dans le cadre de l'intervention d'une équipe mobile de crise plus importante. La formation à l'intervention en situation de crise<sup>G</sup> pour les policières et policiers s'est avérée efficace. Il guide les agents dans l'évaluation de la présence probable de problèmes de santé mentale ou de maladie mentale en utilisant des techniques de communication et de désescalade (Ellis, 2014; Tyuse, 2012). Les objectifs de la formation sont notamment d'améliorer la sécurité des agents et des personnes, et de réorienter les personnes atteintes de maladie mentale pour les faire passer du système judiciaire vers le système de soins de santé (Dupont, Cochran et Pilsbury, 2007).

Il a été démontré que la formation à l'intervention en situation de crise pour les policiers permet d'améliorer les connaissances sur la maladie mentale et les traitements, de diminuer la stigmatisation à l'égard des personnes vivant avec une maladie mentale, d'améliorer l'auto-efficacité pour interagir avec des personnes souffrant de psychose ou d'idées suicidaires, et d'améliorer les compétences de désescalade et la prise de décision pour mettre la personne en contact avec les soutiens appropriés (Canada et coll., 2012; Compton et coll., 2014a; Compton et coll., 2014b; Ellis, 2014). Les policières et policiers qui avaient reçu une formation en intervention en situation de crise ont résolu les rencontres en recourant moins à la force (Canada et coll., 2012). Sur la base de leurs rencontres, les consommateurs de services de santé mentale se sont fait l'écho du besoin de formation et de sensibilisation en matière de santé mentale pour les policières et les policiers (Evangelista et coll., 2016).

Pour en savoir plus sur la formation à l'intervention en situation de crise et les autres formes de formation en santé mentale, voir le **tableau 16**.

#### B. Encourager les policières et policiers à prendre des décisions éclairées pour aider les personnes à accéder aux services appropriés

Il est prouvé que la formation des policiers à l'intervention en cas de crise favorise la prise de décision éclairée et l'accès aux services communautaires de santé mentale. Les policières et policiers ayant reçu une formation en intervention en situation de crise étaient plus susceptibles de mettre les personnes en contact avec des services de santé mentale ou de les emmener dans un établissement de traitement pour une évaluation psychiatrique (Compton et coll., 2014b; Paton et coll., 2016; Tyuse, 2012). Ils étaient également moins susceptibles d'exécuter une arrestation (Compton et coll., 2014b; Paton et coll., 2016) et ont déclaré connaître plus d'options au moment de décider de l'issue d'une évaluation de crise dans la communauté (Canada et coll., 2012).

## Avantages et inconvénients

Bien que la présence de la police présente des avantages pour assurer la sécurité et la stabilisation des personnes en situation de crise, le comité reconnaît également que la présence de la police pendant une intervention en situation de crise peut déclencher des résultats émotionnels négatifs chez certaines personnes. Des possibilités (comme le fait de ne pas porter l'uniforme de police) doivent être prises en compte pour réduire le potentiel d'effet néfaste émotionnel.

## Valeurs et préférences

Les policières et policiers ainsi que les fournisseurs de soins de santé d'une équipe mobile de crise interprofessionnelle ont exprimé le besoin d'une formation intersectorielle plus poussée, car ils avaient une compréhension limitée des cultures professionnelles de chacun (Kirst et coll., 2015). Le comité d'experts de l'AIIAO accorde une grande importance à la formation interprofessionnelle, à l'intégration de la théorie des approches tenant compte des traumatismes dans les méthodes de formation existantes et au fait que des personnes ayant une expérience vécue informent le développement de la formation.

Tableau 16 : Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION/EXTRAIT
<p><b>Site Web de formation à l'intervention en situation de crise</b></p> <p>Source : International Crisis Intervention Team. (2017). <i>Welcome to CIT International</i>. Ressource consultée sur la page Web <a href="http://www.citinternational.org/">http://www.citinternational.org/</a>.</p>	<p>CIT International est une organisation qui travaille à favoriser la compréhension, le développement et la mise en œuvre de programmes de formation à l'intervention en situation de crise dans le monde entier.</p> <p>Accessible à la page Web : <a href="http://www.citinternational.org/">http://www.citinternational.org/</a>.</p>
<p><b>TEMPO : Guide visant l'amélioration des interactions entre les policiers et les personnes aux prises avec un trouble mental.</b></p> <p>Source : Coleman, T., et Cotton, D. (2014). <i>TEMPO : Guide visant l'amélioration des interactions entre les policiers et les personnes aux prises avec un trouble mental</i>. Canada : Commission de la santé mentale du Canada.</p>	<p>Ce rapport fournit de l'information sur les différents formats de formation en santé mentale actuellement utilisés au Canada et dans le monde. Il met également en évidence des recommandations clés spécifiques en matière de formation et de sensibilisation qui visent à améliorer l'interaction entre les agents de police et les personnes atteintes de maladie mentale.</p> <p>Accessible à la page Web : <a href="https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/TEMPO%252520Report%252520FRE_FINAL_March%2525206%252520%2525281%252529_0.pdf">https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/TEMPO%252520Report%252520FRE_FINAL_March%2525206%252520%2525281%252529_0.pdf</a>.</p>

# Lacunes dans la recherche et conséquences futures

L'équipe de recherche et d'élaboration sur les pratiques exemplaires de l'AIIO et le comité d'experts de l'AIIO ont relevé dans le **tableau 17** les domaines dans lesquels la recherche doit poursuivre ses efforts en priorité. Les études réalisées dans ces secteurs fourniraient d'autres données probantes pour soutenir les interventions en situation de crise tenant compte des traumatismes chez les adultes. La liste n'est pas exhaustive, et des études dans d'autres domaines pourraient être nécessaires.

**Tableau 17 : Secteurs de recherche prioritaires pour chaque question de recherche**

QUESTION DE RECHERCHE	DOMAINES DE RECHERCHE PRIORITAIRES
<p><b>Question de recherche n° 1 :</b> Quelles sont les interventions efficaces et tenant compte des traumatismes qui peuvent être utilisées par le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle auprès des adultes en situation de crise?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Examen des interventions en situation de crise efficaces pour les personnes souffrant de maladies mentales graves et de toxicomanie.</li> <li>■ Exploration des besoins et les préférences en matière de soutien en cas de crise des diverses populations de femmes, d'hommes, de transgenres et d'Autochtones.</li> <li>■ Détermination des processus d'évaluation à mener immédiatement après un incident/événement de crise.</li> <li>■ Détermination de l'efficacité de l'envoi de messages texte parallèlement au conseil téléphonique pour améliorer les résultats.</li> </ul>
<p><b>Question de recherche n° 2 :</b> Quelles sont les interventions efficaces et tenant compte des traumatismes qui peuvent être utilisées par le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle pour atténuer ou prévenir les crises futures chez les adultes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Procédures de prise de décision concernant l'aiguillage vers les soins de suivi appropriés.</li> <li>■ Efficacité et efficience à long terme des soins virtuels et/ou des interventions sur le Web.</li> <li>■ Utilisation et rentabilité des plans de crise.</li> <li>■ Effets de la psychoéducation à long terme sur le rétablissement à long terme.</li> </ul>
<p><b>Question de recherche n° 3 :</b> Quel contenu et quelles stratégies d'enseignement sont nécessaires pour former efficacement le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle en matière de crise et d'approches tenant compte des traumatismes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Efficacité des stratégies de formation interprofessionnelle.</li> <li>■ Modèles efficaces pour former les fournisseurs aux interventions en situation de crise tenant compte des traumatismes.</li> <li>■ Effets de la formation des fournisseurs en matière de traumatismes sur les résultats pour les patients (p. ex., réduction de l'anxiété ou amélioration de la perception de soi en matière de sécurité).</li> <li>■ Effets à long terme d'une formation tenant compte des traumatismes sur les connaissances et les compétences des fournisseurs.</li> </ul>

## QUESTION DE RECHERCHE

**Question de recherche n° 4 :**  
Quels soutiens au niveau de l'organisation et du système sont nécessaires au personnel infirmier et à l'équipe interprofessionnelle pour mettre en œuvre efficacement les pratiques exemplaires en utilisant des approches de la crise tenant compte des traumatismes?

## DOMAINES DE RECHERCHE PRIORITAIRES

- Détermination des facteurs systémiques (organisationnels et sociétaux) qui contribuent aux crises.
- Détermination des effets de l'intégration du système sur les résultats des personnes en situation de crise.
- Détermination de la faisabilité des équipes de résolution des crises, des visites de proximité et des lignes d'assistance téléphonique mises en place dans des zones où les distances géographiques sont importantes et/ou les ressources limitées (c'est-à-dire les zones rurales et éloignées).
- Élaboration de mesures de performance et de référentiels de données publiques pour soutenir l'amélioration de la qualité et les ressources de financement des services de crise.





## Stratégies de mise en œuvre

La mise en œuvre des lignes directrices au point d'intervention comporte plusieurs facettes et constitue un défi; il faut bien plus qu'une connaissance et une distribution des lignes directrices pour amener les gens à modifier leur pratique. Les lignes directrices doivent être adaptées à chaque contexte de pratique de manière systématique et participative pour que les recommandations soient appropriées au contexte local (Harrison, Graham, Fervers et van den Hoek, 2013). La *Trousse : la mise en œuvre des directrices sur les pratiques d'excellence de l'AIIAO* (2012) offre un processus éclairé par des données probantes. Elle peut être téléchargée à l'adresse [https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Toolkit\\_2ed\\_French\\_with\\_App.E.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Toolkit_2ed_French_with_App.E.pdf).

La *Trousse* repose sur de nouvelles données selon lesquelles les chances d'une adoption réussie des pratiques exemplaires en santé augmentent dans les circonstances suivantes :

- les décideurs à tous les niveaux se sont engagés à soutenir la mise en œuvre de la ligne directrice;
- la sélection des lignes directrices à mettre en œuvre se fait par l'entremise d'un processus participatif et systématique;
- les intervenants à qui s'adressent les lignes directrices sont identifiés et engagés à participer à leur mise en œuvre;
- l'état de préparation de l'environnement pour mettre en œuvre les lignes directrices est évalué;
- la ligne directrice est adaptée au contexte local;
- les obstacles et les facteurs favorables à l'utilisation de la ligne directrice sont évalués et traités;
- les interventions visant à encourager l'utilisation de la ligne directrice sont sélectionnées;
- l'utilisation de la ligne directrice est surveillée systématiquement et maintenue;
- l'évaluation de l'impact de la ligne directrice est intégrée dans le processus;
- il existe des ressources adéquates pour réaliser tous les volets de la mise en œuvre.

La *Trousse* utilise le cadre conceptuel pour le passage des connaissances à la pratique (Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein et Bhattacharyya, 2009) afin de démontrer les étapes du processus nécessaires pour effectuer l'enquête et la synthèse des connaissances (voir **Figure 2**). Elle permet aussi d'orienter l'adaptation des nouvelles connaissances au contexte local, ainsi que leur mise en œuvre. Le cadre suggère de cerner et d'utiliser les outils de connaissances comme les lignes directrices pour déterminer les lacunes et pour entamer le processus d'adaptation des nouvelles connaissances au contexte régional.

L'AIIAO s'engage à assurer le déploiement et la mise en œuvre à grande échelle de ses LDPE. Nous appliquons une démarche coordonnée de diffusion faisant appel à différentes stratégies, notamment :

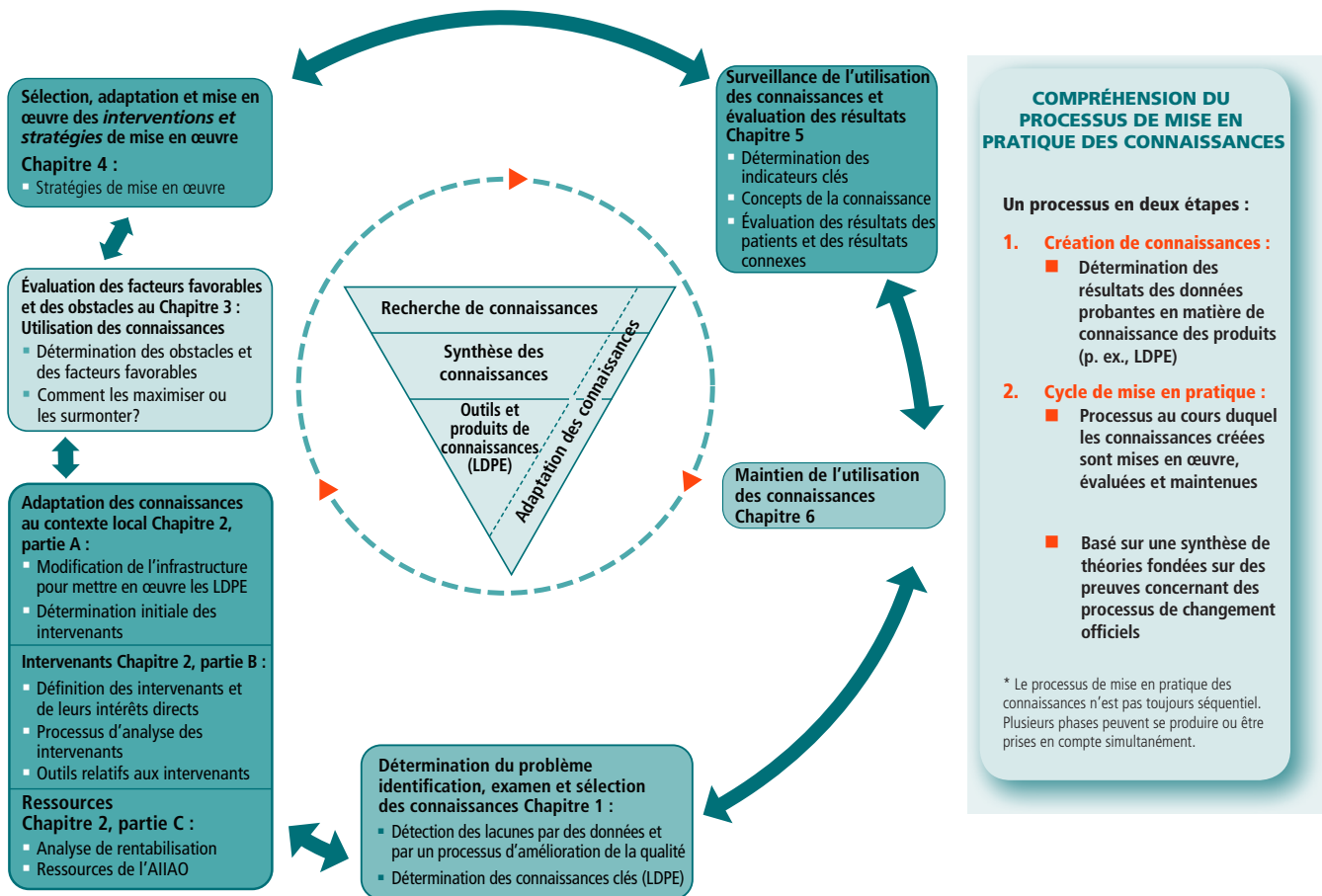
1. Le Réseau des champions des pratiques exemplaires en matière de soins infirmiers<sup>MD</sup> qui développe la capacité de chaque infirmier et infirmière à encourager la conscientisation, l'engagement et l'adoption des lignes directrices de pratiques exemplaires.
2. Les modèles d'ordonnance en soins infirmiers<sup>G</sup>, qui fournissent des énoncés d'intervention clairs, concis et tirés des recommandations de pratique des LDPE, qui peuvent être facilement intégrés dans des dossiers médicaux électroniques, bien que pouvant aussi utilisés dans des milieux fonctionnant avec le papier ou hybrides.
3. Les organisations vedettes en pratiques exemplaires (Best Practice Spotlight Organization<sup>MD</sup> [BPSO<sup>MD</sup>]), qui soutiennent la mise en œuvre des pratiques exemplaires à l'échelle des systèmes et des organismes. Les OVPE<sup>MD</sup> se concentrent sur la mise en place de cultures professionnelles fondées sur les données probantes avec le mandat particulier de mettre en œuvre, d'évaluer et d'« enraciner » plusieurs LDPE de pratique clinique de l'AIIAO.

En outre, nous offrons chaque année des ateliers de renforcement des capacités sur des LDPE particulières et leur mise en application. Les pages Web suivantes fournissent des renseignements sur nos différentes stratégies de mise en œuvre :

- le réseau des champions des pratiques exemplaires de l'AIIAO (Best Practice Champions Network<sup>MD</sup>) : [RNAO.ca/bpg/get-involved/champions](http://RNAO.ca/bpg/get-involved/champions);
- les modèles d'ordonnance en soins infirmiers de l'AIIAO : [RNAO.ca/bpg/initiatives/nursing-order-sets](http://RNAO.ca/bpg/initiatives/nursing-order-sets);
- les organisations vedettes des pratiques exemplaires de l'AIIAO<sup>MD</sup> : [RNAO.ca/bpg/bpso](http://RNAO.ca/bpg/bpso);
- les ateliers de renforcement des capacités et les autres occasions de perfectionnement professionnel de l'AIIAO : [RNAO.ca/events](http://RNAO.ca/events).

Figure 2 : Cadre de mise en pratique des connaissances

## CADRE DE MISE EN PRATIQUE DES CONNAISSANCES RÉVISÉ



## Évaluation de la ligne directrice

Le **tableau 18** fournit des mesures d'évaluation potentielles afin d'évaluer le succès global de la ligne directrice. Lors de la mise en œuvre de la ligne directrice, il est important d'évaluer les changements apportés aux pratiques, fondés sur des données probantes. Les mesures sont identifiées à l'aide de bibliothèques ou de dépôts de données d'information sur la santé établis, comme ceux de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ou de la Qualité des services de santé Ontario (QSSO), entre autres. Les répertoires de données sur la liste sont visés par une déclaration obligatoire conformément à la loi en Ontario et au Canada. Les instruments cités sont utilisés pour recueillir des données pour leurs mesures respectives (p. ex., interRAI). Choisissez la mesure la plus pertinente pour le milieu de pratique.

**Tableau 18 : Mesures d'évaluation du succès global de la ligne directrice**

MESURES D'ÉVALUATION	MESURES DANS DES RÉFÉRENTIELS DE DONNÉES/INSTRUMENTS
Pourcentage de personnes ayant signalé une crise (c'est-à-dire une détresse psychologique grave) au cours des 30 derniers jours	CAMH Monitor Report <sup>1</sup>
Pourcentage de personnes ayant rapporté plus de 14 jours de crise (c'est-à-dire de détresse mentale) au cours des 30 derniers jours.	
Échelle de risque de dommage à autrui ou comportements violents ou agressifs au cours des sept derniers jours	interRAI-MH <sup>2</sup>
Taux normalisé par âge d'hospitalisation dans un hôpital général pour cause d'automutilation (pour 100 000 habitants)	BDCP de l'ICIS <sup>3</sup> , Statistique Canada, BDMH de l'ICIS <sup>4</sup> , SNISA de l'ICIS <sup>5</sup> , SIOSM de l'ICIS <sup>6</sup> , interRAI-MH
Pourcentage de personnes en crise ayant accès aux services suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ les équipes mobiles de crise;</li> <li>■ les visites de contact;</li> <li>■ le fournisseur de soins de santé<sup>6</sup> appropriés;</li> <li>■ le triage téléphonique et les lignes d'assistance.</li> </ul>	Nouveau
Nombre de fournisseurs ayant vécu des incidents critiques qui ont ensuite accédé aux soutiens et services offerts	Nouveau
Pourcentage de satisfaction des personnes ayant bénéficié d'interventions en cas de crise (intervention brève, approche de séance de verbalisation du stress à la suite d'un incident critique, premiers secours psychologiques)	Nouveau

1 Rapport de suivi du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH Monitor Report).

2 interRAI Mental Health (interRAI-MH).

3 Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé (BDCP de l'ICIS).

4 Base de données sur la morbidité hospitalière de l'Institut canadien d'information sur la santé (BDMH de l'ICIS).

5 Système national d'information sur les soins ambulatoires de l'Institut canadien d'information sur la santé (SNISA de l'ICIS).

6 Système d'information ontarien sur la santé mentale de l'Institut canadien d'information sur la santé (SIOSM de l'ICIS).

Le **tableau 19** soutient l'évaluation des changements dans les pratiques durant leur mise en place. Les mesures sont directement associées aux énoncés des recommandations et soutiennent l'amélioration du processus.

**Tableau 19 : Mesures de mise en œuvre pour obtenir le succès global de la ligne directrice**

RECOMMAN-DATION	MESURES DE MISE EN ŒUVRE	MESURES DANS DES RÉFÉRENTIELS DE DONNÉES/INSTRUMENTS
1,1	Pourcentage de personnes en crise ayant bénéficié d'une intervention brève dans le cadre des soins de routine	Nouveau
1,2	Pourcentage de personnes en situation de crise qui ont participé à une démarche de séance de verbalisation du stress à la suite d'un incident critique dans les 24 à 72 heures suivant l'événement de crise	Nouveau
1,3	Pourcentage de personnes en crise pour lesquelles des plans de crise ont été élaborés lors de la première rencontre	Nouveau
1,4	Pourcentage de personnes qui se rendent à des rendez-vous de suivi après avoir été contactées par des équipes mobiles de crise ou des visiteurs	Nouveau
1,5	Pourcentage de personnes en crise bénéficiant de PSP par des travailleurs de soutien par les pairs	Nouveau

D'autres ressources de l'AIIO pour l'évaluation et la surveillance des LDPE :

- Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation<sup>MD</sup> [indicateurs de qualité en soins infirmiers pour le signalement des constatations et l'évaluation](NQUIRE<sup>MD</sup>) : système unique de données en soins infirmiers hébergé par l'International Affairs and Best Practice Guideline Centre [le centre des Affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires] qui permet aux organisations vedettes des pratiques exemplaires<sup>MD</sup> (OVPE<sup>MD</sup>) de mesurer les effets de la mise en application des LDPE par les OVPE dans le monde. Le système de données NQUIRE recueille, compare et présente des données sur les indicateurs de résultats et les processus fondés sur la ligne directrice pour les soins infirmiers. Les définitions des indicateurs NQUIRE sont établies en fonction des données administratives disponibles et des mesures de rendement existantes, le cas échéant, selon le principe consistant à « collecter une fois et à utiliser plusieurs fois ». En complétant d'autres systèmes de mesure du rendement, NQUIRE s'efforce de tirer parti de mesures fiables et valides, de réduire au minimum la charge de travail liée au signalement d'un cas aux fournisseurs de soins appropriés et d'harmoniser les mesures liées aux évaluations afin de permettre la réalisation d'analyses comparatives. Le système de données NQUIRE a été lancé en août 2012 dans le but de : i) créer et soutenir des cultures professionnelles basées sur les données probantes, ii) optimiser la sécurité des patients, iii) améliorer le sort des patients et iv) amener le personnel à identifier la relation entre les pratiques et les résultats pour améliorer la qualité et demander des ressources et des politiques alignées avec les changements des pratiques exemplaires. (VanDeVelde-Coke et coll., 2012). Pour en savoir plus, [consultez la page www.RNAO.ca/bpg/initiatives/nquire](http://www.RNAO.ca/bpg/initiatives/nquire).
- Les modèles d'ordonnance en soins infirmiers intégrés dans les dossiers médicaux électroniques offrent un mécanisme pour la saisie d'indicateurs de processus sous forme de données électroniques. En traçant un lien entre les indicateurs de mode d'organisation, de processus et de résultats, on parvient à déterminer l'influence qu'a eue la mise en œuvre des LDPE sur certains résultats de santé des clients. Pour en savoir plus, veuillez consulter [www.RNAO.ca/ehealth/nursingordersets](http://www.RNAO.ca/ehealth/nursingordersets).

# Processus pour la mise à jour et l'examen des lignes directrices sur les pratiques exemplaires

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario s'est engagée à mettre à jour ses LDPE de la façon suivante :

1. Chaque LDPE en soins infirmiers sera examinée par une équipe de spécialistes sur le sujet cinq ans après la publication de l'édition précédente.
2. Le personnel du centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires procède périodiquement à l'examen de nouvelles revues systématiques de la littérature, d'essais cliniques randomisés et d'autres documents pertinents au domaine.
3. Il peut ainsi recommander qu'une LDPE fasse l'objet d'une révision anticipée. Une consultation adéquate auprès d'une équipe formée de membres du groupe initial et d'autres spécialistes du domaine permettra de valider la décision d'examiner et de réviser la LDPE avant l'échéance prévue.
4. Trois mois avant l'échéance de révision, le personnel commence à planifier l'examen de la façon suivante :
  - a) En invitant des spécialistes du domaine à se joindre au comité d'experts. Le comité d'experts réunira des membres du comité d'experts initial ainsi que d'autres spécialistes et experts recommandés.
  - b) En compilant les commentaires reçus, les questions soulevées au cours de la mise en oeuvre de la LDPE et les commentaires d'OVPE<sup>MD</sup> et d'autres organisations ayant appliqué la LDPE.
  - c) En établissant une liste de nouvelles lignes directrices cliniques sur le terrain et en raffiner l'objet et la portée.
  - d) En établissant un plan de travail détaillé comportant des échéances et des livrables pour l'élaboration d'une nouvelle édition de LDPE.
5. Les nouvelles éditions des LDPE seront diffusées selon les structures et les processus établis.

## Références

- Aguiar, W. et Halseth, R. (2015). *Aboriginal peoples and historic trauma: The processes of intergenerational transmission*. Prince George (C.-B.) : National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Aho, A. L., Tarkka, M.-T., Åstedt-Kurki, P., Sorvari, L. et Kaunonen, M. (2011). « Evaluating bereavement follow-up intervention for grieving fathers and their experiences of support after the death of a child—a pilot study ». *Death Studies*, 35(10), 879–904. doi:10.1080/07481187.2011.553318
- Anderson, M. L. et Najavits, L. M. (2014). « Does seeking safety reduce PTSD symptoms in women receiving physical disability compensation? » *Rehabilitation Psychology*, 59(3), 349–353. <http://dx.doi.org/10.1037/a0036869>
- Austin, Z. et Sutton, J. (2014). « Qualitative research: Getting started ». *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, 67(6), 436–440.
- Avella, J. R. (2016). « Delphi panels: Research design, procedures, advantages, and challenges ». *International Journal of Doctoral Studies*, 11, 305–321. <https://doi.org/10.28945/3561>
- Baker, C.M., Ogden, S.J., Prapaipanich, W., Keith, C.K., Beattie, L.C. et Nickleson, L.E. (1999). « Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle ». *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11–20.
- Bolton, P., Bass, J. K., Zangana, G. A., Kamal, T., Murray, S. M., Kaysen, D.,... et Myszkowski, M. (2014). « A randomized controlled trial of mental health interventions for survivors of systematic violence in Kurdistan, Northern Iraq ». *BMC Psychiatry*, 14, 360. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-014-0360-2>
- Borschmann, R., Henderson, C., Hogg, J., Phillips, R. et Moran, P. (2012). « Crisis interventions for people with borderline personality disorder ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD009353. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009353.pub2>
- Boudreaux, J. G., Crapanzano, K. A., Jones, G. N., Jeider, T. A., Dodge, V. H., Hebert, M. J. et Kasofsky, J. M. (2015). « Using mental health outreach teams in the emergency department to improve engagement in treatment ». *Community Mental Health Journal*, 11, 11. <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-015-9935-8>
- The Bouverie Centre. (2013). *Organizational support for clinical supervision*. Ressource consultée sur la page Web <http://www.clinicalsupervisionguidelines.com.au/role-of-the-organisation>
- The Jean Tweed Centre. (2013). *Trauma matters: Guidelines for trauma-informed practices in women's substance use services*. Toronto : Auteur.
- Bowes, K., Fikowski, J. et O'Neill, M. (2007). « Critical incident stress debriefing ». *Visions Journal*, 7(2), 7.
- Bowland, S., Edmond, T. et Fallot, R. D. (2012). « Evaluation of a spiritually focused intervention with older trauma survivors ». *Social Work*, 57(1), 73–82.
- British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. (n.d). *B.C.'s mental health reform: Crisis response/emergency services best practices*. Colombie-Britannique : British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors.
- Brouwers, M., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G.,... et Zitzelsberger, L. (2010). « AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare ». *Canadian Medical Association Journal*, 182(18), 839–842.

- Brunet, A., Des Groseilliers, I. B., Cordova, M. J. et Ruzek, J. I. (2013). « Randomized controlled trial of a brief dyadic cognitive-behavioral intervention designed to prevent PTSD ». *European Journal of Psychotraumatology*, 4. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21572>
- Calvert, R., Kellett, S. et Hagan, T. (2015). « Group cognitive analytic therapy for female survivors of childhood sexual abuse ». *British Journal of Clinical Psychology*, 54(4), 391–413. <http://dx.doi.org/10.1111/bjc.12085>
- Canada, K. E., Angell, B. et Watson, A. C. (2012). « Intervening at the entry point: Differences in how CIT-trained and non-CIT trained officers describe responding to mental health-related calls ». *Community Mental Health Journal*, 48(6), 746–755. <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-011-9430-9>
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. (2014). *Trousse pour soins sensibles au traumatisme*. Ressource consultée sur la page Web <https://www.ccsa.ca/fr/trousse-pour-soin-sensibles-au-traumatisme-serie-les-principes-de-base-de>
- Association canadienne pour la santé mentale. (2016). *Mental health crisis intervention team*. Ressource consultée sur la page Web [http://lethbridge.cmha.ca/programs\\_services/mental-health-crisis-intervention-team/#.WQH1SojyuUk](http://lethbridge.cmha.ca/programs_services/mental-health-crisis-intervention-team/#.WQH1SojyuUk)
- Association canadienne pour la santé mentale. (2017). *Understanding mental illness*. Ressource consultée sur la page Web <https://toronto.cmha.ca/mental-health-2/understanding-mental-illness/>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2009). *Énoncé de position : Déterminants sociaux de la santé*. Ressource consultée sur la page Web [https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/files/en/ps124\\_social\\_determinants\\_of\\_health\\_f.pdf](https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/files/en/ps124_social_determinants_of_health_f.pdf)
- Observatoire canadien sur l'itinérance. (2014). *Solutions: Systems integration*. Ressource consultée sur la page Web <http://homelesshub.ca/blog/solutions-systems-integration>
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventative psychiatry*. Londres : Tavistock Publications Limited.
- Carr, C., d'Ardenne, P., Sloboda, A., Scott, C., Wang, D. et Priebe, S. (2012). « Group music therapy for patients with persistent post-traumatic stress disorder—an exploratory randomized controlled trial with mixed methods evaluation ». *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(2), 179–202. <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02026.x>
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2008). *Clinical supervision handbook*. Toronto (Ont.) : Auteur.
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2012). *Cognitive-behavioural therapy*. Ressource consultée sur la page Web [http://www.camh.ca/en/hospital/health\\_information/a\\_z\\_mental\\_health\\_and\\_addiction\\_information/CBT/Pages/default.aspx](http://www.camh.ca/en/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/CBT/Pages/default.aspx)
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2013). *Mental health and criminal justice policy framework*. Toronto (Ont.) : Auteur.
- Centre for Disease Control and Prevention. (2013). *Descriptive and analytic studies*. Ressource consultée sur la page Web [https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fetp/training\\_modules/19/desc-and-analytic-studies\\_ppt\\_final\\_09252013.pdf](https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fetp/training_modules/19/desc-and-analytic-studies_ppt_final_09252013.pdf)
- Chavan, B. S., Garg, R. et Bhargava, R. (2012). « Role of 24-hour telephonic helpline in delivery of mental health services ». *Indian Journal of Medical Sciences*, 66(5–6), 116–125. doi: 10.4103/0019-5359.114196
- Choi, K. R. et Seng, J. S. (2015). « Pilot for nurse-led, interprofessional in-service training on trauma-informed perinatal care ». *Journal of Continuing Education in Nursing*, 46(11), 515–521.
- The Cochrane Collaboration. (2017). *Glossary of terms in The Cochrane Collaboration*. Ressource consultée sur la page Web <http://community.cochrane.org/glossary>

Coleman, T., et Cotton, D. (2014). *TEMPO : Guide visant l'amélioration des interactions entre les policiers et les personnes aux prises avec un trouble mental*. Canada : Commission de la santé mentale du Canada.

Compton, M. T., Bakeman, R., Broussard, B., Hankerson-Dyson, D., Husbands, L., Krishan, S.,... et Watson, A. C. (2014a). « The police-based crisis intervention team (CIT) model: I. Effects on officers' knowledge, attitudes, and skills ». *Psychiatric Services*, 65(4), p. 517 à 522.

Compton, M. T., Bakeman, R., Broussard, B., Hankerson-Dyson, D., Husbands, L., Krishan, S.,... et Watson, A. C. (2014b). « The police-based crisis intervention team (CIT) model: II. Effects on level of force and resolution, referral, and arrest ». *Psychiatric Services*, 65(4), p. 523 à 529.

Service correctionnel Canada. (2007). *Gestion du stress lié aux incidents critiques*. Ressource consultée sur la page Web <https://www.csc-scc.gc.ca/politiques-et-lois/253-2-gl-fra.shtml>

Cyr, C., Mckee, H., O'Hagan, M. et Priest, R. (2016). *Le soutien par les pairs : une nécessité – Rapport présenté au comité du projet de soutien par les pairs en matière de santé mentale de la Commission de la santé mentale du Canada*. Ressource consultée sur la page Web <https://commissionsantementale.ca/resource/soutien-par-les-pairs-une-necessite/>

da Silva, J. A., Siegmund, G. et Bredemeier, J. (2015). « Crisis interventions in online psychological counseling ». *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 37(4), 171–182.

Des Groseilliers, I. B., Marchand, A., Cordova, M. J., Ruzek, J. I. et Brunet, A. (2013). « Two-year follow-up of a brief dyadic cognitive-behavioral intervention designed to prevent PTSD ». *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(5), 462–469. <http://dx.doi.org/10.1037/a0031967>

Dieltjens, T., Moonens, I., Praet, K. V., Buck, E. D. et Vandekerckhove, P. (2014). « A systematic literature search on psychological first aid: Lack of evidence to develop guidelines ». *PLoS ONE*, 9(12), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114714>

Dupont, R., Cochran, M. S. et Pilsbury, S. (2007). *Crisis intervention team core elements*. Ressource consultée sur la page Web <http://www.citinternational.org/resources/Pictures/CoreElements.pdf>

Durbin, J., Goering, P. Streiner, D. L. et Pink, G. (2006). « Does systems integration affect continuity of mental health care? » *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33(6). 10.1007/s10488-006-0087-6

Echeburua, E., Sarasua, B. et Zubizarreta, I. (2014). « Individual versus individual and group therapy regarding a cognitive-behavioral treatment for battered women in a community setting ». *Journal of Interpersonal Violence*, 29(10), 1783–1801. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260513511703>

Ellis, H. A. (2014). « Effects of a crisis intervention team (CIT) training program upon police officers before and after crisis intervention team training ». *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(1), 10–16. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2013.10.003>

Engel, C. C., Litz, B., Magruder, K. M., Harper, E., Gore, K., Stein, N.,... et Coe, T. R. (2015). « Delivery of self training and education for stressful situations (DESTRESS-PC): A randomized trial of nurse-assisted online self-management for PTSD in primary care ». *General Hospital Psychiatry*, 37(4), 323–328. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.04.007>



- Evangelista, E., Lee, S., Gallagher, A., Peterson, V., James, J., Warren, N.,... Deveny, E. (2016). « Crisis averted: How consumers experienced a police and clinical early response (PACER) unit responding to a mental health crisis ». *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(4), 367–376. <http://dx.doi.org/10.1111/inm.12218>
- Everly, G. S., Jr., Lee McCabe, O., Semon, N. L., Thompson, C. B. et Links, J. M. (2014). « The development of a model of psychological first aid for non-mental health trained public health personnel: The Johns Hopkins RAPID-PFA ». *Journal of Public Health Management & Practice*, 20 (Suppl 5), S24–29. <http://dx.doi.org/10.1097/PHH.0000000000000065>
- Ferris, F. D., Balfour, H. M., Bowen, K., Farley, J., Hardwick, M., Lamontagne, C.,... et West, P. (2002). A model to guide patient and family care: Based on nationally accepted principles and norms of practice. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(2), 106-123.
- Fleiss, J., Levin, B., et Paik, M. C. (2003). *Statistical methods for rates and proportions* (3<sup>e</sup> éd.). New York (New York) : John Wiley and Sons.
- Ford, J. D., Chang, R., Levine, J. et Zhang, W. (2013). « Randomized clinical trial comparing affect regulation and supportive group therapies for victimization-related PTSD with incarcerated women ». *Behavior Therapy*, 44(2), 262–276. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2012.10.003>
- Fox, J. H., Burkle, F., Bass, J., Pia, F. A., Epstein, J. et Markenson, D. (2012). « The effectiveness of psychological first aid as a disaster intervention tool: Research analysis of peer-reviewed literature from 1990–2012 ». *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 6(3), 247–252.
- Furber, G., Jones, G. M., Healey, D. et Bidargaddi, N. (2014). « A comparison between phone-based psychotherapy with and without text messaging support in between sessions for crisis patients ». *Journal of Medical Internet Research*, 16(10), e219. <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.3096>
- Gelkopf, M., Haimov, S. et Lapid, L. (2015). « A community long-term hotline therapeutic intervention model for coping with the threat and trauma of war and terror ». *Community Mental Health Journal*, 51(2), 249–255. <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-014-9786-8>
- Gilmour, H. (2015). « Santé mentale positive et maladie mentale ». *Rapports sur la santé*, 25(9), p. 3 à 9. Ressource consultée sur la page Web <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2014009/article/14086-eng.htm>
- Goldner, E. M., Jenkins, E., Palma, J. et Bilsker, D. (2011). *A concise introduction to mental health in Canada*. Toronto : Canadian Scholars' Press.
- Goldsmith, R. E., Gerhart, J. I., Chesney, S. A., Burns, J. W., Kleinman, B. et Hood, M. M. (2014). « Mindfulness-based stress reduction for posttraumatic stress symptoms: Building acceptance and decreasing shame ». *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 19(4), 227–234. <http://dx.doi.org/10.1177/2156587214533703>
- Gudde, C. B., Olso, T. M., Antonsen, D. O., Ro, M., Eriksen, L. et Vatne, S. (2013). « Experiences and preferences of users with major mental disorders regarding helpful care in situations of mental crisis ». *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(2), 185–190. <http://dx.doi.org/10.1177/1403494812472265>
- Haga, J. M., Stene, L. E., Wentzel-Larsen, T., Thoresen, S. et Dyb, G. (2015). « Early postdisaster health outreach to modern families: A cross-sectional study ». *BMJ Open*, 5(12), e009402. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009402>
- Halter, J. M., Pollard C. L., Ray, S. L. et Haase, M. (éd.). (2014). *Canadian psychiatric mental health nursing*. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Saunders.

Harrison, M. B., Graham, I. D., Fervers, B., et van den Hoek, J. (2013). Adapting knowledge to local context. Dans S. E. Straus, J. Tetroe, et I. D. Graham (édit.), *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (2<sup>e</sup> éd.) (p. 110–120). Chichester, (Royaume-Uni) : John Wiley & Sons, Ltd.

Hasselberg, N., Grawe, R. W., Johnson, S. et Ruud, T. (2011a). « An implementation study of the crisis resolution team model in Norway: Are the crisis resolution teams fulfilling their role? » *BMC Health Services Research*, 11, 96. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-96>

Hasselberg, N., Grawe, R. W., Johnson, S. et Ruud, T. (2011b). « Treatment and outcomes of crisis resolution teams: A prospective multicentre study ». *BMC Psychiatry*, 11, 183. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-11-183>

Hoff, L. A. (1995). *People in crisis: Understanding and helping* (4<sup>e</sup> éd.). San Francisco : Wiley Trade Publishing.

Hootz, T., Mykota, D. B. et Fauchoux, L. (2016). « Strength-based crisis programming: Evaluating the process of care ». *Evaluation and Program Planning*, 54, 50–62. <http://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2015.09.001>

Hubbeling, D. et Bertram, R. (2012). « Crisis resolution teams in the UK and elsewhere ». *Journal of Mental Health*, 21(3), 285–295. <http://dx.doi.org/10.3109/09638237.2011.637999>

Huppert, D. et Griffiths, M. (2015). « Police Mental Health Partnership project: Police Ambulance Crisis Emergency Response (PACER) model development ». *Australasian Psychiatry*, 23(5), 520–523. <http://dx.doi.org/10.1177/1039856215597533>

International Crisis Intervention Team. (2017). *Welcome to CIT International*. Ressource consultée sur la page Web <http://www.citinternational.org/>

Jain, S., McMahon, G. F., Hasen, P., Kozub, M. P., Porter, V., King, R. et Guarneri, E. M. (2012). « Healing Touch with guided imagery for PTSD in returning active duty military: A randomized controlled trial ». *Military Medicine*, 177(9), 1015–1021.

Jakubec, S. L. (2014). « Crisis and Disaster ». Dans : J. H. Halter, C. L. Pollard, S. L. Ray, M. Haase (éd.), *Canadian psychiatric mental health nursing* (p. 491–507). Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Saunders.

Johnson, D. M., Zlotnick, C., & Perez, S. (2011). « Cognitive behavioral treatment of PTSD in residents of battered women's shelters: Results of a randomized clinical trial ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 542–551. <http://dx.doi.org/10.1037/a0023822>

Justice Institute of British Columbia. (2016). *Programs & courses*. Ressource consultée sur la page Web <http://www.jibc.ca/programs-courses>

Kaiser, D., Grundmann, J., Schulze, C., Stubenvoll, M., Kosar, M., Junker, M.,... et Schafer, I. (2015). « A pilot study of seeking safety in a sample of German women outpatients with substance dependence and posttraumatic stress disorder ». *Journal of Psychoactive Drugs*, 47(5), 401–408. <http://dx.doi.org/10.1080/02791072.2015.1090644>

Kasckow, J., Morse, J., Begley, A., Anderson, S., Bensasi, S., Thomas, S.,... et Reynolds, C. F. III (2014). « Treatment of post traumatic stress disorder symptoms in emotionally distressed individuals ». *Psychiatry Research*, 220(1–2), 370–375. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.06.043>

Kelly, A. et Garland, E. L. (2016). « Trauma-informed mindfulness-based stress reduction for female survivors of interpersonal violence: Results from a Stage I RCT ». *Journal of Clinical Psychology*, 72(4), 311–328. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.22273>

- Kirst, M., Francombe Pridham, K., Narrandes, R., Matheson, F., Young, L., Niedra, K., Stergiopoulos, V. (2015). « Examining implementation of mobile, police-mental health crisis intervention teams in a large urban centre ». *Journal of Mental Health*, 24(6), 369–374. <http://dx.doi.org/10.3109/09638237.2015.1036970>
- Kopytin, A. et Lebedev, A. (2013). « Humor, self-attitude, emotions, and cognitions in group art therapy with war veterans ». *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 30(1), 20–29. 10.1080/07421656.2013.757758
- Kubiak, S., Kim, W. J., Fedock, G. et Bybee, D. (2012). « Assessing short-term outcomes of an intervention for women convicted of violent crimes ». *Journal of the Society for Social Work and Research*, 3(3), 197–212. <http://dx.doi.org/10.5243/jsswr.2012.13>
- Lasiuk, G., Hegadoren, K. et Austin, W. (2015). « Trauma- and stress-related disorders, crisis and response to disaster ». Dans : W. Austin & M. A. Boyd (éd.), *Psychiatric and Mental Health Nursing for Canadian Practice* (3e éd.) (p. 288–316). Philadelphie (Pennsylvanie) : Wolters Kluwer.
- Lewis-O'Connor, A. et Chadwick, M. (2015). « Engaging the voice of patients affected by gender-based violence: Informing practice and policy ». *Journal of Forensic Nursing*, 11(4), 240–249. <http://dx.doi.org/10.1097/JFN.000000000000090>
- Li, Y. H. et Xu, Z. P. (2012). « Psychological crisis intervention for the family members of patients in a vegetative state ». *Clinics (Sao Paulo, Brésil)*, 67(4), 341–345.
- Klinic Community Health Centre. (2013). *Trauma-informed: The trauma toolkit*. Ressource consultée sur la page Web [http://trauma-informed.ca/wp-content/uploads/2013/10/Trauma-informed\\_Toolkit.pdf](http://trauma-informed.ca/wp-content/uploads/2013/10/Trauma-informed_Toolkit.pdf)
- Manitoba Trauma Information Centre. (2017). *Organizational self-assessment*. Ressource consultée sur la page Web <http://trauma-informed.ca/trauma-informed-organizationssystems/organizational-self-assessment/>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2017). *Soutien par les pairs*. Ressource consultée sur la page Web <https://commissionsantementale.ca/ce-que-nous-faisons/acces-a-des-soins-de-sante-mentale-de-qualite/soutien-par-les-pairs/>
- McKenna, B., Furness, T., Brown, S., Tacey, M., Hiam, A. et Wise, M. (2015). « Police and clinician diversion of people in mental health crisis from the emergency department: A trend analysis and cross comparison study ». *BMC Emergency Medicine*, 15, 14. <http://dx.doi.org/10.1186/s12873-015-0040-7>
- McKenna, B., Furness, T., Oakes, J. et Brown, S. (2015). « Police and mental health clinician partnership in response to mental health crisis: A qualitative study ». *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(5), 386–393. <http://dx.doi.org/10.1111/inm.12140>
- Mikkonen, J. et Raphael, D. (2010). *Social determinants of health: The Canadian facts*. Toronto : York University School of Health Policy and Management.
- Miller, W. R, Sanchez, V.C. (1994). « Motivating young adults for treatment and lifestyle change ». Dans G. S. Howard et P. E. Nathan (éd.), *Alcohol use and misuse by young adults* (p. 55-81). Notre Dame, (Indiana) : University of Notre Dame Press.
- Mind. (2013). *Crisis services: How can I plan for a crisis?* Ressource consultée sur la page Web <https://www.mind.org.uk/information-support/guides-to-support-and-services/crisis-services/planning-for-a-crisis/#.WahbgjiGPIU>
- Mindcheck.ca. (2017). *Stress self-care resources*. Ressource consultée sur la page Web <https://mindcheck.ca/stress/stress-self-care-resources>

- Miner, A., Kuhn, E., Hoffman, J. E., Owen, J. E., Ruzek, J. I. et Taylor, C. (2016). « Feasibility, acceptability, and potential efficacy of the PTSD Coach app: A pilot randomized controlled trial with community trauma survivors ». *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(3), 384-392. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000092>
- Mitchell, J. T. (1983). « When disaster strikes... the critical incident stress debriefing process ». *JEMS: A Journal of Emergency Medical Services*, 8(1), 36-39.
- Mitchell, J. T. (1998). *Critical incident stress management: A new era in crisis intervention*. Ressource consultée sur la page Web <http://www.istss.org/education-research/traumatic-stresspoints/1998-fall/critical-incident-stress-management-a-new-era-in-c.aspx>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. et The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *British Medical Journal*, 339, b2535.
- Morland, L. A., Mackintosh, M. A., Rosen, C. S., Willis, E., Resick, P., Chard, K. et Frueh, B. C. (2015). « Telemedicine versus in-person delivery of cognitive processing therapy for women with posttraumatic stress disorder: A randomized noninferiority trial ». *Depression and Anxiety*, 32(11), 811-820. doi: 10.1002/da.22397
- Mueser, K. T., Gottlieb, J. D., Xie, H., Lu, W., Yanos, P. T., Rosenberg, S. D.,... et Maklebust, J. (2015). « Evaluation of cognitive restructuring for post-traumatic stress disorder in people with severe mental illness ». *British Journal of Psychiatry*, 206(6), 501-508. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147926>
- Murphy, D., Hodgman, G., Carson, C., Spencer-Harper, L., Hinton, M., Wessely, S. et Busuttil, W. (2015). « Mental health and functional impairment outcomes following a 6-week intensive treatment programme for UK military veterans with post-traumatic stress disorder (PTSD): A naturalistic study to explore dropout and health outcomes at follow-up ». *BMJ Open*, 5(3), e007051. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007051>
- National Centre for Complementary and Integrative Health. (2016). *Complementary, alternative, or integrative health: What's in a name?* Ressource consultée sur la page Web [https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/Whats\\_In\\_A\\_Name\\_06-16-2016.pdf](https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/Whats_In_A_Name_06-16-2016.pdf)
- The National Child Traumatic Stress Network. (2008). *Understanding the links between adolescent trauma and substance abuse* (2<sup>e</sup> éd.). Ressource consultée sur la page Web [http://www.nctsnet.org/nctsn\\_assets/pdfs/SAToolkitProviderGuide.pdf](http://www.nctsnet.org/nctsn_assets/pdfs/SAToolkitProviderGuide.pdf)
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2013). *L'équité dans l'accès aux soins : Parlons-en* Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université Saint-Francis-Xavier.
- Nielsen, O., Dear, B. F., Staples, L. G., Dear, R., Ryan, K., Purtell, C. et Titov, N. (2015). « Procedures for risk management and a review of crisis referrals from the MindSpot Clinic, a national service for the remote assessment and treatment of anxiety and depression ». *BMC Psychiatry*, 15, 304. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-015-0676-6>
- Nishith, P., Mueser, K. T. et Morse, G. A. (2015). « A brief intervention for posttraumatic stress disorder in persons with a serious mental illness ». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(4), 314-319. <http://dx.doi.org/10.1037/prj0000158>
- O'Connor, S. S., Comtois, K. A., Wang, J., Russo, J., Peterson, R., Lapping-Carr, L. et Zatzick, D. (2015). « The development and implementation of a brief intervention for medically admitted suicide attempt survivors ». *General Hospital Psychiatry*, 37(5), 427-433. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2015.05.001>
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (1999). *Franchir les étapes : Plan de mise en œuvre continue de la réforme du système de santé mentale*. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.

- Pack, M. J. (2012). « Critical incident stress debriefing: An exploratory study of social workers' preferred models of CISM and experiences of CISD in New Zealand ». *Social Work in Mental Health*, 10(4), 273–293. doi:10.1080/15332985.2012.657297
- Pati, D. (2011). A framework for evaluating evidence in evidence-based design. *Health Environments Research and Design Journal*, 4(3), 50-71.
- Paton, F., Wright, K., Ayre, N., Dare, C., Johnson, S., Lloyd-Evans, B.,... et Callis, N. (2016). « Improving outcomes for people in mental health crisis: A rapid synthesis of the evidence for available models of care ». *Health Technology Assessment (Winchester, Angleterre)*, 20(3), 1–162. <http://dx.doi.org/10.3310/hta20030>
- Pence, P. G., Katz, L. S., Huffman, C. et Cojucar, G. (2014). « Delivering integrative restoration-yoga nidra meditation (iRest) to women with sexual trauma at a veteran's medical centre: A pilot study ». *International Journal of Yoga Therapy*, 24, 53–62.
- Polusny, M. A., Erbes, C. R., Thuras, P., Moran, A., Lamberty, G. J., Collins, R. C.,... et Lim, K. O. (2015). « Mindfulness-based stress reduction for posttraumatic stress disorder among veterans: A randomized clinical trial ». *JAMA*, 314(5), 456–465. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2015.8361>
- Poole, N., Urquhart, C., Jasiura, F., Smylie, D. et Schmidt, R. (2013). *Trauma- informed practice guide*. Ressource consultée sur la page Web [http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013\\_TIP-Guide.pdf](http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf)
- Powell, T., & Leytham, S. (2014). « Building resilience after a natural disaster: An evaluation of a parental psycho-educational curriculum ». *Australian Social Work*, 67(2), 285–296. doi:10.1080/0312407X.2014.9029
- Raja, S., Rajagopalan, C. F., Kruthoff, M., Kuperschmidt, A., Chang, P. et Hoersch, M. (2015). « Teaching dental students to interact with survivors of traumatic events: Development of a two-day module ». *Journal of Dental Education*, 79(1), p. 47 à 55.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2002). *Établissement de la relation thérapeutique*. Toronto (Ont.) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2007). *Embracing cultural diversity in health care: Developing cultural competence*. Toronto (Ont.) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2009). *Preventing and managing violence in the workplace*. Toronto (Ont.) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2012). *Trousse : la mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* (2<sup>e</sup> édition). Toronto (Ont.) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2013). *Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : Optimisation des résultats pour le patient ou client, l'organisme et le système*. Toronto (Ont.) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2014). *Soins de transition*. Toronto (Ont.) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2015). *Mobiliser les clients qui utilisent des substances*. Toronto (Ontario) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2015b). *Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille*. Toronto (Ontario) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2016). *Nurse educator: Mental health and addiction resource*. Toronto (Ont.) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2016). *Pratiquer l'éducation dans les soins infirmiers*. Toronto (Ont.) : Auteur.

- Rissanen, R., Nordin, K., Ahlgren, J. et Arving, C. (2015). « A stepped care stress management intervention on cancer-related traumatic stress symptoms among breast cancer patients—a randomized study in group vs. individual setting ». *Psycho-Oncology*, 24(9), 1028–1035. doi: 10.1002/pon.3763
- Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N. et Bisson, J. I. (2016). « Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD010204. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD010204.pub2>
- Rockers, P. C., Rottingen, J.-A., Shemilt, I., Tugwell, P. et Barnighausen, T. (2015). Inclusion of quasi-experimental studies in systematic reviews of health systems research. *Health Policy*, 119(4), 511–521.
- Roller, C. G. (2012). « The perinatal self-care index: Development of an evidence-based assessment tool for use with child sexual abuse survivors ». *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 26(4), 319–326. <http://dx.doi.org/10.1097/JPN.0b013e318252dd9a>
- Ruchlewska, A., Wierdsma, A. I., Kamperman, A. M., van der Gaag, M., Smulders, R., Roosenschoon, B.-J. et Mulder, C. L. (2014). « Effect of crisis plans on admissions and emergency visits: A randomized controlled trial ». *PLoS ONE*, 9(3), e91882. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0091882>
- Rudd, M., Bryan, C. J., Wertenberger, E. G., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., Mintz, J.,... et Bruce, T. O. (2015). « Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: Results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up ». *The American Journal of Psychiatry*, 172(5), 441–449. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14070843>
- Sands, N., Elsom, S., Keppich-Arnold, S., Henderson, K. et Thomas, P. A. (2016). « Perceptions of crisis care in populations who self-referred to a telephone-based mental health triage service ». *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(2), 136–143. <http://dx.doi.org/10.1111/inm.12177>
- Sayin, A., Candansayar, S. et Welkin, L. (2013). « Group psychotherapy in women with a history of sexual abuse: What did they find helpful? ». *Journal of Clinical Nursing*, 22(23–24), 3249–3258. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12168>
- Schouten, K. A., de Niet, G. J., Knipscheer, J. W., Kleber, R. J. et Hutschemaekers, G. J. (2015). « The effectiveness of art therapy in the treatment of traumatized adults: A systematic review on art therapy and trauma ». *Trauma Violence & Abuse*, 16(2), 220–228. <http://dx.doi.org/10.1177/1524838014555032>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2011). *SIGN 50: A guideline developer's handbook*. Ressource consultée sur la page Web <http://www.sign.ac.uk/sign-50.html>
- Sikkema, K. J., Ranby, K. W., Meade, C. S., Hansen, N. B., Wilson, P. A. et Kochman, A. (2013). « Reductions in traumatic stress following a coping intervention were mediated by decreases in avoidant coping for people living with HIV/AIDS and childhood sexual abuse ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(2), 274–283. <http://dx.doi.org/10.1037/a0030144>
- Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrøm, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M. et Karlsen, K. (2011). « Motivational interviewing for substance abuse ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, 1–130.
- Spence, J., Titov, N., Dear, B. F., Johnston, L., Solley, K., Lorian, C.,... et Schwenke, G. (2011). « Randomized controlled trial of Internet-delivered cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder ». *Depression and Anxiety*, 28(7), 541–550. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20835>

- Stanley, B., Brown, G. K., Currier, G. W., Lyons, C., Chesin, M. et Knox, K. L. (2015). « Brief intervention and follow-up for suicidal patients with repeat emergency department visits enhances treatment engagement ». *American Journal of Public Health*, 105(8), 1570–1572. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2015.302656>
- Stevens, K. (2013) « The impact of evidence-based practice in nursing and the next big ideas ». *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 18(2), manuscrit 4.
- Straus, S., Tetroe, J., Graham, I. D., Zwarenstein, M. et Bhattacharyya, O. (2009). « Monitoring and evaluating knowledge ». Dans : S. Straus, J. Tetroe et I. D. Graham (éd.), *Knowledge translation in health care* (p. 151–159). Oxford, Royaume-Uni : Wiley-Blackwell.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration*. Consulté à l'adresse : [http://www.sph.uth.tmc.edu/eriksen/Annexe E : « Substance use, abuse, dependence continuum, and principles of effective treatment »](http://www.sph.uth.tmc.edu/eriksen/Annexe%20E%20-%20Substance%20use,%20abuse,%20dependence%20continuum,%20and%20principles%20of%20effective%20treatment.pdf). Ressource consultée sur la page Web [https://www.ncsacw.samhsa.gov/files/SAFERR\\_AppendixE.pdf](https://www.ncsacw.samhsa.gov/files/SAFERR_AppendixE.pdf)
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration*. (2009). *Core elements in responding to mental health crises*. Rockville (Maryland) : Centre for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration*. (2014 a). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*. Rockville, (Maryland) : Auteur.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration*. (2014b). *Trauma-informed care in behavioural health services*. Rockville, (Maryland) : Auteur.
- Tetterton, S. et Farnsworth, E. (2011). « Older women and intimate partner violence: Effective interventions ». *Journal of Interpersonal Violence*, 26(14), 2929–2942. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260510390962>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Kastner, M.,... et Straus, S. E. (2016). « A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews ». *BMC Medical Research Methodology*, 16, 15. <http://doi.org/10.1186/s12874-016-0116-4>
- Tyuse, S. W. (2012). « A Crisis Intervention Team program: Four-year outcomes ». *Social Work in Mental Health*, 10(6), 464–477. <http://dx.doi.org/10.1080/15332985.2012.708017>
- University of Buffalo. (2017). *Our self-care starter kit*. Ressource consultée sur la page Web <http://socialwork.buffalo.edu/resources/self-care-starter-kit.html>
- VanDeVelde-Coke, S., Doran, D., Grinspun, D., Hayes, L., Sutherland Boal, A., Velji, K.,... et Hannah, K. (2012). Measuring outcomes of nursing care, improving the health of Canadians : NNQR (C), C-HOBIC et NQuIRE. *Nursing Leadership*, 25(2): p. 26 à 37.
- Victorian Alcohol & Drug Association. (2013). *What is clinical supervision?* Ressource consultée sur la page Web <http://www.clinicalsupervisionguidelines.com.au/definition-and-purpose>
- Wang, X., Lan, C., Chen, J., Wang, W., Zhang, H. et Li, L. (2015). « Creative arts program as an intervention for PTSD: A randomized clinical trial with motor vehicle accident survivors ». *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 8(8), 13585–13591.
- Wang, Z., Wang, J. et Maercker, A. (2013). « Chinese My Trauma Recovery, a web-based intervention for traumatized persons in two parallel samples: Randomized controlled trial ». *Journal of Medical Internet Research*, 15(9), e213. <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.2690>

- Wheeler, C., Lloyd-Evans, B., Churchard, A., Fitzgerald, C., Fullarton, K., Mosse, L.,... et Johnson, B. (2015). « Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: A systematic review ». *BMC Psychiatry*, 15, 74. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-015-0441-x>
- Whitehead, M., Dahlgren, G. et McIntyre, D. (2007). « Putting equity centre stage: Challenging evidence-free reforms ». *Internal Journal of Health Services*, 37(2), 353–361.
- Winstanley, J. et White, E. (2003). « Clinical supervision: Models, measures and best practice ». *Nurse Researcher*, 10(4), 7-38.
- Wolff, N., Huening, J., Shi, J., Frueh, B., Hoover, D. R. et McHugo, G. (2015). « Implementation and effectiveness of integrated trauma and addiction treatment for incarcerated men ». *Journal of Anxiety Disorders*, 30, 66–80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.10.009>
- Organisation mondiale de la Santé. (2009). *Cadre conceptuel de la Classification internationale pour la sécurité des patients de l'OMS* (v. 1.1). Ressource consultée sur la page Web [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)
- Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. Genève (Suisse) : Auteur.
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Mental health: A state of well-being*. Retrieved from [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)
- Organisation mondiale de la Santé. (2016). *Violence against women*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>
- Organisation mondiale de la Santé. (2017). *Social determinants of health*. Ressource consultée sur la page Web [http://www.who.int/social\\_determinants/sdh\\_definition/en/](http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/)
- Organisation mondiale de la santé, War Trauma Foundation et World Vision International. (2013). *Les premiers secours psychologiques : Guide pour les acteurs de terrain*. Genève (Suisse) : Auteur.
- Xie, H., Liu, L., Wang, J., Joon, K. E., Parasuram, R., Gunasekaran, J. et Poh, C. L. (2015). « The effectiveness of using non-traditional teaching methods to prepare student health care professionals for the delivery of mental state examination: A systematic review ». *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(7), 177–212. doi:10.11124/jbisrir-2015-2263
- Zalta, A. K., Tirone, V., Siedjak, J., Boley, R. A., Vechiu, C., Pollack, M. H. et Hobfoll, S. E. (2016). « Une étude pilote d'un entraînement de résilience cognitivocomportemental sur mesure pour les survivants de traumatismes présentant un seuil de détresse ». *Journal of Traumatic Stress*, 29(3), 268–272. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.22094>



## Annexe A : Glossaire

**Consensus** : un procédé qui permet d'atteindre une entente parmi un groupe ou un comité pendant une technique Delphi ou une technique Delphi modifiée (Avella, 2016). Par exemple, un consensus de 70 % des membres du comité d'experts était requis pour déterminer la force des recommandations de la présente ligne directrice.

*Voir technique Delphi modifiée*

**Consommation de substances** : la consommation de substances psychoactives s'inscrit dans un continuum, la dépendance se situant à une extrémité de ce continuum. Cependant, toutes les consommations de substances ne sont pas problématiques, et même lorsque la consommation de substances est de nature problématique ou addictive, elle peut être perçue comme bénéfique par la personne. Il est important de comprendre les avantages et les inconvénients perçus (SAMHSA, n.d.).

**Crise** : une crise comme une réponse limitée dans le temps à un événement de la vie qui dépasse les mécanismes d'adaptation habituels d'une personne en réponse à des facteurs situationnels, développementaux, biologiques, psychologiques, socioculturels et/ou spirituels (Caplan, 1964; ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 1999).

Il est important de noter que ces lignes directrices visent à fournir des interventions fondées sur des données probantes immédiatement et jusqu'à quatre semaines après la crise.

**Dépendance** : addiction persistante à une substance ou à un comportement ou leur utilisation malgré ses conséquences négatives et la fréquence croissante de ces conséquences (Halter, Pollard, Ray et Haase, 2014).

**Déterminants sociaux de la santé** : les déterminants sociaux de la santé sont des « conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Ces circonstances sont déterminées par la répartition de l'argent, du pouvoir et des ressources à l'échelle mondiale, nationale et locale. Les déterminants sociaux de la santé sont en grande partie responsables des inégalités sur le plan de la santé, c'est-à-dire des différences injustes et évitables dans l'état de santé, observées à l'intérieur des pays et entre ceux-ci » (OMS, 2017, par. 1).

**Entrevue motivationnelle** : méthode de suivi fondée sur des données probantes, centrée sur la personne et non directrice, pour améliorer la motivation intrinsèque de la personne à changer (Smedslund et coll., 2011).

**Équipe interprofessionnelle** : équipe composée de personnes de différentes professions travaillant ensemble pour atteindre un objectif commun et partageant la prise de décision pour atteindre cet objectif.

Aux fins de la présente ligne directrice, l'équipe interprofessionnelle est composée de plusieurs fournisseurs de soins de santé (réglementés et non réglementés), de personnel de première intervention (comme les policiers) et de travailleuses et travailleurs de soutien par les pairs qui travaillent tous en collaboration pour fournir des réponses, des soins et des services complets et de qualité aux personnes à l'intérieur, entre et à travers les établissements de soins de santé et communautaires. L'objectif est de collaborer avec les personnes afin de leur fournir des soins qui tiennent compte de leurs objectifs et de leurs valeurs (Ferris et coll., 2002).

**Équipes de résolution de crise** : les équipes de résolution de crise sont des équipes mobiles multidisciplinaires offrant des services d'urgence rapides et à court terme dans la communauté comme alternative à l'admission en milieu hospitalier (Hasselberg et coll., 2011a, 2011b; Wheeler et coll., 2015).

**Essais cliniques randomisés** : expérience au cours de laquelle le chercheur attribue une ou plusieurs interventions à des participants qui sont assignés de façon aléatoire au groupe expérimental (recevant l'intervention expérimentale) et au groupe de référence (recevant un traitement traditionnel) ou au groupe témoin (ne recevant aucune intervention ou administration d'un placebo) (The Cochrane Collaboration, 2017).

**Étude contrôlée** : essai clinique dans lequel un chercheur attribue une intervention, une exposition ou un traitement à des participants qui n'ont pas été affectés de façon aléatoire au groupe expérimental et au groupe de référence ou au groupe témoin (The Cochrane Collaboration, 2005).

**Étude descriptive** : étude qui génère des hypothèses et décrit les caractéristiques d'un échantillon de personnes à un moment donné. Les chercheurs ne vérifient pas une hypothèse au moyen d'une intervention, d'une exposition ou d'un traitement; à la place, ils décrivent simplement les caractéristiques d'un échantillon de population donnée (CDC, 2013; The Cochrane Collaboration, 2017). L'étude descriptive inclut les études de prévalence.

**Étude de prévalence** : étude descriptive qui mesure la distribution d'une ou de plusieurs caractéristiques dans une population à un moment donné précis (aussi appelée un sondage) (The Cochrane Collaboration, 2017).

**Étude quasi expérimentale** : étude qui examine les causes d'une question à l'étude en observant l'exposition d'intérêt, mais dans lequel les expériences ne sont pas maîtrisées directement par le chercheur et ne sont pas randomisées (p. ex., concepts « avant et après ») (Rockers, Rottingen, Shemilt, Tugwell et Barnighausen, 2015).

**Études analytiques** : les études analytiques vérifient les hypothèses sur les relations entre l'exposition et le résultat. Les chercheurs n'attribuent pas une intervention, une exposition ou un traitement, mais mesurent l'association entre l'exposition et le résultat avec le temps, en utilisant un groupe de référence (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2013). Les études analytiques comprennent les études cas/témoins et les études de cohortes.

**Étude cas/témoins** : étude qui compare des personnes atteintes d'une maladie particulière ou avec un résultat intéressant (cas), à d'autres personnes dans la même population qui n'ont pas cette maladie ou ce résultat (témoins) (The Cochrane Collaboration, 2017).

**Étude de cohorte** : étude d'observation dans laquelle un groupe défini de personnes (la cohorte) est suivi pendant un certain temps de façon prospective ou rétrospective (The Cochrane Collaboration, 2017).

**Examen de la portée** : les examens de la portée servent à présenter un large aperçu des données probantes sur un sujet en particulier afin d'examiner les domaines émergents ou pour éclaircir les principaux concepts ou questions qu'une chercheuse ou un chercheur pourrait avoir, sans égard à la qualité de l'étude. Les examens de la portée sont souvent un processus générant des hypothèses, alors que les revues systématiques mettent les hypothèses à l'épreuve (Tricco et coll., 2016).

**Famille** : terme utilisé pour désigner des personnes qui sont liées (sur le plan biologique, affectif ou légal) avec la personne qui reçoit des soins de santé, et/ou entretiennent avec elle des liens étroits (amitié, engagement, partage d'un ménage et de responsabilités pour l'éducation d'enfants, ou relations romantiques). La famille d'une personne comprend tous ceux que la personne considère comme des proches dans sa vie (p. ex., parents, aidants naturels, amis, décideurs substitués, groupes, collectivités et populations). La personne qui reçoit des soins détermine l'importance et le niveau de participation de toutes ces personnes à la prestation de ses soins, selon sa capacité. (AllIAO, 2015b).

**Formation de l'équipe d'intervention en situation de crise :** la formation de l'équipe d'intervention en situation de crise est un modèle d'intervention en situation de crise de la police pour les premiers intervenants. Elle exige une formation qui permet à la police d'utiliser des compétences spécialisées lorsqu'elle répond à des appels concernant des personnes atteintes de maladie mentale. Ces compétences peuvent inclure l'évaluation de la présence probable d'une maladie mentale, l'utilisation de techniques de communication et de désescalade, et la communication avec les fournisseurs de services de santé mentale (Ellis, 2014; Tyuse, 2012). Les objectifs de la formation des équipes d'intervention en situation de crise sont notamment d'améliorer la sécurité des agents et des consommateurs et de réorienter les personnes atteintes de maladie mentale du système judiciaire vers le système de soins de santé (Dupont et coll., 2007).

**Fournisseur de soins de santé :** dans cette ligne directrice, le terme « fournisseur de soins de santé » désigne les fournisseurs ou les professionnels de la santé réglementés et, dans certains cas, les fournisseurs de soins de santé non réglementés qui fournissent des soins et des services aux personnes dans n'importe quel contexte.

**Incident critique :** un incident critique est un événement traumatique (qui peut se produire dans une institution ou dans la communauté) qui provoque une forte réaction émotionnelle susceptible d'affecter la capacité d'une personne à faire face aux séquelles. Les exemples d'incidents critiques peuvent comprendre, sans s'y limiter, le fait d'être témoin de la mort d'une autre personne, d'être victime de violence physique ou du suicide d'un collègue (Service correctionnel du Canada, 2007).

**Intervenant :** une personne, un groupe ou un organisme qui porte un intérêt particulier aux décisions et aux activités des organismes et qui pourrait tenter de les influencer (Baker et coll., 1999). Les intervenants incluent des personnes ou des groupes qui seront touchés, directement ou indirectement, par un changement ou la solution apportée à un problème.

**Intervention brève (IB) :** technique utilisée par les fournisseurs de soins de santé pour exprimer de l'empathie pour le client et offrir un retour d'information afin d'accroître la motivation du client à effectuer des changements (RNAO, 2015).

**Interventions en situation de crise :** les interventions en situation de crise sont les méthodes utilisées pour offrir une aide immédiate à court terme aux personnes qui vivent un événement produisant une détresse émotionnelle, mentale, physique et comportementale. Elles sont conçues pour assurer la sécurité et la récupération, ainsi que pour ne pas durer plus d'un mois (Borschmann, Henderson, Hogg, Phillipset Moran, 2012; Li et Xu, 2012).

**Lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE) :** documents basés sur l'évidence et développés systématiquement qui comprennent les recommandations sur des sujets particuliers en matière de clinique et de milieu de travail sain pour le personnel infirmier, les membres de l'équipe interprofessionnelle, les enseignants, les dirigeants et les preneurs de décisions, ainsi que les personnes et leurs familles. Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires encouragent l'uniformité et l'excellence des soins cliniques ainsi que les politiques et l'éducation en matière de santé, menant ultimement à des résultats en santé optimaux pour les gens, les communautés et le système de santé.

**Maladie mentale :** [traduction] « La maladie mentale est un ensemble de troubles tels que la dépression, le trouble bipolaire, la déprime et l'anxiété. Les symptômes peuvent aller d'une perte de motivation et d'énergie à une modification des habitudes de sommeil, en passant par des sautes d'humeur extrêmes, des troubles de la pensée ou de la perception, ou encore des obsessions ou des peurs envahissantes. La maladie mentale interfère avec les relations et affecte la capacité d'une personne à fonctionner au quotidien, ce qui entraîne souvent un isolement social » (Association canadienne pour la santé mentale, 2017, paragraphe 2).

**Méta-analyse** : examen méthodique d'essais cliniques randomisés qui utilisent des méthodes statistiques pour analyser et résumer les résultats des études incluses (The Cochrane Collaboration, 2017).

**Modèle d'ordonnance en soins infirmiers** : un groupe d'interventions fondées sur des données probantes propres au domaine des soins infirmiers. Les modèles d'ordonnance en soins infirmiers font l'objet d'une ordonnance indépendante par le personnel infirmier (c.-à-d., sans la signature d'un médecin) dans le but de normaliser les soins offerts pour une situation ou un problème clinique précis. Les modèles d'ordonnance en soins infirmiers sont dérivés des recommandations en matière de pratique dans une ligne directrice.

**Personnel infirmier** : englobe les infirmières autorisées et les infirmiers autorisés, les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmiers auxiliaires autorisés, les infirmières psychiatriques autorisées et les infirmiers psychiatriques autorisés, ainsi que les infirmières et les infirmiers de pratique avancée comme les infirmières praticiennes et les infirmiers praticiens et les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmiers cliniciens spécialisés (AIIAO, 2013).

**Plan de crise** : plan écrit décrivant les méthodes privilégiées de gestion et de prévention des crises à l'avenir. Les plans de crise peuvent inclure de l'information sur les signes précurseurs d'une crise, les médicaments, les soutiens qui aident à gérer la personne en crise, les préférences en matière de soins, les coordonnées des membres de la famille et de l'information sur les services disponibles 24 heures sur 24 (Mind, 2013).

**Pratique fondée sur les données probantes** : l'intégration des données méthodologiques les plus probantes avec l'expertise clinique et les valeurs du patient. La pratique fondée sur les données probantes intègre les données de recherche à l'expertise clinique et encourage la prise en compte des préférences des patients (Stevens, 2013).

**Premiers secours psychologiques (PSP)** : réponse humaine et solidaire à un autre être humain qui souffre et peut avoir besoin de soutien. Il s'agit de soins pragmatiques de base, non intrusifs, axés sur l'écoute (sans forcer la parole), l'évaluation des besoins et des préoccupations, la satisfaction des besoins fondamentaux, l'encouragement du soutien social de la part d'autres personnes importantes et la protection contre tout dommage supplémentaire. Elle s'articule autour de cinq principes clés : 1) la sécurité, 2) les liens, 3) l'efficacité personnelle et collective, 4) le calme et 5) l'espoir. Elle n'est pas réservée aux professionnels de la santé mentale; elle peut également être appliquée par des profanes (Dieljens et coll., 2014; OMS et coll., 2013).

**Psychoéducation** : fourniture d'information sur la nature d'un trouble mental et de ses symptômes, ainsi que sur ce qu'il faut faire pour y remédier (OMS, 2013).

**Qualité** : mesure dans laquelle les services de soins de santé pour les personnes et les populations augmentent la probabilité de résultats souhaités et correspondent aux connaissances professionnelles actuelles (OMS, 2009).

**Recherche qualitative** : un type de recherche qui tente de démontrer comment les comportements et les expériences des humains peuvent être expliqués à l'intérieur du contexte des structures sociales. La recherche qualitative utilise une approche interactive et subjective pour examiner et décrire des phénomènes (Austin et Sutton, 2014).

**Recommandations de pratique** : énoncés de pratique exemplaire à l'intention des fournisseurs de soins de santé, qui permet une mise en œuvre réussie de la LDPE.

**Recommandations relatives à la formation :** énoncés sur les exigences en matière de formation et sur les méthodes ou stratégies de formation visant à amener la mise en œuvre ou la durabilité de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires.

**Recommandations relatives au système, à l'organisme et à la politique :** énoncés des conditions nécessaires, pour un milieu de pratique, qui favorisent le succès de la mise en œuvre de la LDPE. L'organisme assume la principale responsabilité en matière de conditions du succès, même si ces conditions peuvent avoir des ramifications relatives aux politiques à un échelon gouvernemental ou sociétal plus large.

**Revue systématique :** examen approfondi de la littérature qui fait appel à des questions clairement formulées et à des méthodes systématiques et explicites pour cerner et sélectionner les études pertinentes et les évaluer de manière critique. Une revue systématique recueille et analyse les données des études incluses et les présente, parfois en utilisant des méthodes statistiques (La Collaboration Cochrane, 2017).

*Voir méta-analyse*

**Santé mentale :** état de bien-être dans lequel chaque personne réalise son potentiel propre, peut gérer les stress normaux de la vie, peut travailler de façon productive et fructueuse et est capable de contribuer à sa communauté. Cette définition insiste sur la santé mentale comme étant davantage que l'absence de maladie mentale. Les connaissances sur la prévalence et les déterminants de la santé mentale sont importantes pour éclairer les programmes de promotion et d'intervention (Gilmour, 2015; OMS, 2014).

**Séance de verbalisation suivant un incident critique (SVIC) :** type d'intervention en situation de crise qui peut se dérouler dans un cadre individuel ou de groupe avec des personnes ayant vécu une crise aiguë. Il s'agit d'un modèle en sept étapes utilisé pour les interventions en situation de crise à court terme qui peuvent avoir lieu de 24 à 72 heures après l'incident et durer entre une et cinq heures (Mitchell, 1983).

**Sensibilisation aux réalités culturelles :** conscientisation, compréhension et attitude envers une culture, l'accent est mis sur la conscience de soi et sur la vision (AIIAO, 2007).

**Sensibilisation aux traumatismes :** avoir une compréhension de la façon dont l'impact du traumatisme peut être central dans le développement d'une personne, du large éventail d'adaptations que les gens font pour faire face et survivre après un traumatisme, ainsi que de la relation du traumatisme avec la consommation de substances, la santé physique et les problèmes de santé mentale (Poole et coll., 2013).

**Service social :** les services sociaux sont des services et des aides communautaires qui aident les personnes à se remettre de leurs difficultés et à reprendre le contrôle de leur vie. Ces services peuvent inclure, sans s'y limiter, des centres de crise, des services de gestion de cas et des refuges pour itinérants (ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, 2016).

**Soins axés sur la personne :** voir soins axés sur les besoins de la personne et de la famille.

**Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille :** approche de soins axée sur les besoins de la personne et de la famille faisant appel à certaines pratiques qui mettent la personne et les membres de sa famille au centre des soins et des services de santé. Les soins axés sur les besoins de la personne et de la famille respectent les personnes et les habilite afin qu'elles puissent être de véritables partenaires de leurs fournisseurs de soins de santé. Cette relation présente les caractéristiques suivantes :

- Encourager les relations et la confiance;
- Habilitier la personne à participer activement au processus décisionnel concernant ses soins de santé (indépendance et autonomie, droit à l'autodétermination);
- Communiquer les options fondées sur des données probantes pour les soins, la formation et les renseignements qui sont impartiaux, clairs et compréhensibles afin de soutenir la prise de décision par la personne;
- Respecter la personne et personnaliser les soins en contribuant à promouvoir ses points forts, sa connaissance de soi, ses préférences et ses objectifs en matière de soins fondés sur ses croyances, ses valeurs, sa culture et son expérience de la santé;
- Assurer le confort physique dans un milieu qui favorise la guérison;
- Offrir du soutien affectif et être sympathique;
- S'assurer de la continuité des soins durant les transitions;
- S'assurer de la capacité d'une personne à recevoir les soins et les services au moment où elle en a besoin;
- Établir un partenariat avec la personne et sa famille dans le domaine de la réforme du système de santé afin d'améliorer la qualité, la prestation et la conception des soins et des services à tous les niveaux (micro, méso et macro);
- Communiquer efficacement dans une relation thérapeutique afin de promouvoir de véritables partenariats en soins de santé
- Prendre soin des personnes, de leur famille et des collectivités en s'intéressant aux déterminants de la santé (promotion de la santé et prévention des maladies) » (AIIAO, 2015b).

**Soutien par les pairs :** défini comme une relation de soutien entre des personnes qui ont une expérience vécue commune (Cyr et coll., 2016). Cette relation a pour but de fournir aux personnes qui ont vécu des événements indésirables, comme une crise, un soutien émotionnel et social, des encouragements et de l'espoir, et elle est censée compléter les soins cliniques traditionnels (Cyr et coll., 2016; Commission de la santé mentale du Canada, 2017). Les travailleuses et travailleurs de soutien par les pairs jouent un rôle important dans la défense des personnes ayant une expérience vécue.

**Supervision clinique :** la supervision clinique se concentre sur l'apport d'un soutien empathique de la part d'un superviseur afin d'améliorer les compétences thérapeutiques, la transmission des connaissances et la facilitation de la pratique réflexive (AIIAO, 2002; Winstanley et White, 2003). C'est une occasion de croissance personnelle et professionnelle, et elle n'implique pas de sanctions ni de jugement (AIIAO, 2002).

Les principaux objectifs de la supervision clinique sont les suivants : améliorer les aptitudes, les compétences et la confiance des personnes supervisées; offrir un espace de réflexion et un soutien émotionnel; fournir une aide au développement professionnel; veiller à ce que les services aux personnes soient sûrs, éthiques et compétents; et veiller au respect des normes de traitement professionnelles et organisationnelles (Victorian Alcohol et Drug Association, 2013).

**Technique Delphi modifiée :** la technique Delphi modifiée est un procédé par lequel les recommandations initiales, qui avaient été formulées pour répondre à une question dans le cadre d'une recherche, sont soigneusement créées avant d'être présentées à un comité dans le but d'obtenir un consensus (Avella, 2016).

Une technique Delphi modifiée a été utilisée durant le processus d'élaboration de la ligne directrice. Bien que l'identité des membres de la table ronde était connue de tous, les réponses individuelles aux questionnaires utilisés pour saisir leur opinion étaient dissimulées aux autres membres du groupe.

**Thérapies complémentaires :** les thérapies complémentaires désignent des pratiques et des produits qui ne sont pas issus du courant dominant. Les thérapies complémentaires peuvent être des produits naturels (par exemple, des compléments alimentaires tels que les vitamines et les probiotiques) ou des pratiques corps-esprit (par exemple, le yoga, les chiropraticiens, la méditation, les massages et l'acupuncture). D'autres guérisseurs traditionnels, comme ceux pratiquant la médecine ayurvédique, la médecine traditionnelle chinoise, l'homéopathie et la naturopathie, peuvent également être considérés comme des thérapies complémentaires (National Centre for Complementary and Integrative Health, 2016).

Le comité d'experts de l'AIIAO recommande que les thérapies complémentaires soient utilisées en complément de la thérapie traditionnelle et qu'elles ne soient jamais le seul type de thérapie pour les personnes qui ont vécu ou vivent une crise.

**Usure de compassion :** traumatisme des fournisseurs de services après avoir entendu des histoires et été témoins de la souffrance de personnes ayant subi un traumatisme (Klinik Community Health Centre, 2013).

**Violence conjugale :** comportements d'une ou d'un partenaires ou d'une ou d'un ex-partenaire intime causant des dommages physiques, sexuels ou psychologiques. L'agression physique, la violence psychologique et les comportements contrôlants y sont inclus (OMS, 2016).

**Violence sexiste :** violence ciblant des individus ou des groupes sur la base de leur sexe (Lewis-O'Connor et Chadwick, 2015).

## Annexe B : Concepts qui s'harmonisent avec cette ligne directrice

Tableau B1 : Concepts alignés sur cette directive et les ressources suggérées

SUJET	RESSOURCES
<b>Sensibilité culturelle<sup>G</sup></b>	<p>Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2009). <i>La prestation de soins adaptés à la culture</i>. Toronto (Ont.) : Auteur. Ressource consultée sur la page Web <a href="http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf">http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf</a>.</p> <p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2007). <i>Embracing cultural diversity in health care: Developing cultural competence</i>. Toronto (Ont.) : Auteur. Ressource consultée sur la page Web <a href="http://RNAO.ca/bpg/guidelines/embracing-cultural-diversity-health-care-developing-cultural-competence">RNAO.ca/bpg/guidelines/embracing-cultural-diversity-health-care-developing-cultural-competence</a>.</p>
<b>Populations autochtones et traumatismes</b>	<p>Aguiar W. et Halseth R. (2015). <i>Peuples autochtones et traumatisme historique : Les processus de transmission intergénérationnelle</i>. Prince George (C.-B.) : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. Ressource consultée sur la page Web <a href="https://www.ccsa-nccah.ca/docs/context/RPT-HistoricTrauma-IntergenTransmission-Aguiar-Halseth-FR.pdf">https://www.ccsa-nccah.ca/docs/context/RPT-HistoricTrauma-IntergenTransmission-Aguiar-Halseth-FR.pdf</a>.</p> <p>Fondation autochtone de guérison. (2004). <i>Traumatisme historique et guérison autochtone</i>. Ottawa (Ontario) : Auteur. Ressource consultée sur la page Web <a href="https://www.fadg.ca/downloads/historic-trauma.pdf">https://www.fadg.ca/downloads/historic-trauma.pdf</a>.</p>
<b>Consommation de substances<sup>G</sup></b>	<p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2015). <i>Établissement d'un dialogue avec les clients qui utilisent des substances</i>. Toronto (Ont.) : Auteur. Ressource consultée sur la page Web <a href="https://rnao.ca/bpg/language/%C3%A9tablissement-dun-dialogue-avec-les-clients-qui-utilisent-des-substances">https://rnao.ca/bpg/language/%C3%A9tablissement-dun-dialogue-avec-les-clients-qui-utilisent-des-substances</a>.</p>
<b>Collaboration interprofessionnelle</b>	<p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2013). <i>Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : optimisation des résultats pour le patient, l'organisme et le système</i>. Toronto (Ont.) : Auteur. Récupéré de la page Web <a href="https://rnao.ca/bpg/language/d%C3%A9veloppement-et-maintien-des-soins-de-sant%C3%A9-interprofessionnels-optimisation-des-r%C3%A9sul">https://rnao.ca/bpg/language/d%C3%A9veloppement-et-maintien-des-soins-de-sant%C3%A9-interprofessionnels-optimisation-des-r%C3%A9sul</a>.</p>
<b>Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille; soins axés sur les besoins de la personne<sup>G</sup></b>	<p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2015). <i>Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille</i>. Toronto (Ont.) : Auteur. Récupéré de la page Web <a href="https://rnao.ca/bpg/language/soins-ax%C3%A9s-sur-les-besoins-de-la-personne-et-de-la-famille">https://rnao.ca/bpg/language/soins-ax%C3%A9s-sur-les-besoins-de-la-personne-et-de-la-famille</a>.</p>
<b>Déterminants sociaux de la santé<sup>G</sup></b>	<p>Organisation mondiale de la Santé. (2017). <i>Social determinants of health</i>. Ressource consultée sur la page Web <a href="http://www.who.int/social_determinants/en/">http://www.who.int/social_determinants/en/</a>.</p> <p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. <i>Nursing towards equity: Applying the social determinants of health in practice</i>. Cours de formation en ligne de l'AllAO. Ressource consultée sur la page Web <a href="http://elearning.RNAO.ca">http://elearning.RNAO.ca</a>.</p>



## Annexe C : Processus d'élaboration de la ligne directrice

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario s'est engagée à veiller à ce que chaque LDPE soit fondée sur les meilleures données probantes disponibles. Afin de respecter son engagement, un processus de suivi et de révision de chaque ligne directrice a été mis sur pied. Ce processus sera répété tous les cinq ans.

Aux fins de cette ligne directrice, l'AIIAO a réuni un comité d'experts qui représentent une vaste gamme de secteurs et de domaines de pratique (veuillez consulter la section « Comité d'experts de l'AIIAO » à la page 15). Une revue systématique des données probantes a été effectuée en fonction de l'objectif et de la portée de cette ligne directrice, en fonction des quatre questions de recherche ci-dessous. La revue systématique a permis de repérer des publications pertinentes examinées par des pairs qui ont été publiées de janvier 2011 à novembre 2015. Les questions de recherche suivantes ont été établies pour guider la revue systématique de la littérature :

1. Quelles sont les interventions efficaces et tenant compte des traumatismes qui peuvent être utilisées par le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle auprès des adultes en situation de crise?
2. Quelles sont les interventions efficaces et tenant compte des traumatismes qui peuvent être utilisées par le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle pour atténuer ou prévenir les crises futures chez les adultes?
3. Quel contenu et quelles stratégies d'enseignement sont nécessaires pour former efficacement le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle en matière de crise et d'approches tenant compte des traumatismes?
4. De quels soutiens au niveau de l'organisation et du système le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle ont-ils besoin pour mettre en œuvre efficacement les pratiques exemplaires en utilisant des approches de la crise tenant compte des traumatismes?

L'équipe de recherche et d'élaboration sur les pratiques exemplaires et le comité d'experts de l'AIIAO ont collaboré pour intégrer des données probantes les plus récentes et les plus probantes, ainsi que pour assurer la validité, la pertinence et la sécurité des recommandations de cette directrice avec les données probantes à l'appui et/ou le consensus du comité d'experts<sup>G</sup>.

Une technique Delphi<sup>G</sup> modifiée a été utilisée pour obtenir un consensus sur les recommandations.

# Annexe D : Processus de revue systématique de la littérature et stratégie de recherche

## Examen des lignes directrices

La coordonnatrice de projet de l'équipe de recherche et d'élaboration sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO a effectué une recherche dans une liste établie de sites Web afin de trouver les lignes directrices et d'autres contenus pertinents publiés de janvier 2011 à juin 2016. Une liste a été compilée en se basant sur les connaissances existantes provenant des sites Web de pratiques fondées sur des données probantes et sur les recommandations formulées dans la littérature. Les membres du comité d'experts ont également été invités à suggérer des lignes directrices supplémentaires (voir la **figure D1, Diagramme du processus d'examen des lignes directrices** ci-dessous). Des renseignements détaillés sur la stratégie de recherche de lignes directrices existantes, y compris la liste des sites Web examinés et les critères d'inclusion sont disponibles en ligne à <http://RNAO.ca/bpg/guidelines/crisis-intervention>.

Les coresponsables de l'élaboration de la ligne directrice ont procédé à l'évaluation critique de sept lignes directrices internationales en utilisant l'instrument *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument II* (Brouwers et coll., (2010). Le niveau de qualité des lignes directrices ayant obtenu une note globale de quatre a été jugé faible, et elles ont été exclues pour cette raison. Le niveau de qualité des lignes directrices ayant obtenu une note globale de cinq a été jugé moyen, et celui des lignes directrices avec une note de six ou sept a été considéré comme élevé. La ligne directrice suivante, jugée de qualité moyenne ou de haute qualité, a été sélectionnée pour éclairer les recommandations et les discussions sur les données probantes :

Organisation mondiale de la Santé (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. Genève (Suisse) : Auteur.

## Revue systématique de la littérature

Une stratégie de recherche complète, fondée sur des critères d'inclusion et d'exclusion définis par le comité d'experts de l'AIIAO, a été élaborée par l'équipe de recherche et d'élaboration sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et une bibliothécaire en sciences de la santé. Une recherche d'articles pertinents en anglais publiés de janvier 2011 à novembre 2014 a été effectuée dans les bases de données suivantes : Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), MEDLINE, MEDLINE In Process, Cochrane Library (Cochrane Database of Systematic Reviews et Cochrane Central Register of Controlled Trials), Embase et PsychINFO. L'Education Resources Information Centre (ERIC) n'a été utilisé que pour la troisième question. En plus de cette recherche méthodique, on a demandé aux membres du comité d'experts d'examiner des bibliothèques personnelles à la recherche d'articles clés qui n'ont pu être trouvés à l'aide des stratégies précitées.

Des renseignements détaillés sur la stratégie de recherche pour la revue systématique, y compris les critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que les termes de recherche, sont disponibles au <http://RNAO.ca/bpg/guidelines/crisis-intervention>.

Lorsque les articles ont été récupérés, deux associées de recherche en sciences infirmières (infirmières autorisées et infirmiers autorisés titulaires d'une maîtrise) de l'AIIAO ont évalué de manière indépendante l'admissibilité des études selon les critères d'inclusion et d'exclusion établis. Tout désaccord à cette étape a été résolu par la voix prépondérante d'un coresponsable de l'élaboration de la ligne directrice.

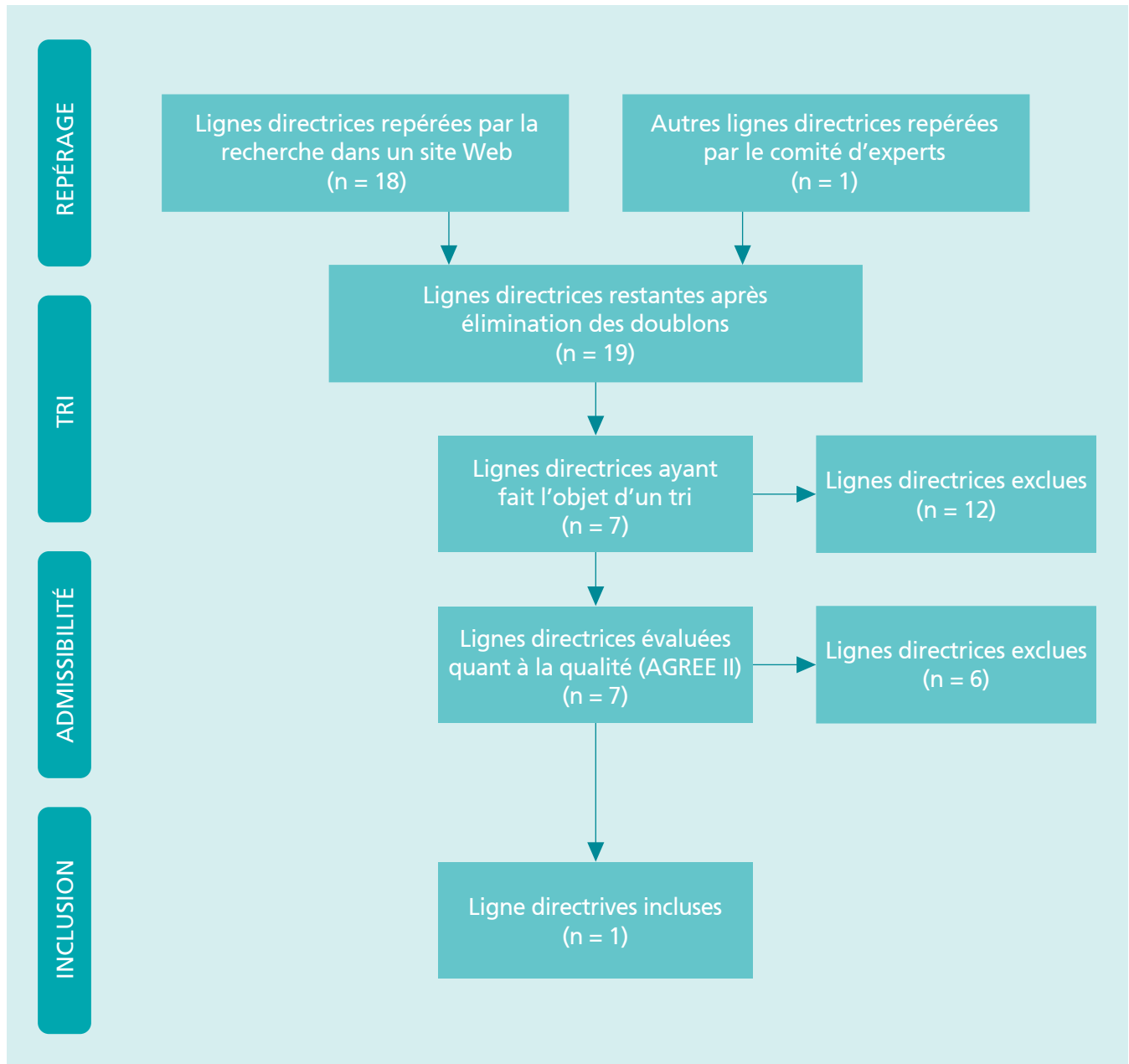
Les scores d'évaluation de la qualité pour 27 articles (un échantillon aléatoire d'environ 20 % des articles admissibles à l'extraction de données et à l'évaluation de la qualité) ont été évalués de façon indépendante par les associées de recherche en sciences infirmières de l'AIIAO. La qualité a été évaluée à l'aide d'AMSTAR (un outil de mesure pour évaluer les examens

systematiques) et le système de notation de l'AIIAO selon lequel les examens sont faibles, modérés ou élevés (voir le **tableau 2**). Les associées de recherche en sciences infirmières ont obtenu une concordance interévaluateurs acceptable ( $\kappa$ ,  $K = 0,855$ ), ce qui a justifié l'évaluation de la qualité et l'extraction de données pour les études restantes. Les études restantes ont été divisées également entre les deux associées de recherche pour l'évaluation de la qualité et l'extraction de données (Fleiss, Levin et Paik, 2003). Un résumé narratif final des résultats obtenus dans la documentation a été effectué. Les tableaux de données et les résumés narratifs ont été fournis à tous les membres du comité d'experts aux fins d'examen et de discussion.

Une bibliographie complète de toutes les études sélectionnées pour être incluses et de leurs scores d'évaluation de la qualité est accessible à l'adresse suivante : <http://rnao.ca/bpg/guidelines/crisis-intervention>.



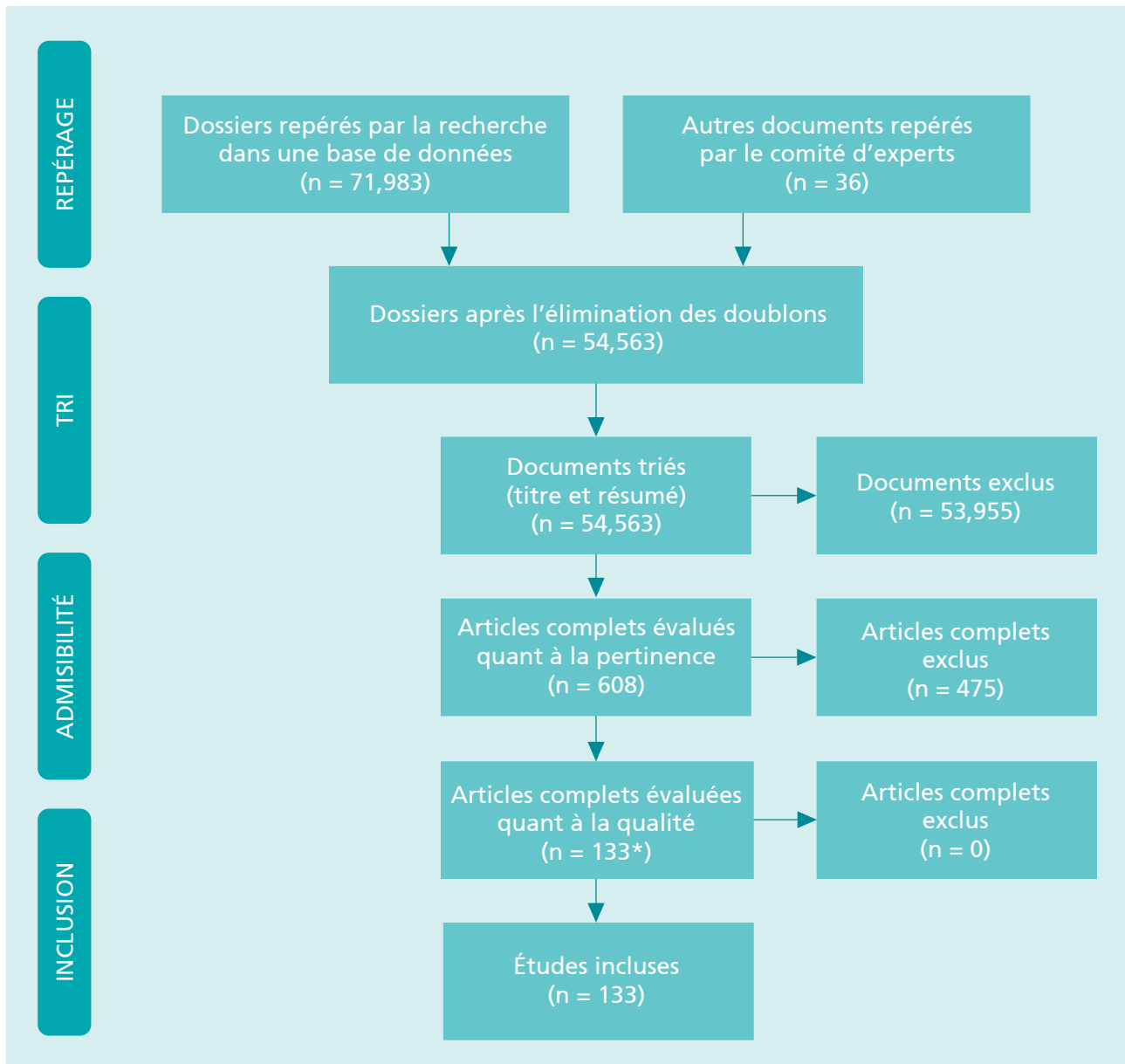
Figure D1 : Diagramme du processus d'examen des lignes directrices



Les lignes directrices incluses ont obtenu un score AGREE II global égal ou supérieur à cinq (sur un total de sept).

Organigramme adapté de D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D.G. Altman et The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ* 339, b2535, DOI : 10.1136/bmj.b2535.

Figure D2 : Organigramme du processus d'examen des articles



\* 133 articles ont été inclus pour les quatre questions de recherche, mais trois études étaient des doublons et ont été incluses pour des questions distinctes. Par conséquent, le nombre final d'études uniques ayant été incluses était de 130.

Organigramme adapté de D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D.G. Altman et The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ* 339, b2535, DOI : 10.1136/bmj.b2535.

# Annexe E : Étapes de la séance de verbalisation du stress à la suite d'un incident critique

Le tableau suivant présente les sept phases de la séance de verbalisation du stress à la suite d'un incident critique (SVIC) formalisé, conçu pour favoriser le traitement émotionnel des événements de crise et soutenir des mécanismes d'adaptation positifs pour les expériences futures.

Tableau E1 : Étapes de la SVIC

ÉTAPES DE LA SVIC
<p><b>Phase 1 : Présentation.</b> L'interlocuteur se présente, la confidentialité est soigneusement expliquée, et la personne est invitée à parler si elle le souhaite.</p>
<p><b>Phase 2 : Faits.</b> Il est demandé à la personne de décrire ce qui s'est passé pendant l'incident de son propre point de vue. Il peut s'agir de dire qui elle est, où elle était et ce qu'elle a entendu, vu, senti et fait. Il est ainsi possible d'avoir une image globale de ce qui s'est passé.</p>
<p><b>Phase 3 : Sentiments et pensées.</b> La personne décrit ses premières pensées sur l'événement. La discussion devient plus personnelle.</p>
<p><b>Phase 4 : Émotions.</b> La personne discute de ses réactions émotionnelles. Cette phase peut être combinée avec la phase 3 (phase des sentiments et des pensées).</p>
<p><b>Phase 5 : Évaluation et symptômes.</b> Les symptômes physiques et psychologiques sont consignés et analysés.</p>
<p><b>Phase 6 : Enseignement.</b> L'interlocuteur et la personne discutent de la réaction et des réponses au stress ainsi que des stratégies d'adaptation.</p>
<p><b>Phase 7 : Réinsertion.</b> La personne pose des questions, règle les derniers détails, répond aux questions en suspens, donne les dernières assurances et établit un plan d'action. Les chefs d'équipe résument ce qui s'est passé, fournissent les coordonnées des membres de l'équipe et mettent un terme à la séance de verbalisation.</p>
<p>Sources : Li et; Xu, 2012; Mitchell, 1983</p>

# Annexe F : Modèle de plan d'action

Le texte qui suit est la traduction du *Safety and Comfort Plan* du Professional Practice Office, 2016, Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), reproduit avec permission.

Le formulaire est destiné à recueillir le point de vue de la personne.

Nom de la cliente ou du client :

Date :

## 1. Qui a participé à l'élaboration de ce plan de sécurité?

<input type="checkbox"/> Cliente ou client <input type="checkbox"/> Famille	<input type="checkbox"/> Tiers significatif <input type="checkbox"/> Mandataire	<input type="checkbox"/> Personnel clinique <input type="checkbox"/> Amie, ami ou pair travailleuse ou travailleur de soutien	<input type="checkbox"/> Autre
--	--	---	--------------------------------

## 2. Qu'est-ce qui me fait me sentir en sécurité?

## 3. Qu'est-ce qui me fait me sentir en danger?

Certaines choses qui me mettent en colère, me font peur, me bouleversent ou me font entrer en crise :

## 4. Comment puis-je savoir si je suis en train de vivre une situation de détresse ou de crise?

Mes signaux d'alerte :

**5. A quoi cela ressemble-t-il lorsque je suis en détresse ou que je perds le contrôle?**

Que verraient les autres?

**6. Quand je suis en situation de détresse ou de crise, j'ai besoin de :**

**7. Quelles activités ou stratégies d'adaptation puis-je essayer pour me calmer et me reconforter?**

Des activités qui m'ont aidé à me sentir mieux lorsque je traversais une période difficile :

**8. Que peuvent faire les autres pour aider?**

Nommez les personnes qui peuvent vous aider et comment elles peuvent le faire. Y a-t-il d'autres ressources qui peuvent vous aider?

**9. Qu'est-ce qui m'empêche d'utiliser ma stratégie?**

Les barrières, les obstacles ou les situations qui ont un impact sur ma capacité à appliquer ce plan de sécurité :

**10. Que remarquent les autres à mon sujet lorsque je fais face efficacement à la situation?**

Les choses que les autres peuvent remarquer à mon sujet lorsque je ne suis plus en détresse ni en crise :



## Annexe G : Ressources communautaires pour les personnes en situation de crise

Le comité d'experts de l'AIIAO, avec l'aide de réviseurs externes et d'autres intervenants clés, a dressé une liste des ressources communautaires disponibles en Ontario et au Canada pour les personnes en situation de crise (**tableau G1**). Cette liste n'est pas exhaustive.

Les liens vers les sites Web à l'extérieur du site Web de l'AIIAO sont fournis à titre d'information seulement. L'AIIAO n'est pas responsable de la qualité, de l'exactitude, de la fiabilité ou de l'actualité des renseignements offerts par ces sources. En outre, l'AIIAO n'a pas déterminé la mesure dans laquelle ces ressources ont été évaluées. Les questions sur ces ressources doivent être traitées à la source.

**Tableau G1 : Ressources communautaires pour les personnes en situation de crise**

ORGANISATION/RESSOURCE	DESCRIPTION	LIEN
<b>ConnexOntario</b>	<p>« ConnexOntario offre des services d'information sur la santé gratuits et confidentiels pour les gens qui éprouvent des difficultés avec l'alcool et les drogues, la maladie mentale ou le jeu. »</p> <p>Source : « À propos de nous », site Web de ConnexOntario.</p>	<p><a href="http://www.connexontario.ca/">http://www.connexontario.ca/</a></p>
<b>Mental Health Helpline</b>	<p>[traduction] « Mental Health Helpline fournit des renseignements sur les services de santé mentale en Ontario. »</p> <p>Source : « About Us », site Web de Mental Health Helpline.</p>	<p><a href="http://www.mentalhealthhelpline.ca/">http://www.mentalhealthhelpline.ca/</a></p> <p>Numéro de téléphone : 1 866 531-2600</p>
<b>Sistering</b>	<p>Sistering est une organisation de femmes qui offre un soutien pratique et émotionnel (y compris une intervention en situation de crise et un soutien à la prévention pour les personnes confrontées à des traumatismes et à des abus) qui leur permet de mieux contrôler leur vie.</p>	<p><a href="http://www.sistering.org/">http://www.sistering.org/</a></p>

ORGANISATION/RESSOURCE	DESCRIPTION	LIEN
<p><b>Progress Place</b></p>	<p>[traduction] « Progress Place est un centre de rétablissement pour les personnes vivant avec une maladie mentale telle que la schizophrénie, la bipolarité, la dépression et l'anxiété. » Il combine un réseau complet de services comprenant l'emploi, l'éducation, les loisirs et le logement.</p> <p><i>Source : Site Web de Progress Place.</i></p>	<p><a href="http://www.progressplace.org/">http://www.progressplace.org/</a></p>
<p><b>Point d'accès aux services de santé mentale et de toxicomanie de Toronto (The Access Point)</b></p>	<p>[traduction] « The Access Point est une organisation centralisée où l'on peut faire une demande de services individuels de soutien en matière de santé mentale et de toxicomanie, ainsi que de logements supervisés. »</p> <p><i>Source : « About », site Web de The Access Point.</i></p>	<p><a href="http://theaccesspoint.ca/">http://theaccesspoint.ca/</a></p>
<p><b>Hebergementfemmes.ca</b></p>	<p>« Hebergementfemmes.ca est une ressource en ligne présentant les refuges à travers le Canada qui aident les femmes et leurs enfants cherchant à se protéger de la violence et des abus. »</p> <p><i>Source : « À propos », site Web de ShelterSafe.ca.</i></p>	<p><a href="http://www.hebergementfemmes.ca/">http://www.hebergementfemmes.ca/</a></p>
<p><b>Distress Centres of Ontario</b></p>	<p>Distress Centres of Ontario fournit des listes d'organismes, de sites Web et de ressources liés à la santé mentale, à la prévention du suicide et aux services de soutien communautaire.</p>	<p><a href="http://dcontario.org/links.html">http://dcontario.org/links.html</a></p>

## Annexe H : Organisations offrant un soutien par les pairs

Le comité d'experts de l'AIIAO, avec l'aide de réviseurs externes et d'autres intervenants clés, a dressé une liste d'organismes de soutien par les pairs (**tableau H1**) accessibles en Ontario et au Canada pour les personnes en situation de crise. Cette liste n'est pas exhaustive.

Les liens vers les sites Web à l'extérieur du site Web de l'AIIAO sont fournis à titre d'information seulement. L'AIIAO n'est pas responsable de la qualité, de l'exactitude, de la fiabilité ou de l'actualité des renseignements offerts par ces sources. En outre, l'AIIAO n'a pas déterminé la mesure dans laquelle ces ressources ont été évaluées. Les questions sur ces ressources doivent être traitées à la source.

**Tableau H1 : Organisations offrant un soutien par les pairs**

ÉTABLISSEMENT	LIEN
Peer Support South East Ontario	<a href="http://psseo.ca/">http://psseo.ca/</a>
Ontario Peer Development Initiative	<a href="http://www.opdi.org/">http://www.opdi.org/</a>
Progress Place — Warm Line	<a href="http://www.progressplace.org/approach.html#warm">http://www.progressplace.org/approach.html#warm</a>
Mood Disorders Association of Ontario-Family Matters Peer Support and Recovery Program (Programme de soutien par les pairs et de rétablissement en matière familiale)	<a href="https://www.mooddorders.ca/program/family-matters-peer-support-and-recovery-program">https://www.mooddorders.ca/program/family-matters-peer-support-and-recovery-program</a>
Psychiatric Survivors of Ottawa	<a href="http://www.pso-ottawa.ca/peer-support-groups">http://www.pso-ottawa.ca/peer-support-groups</a>
Peer Support Worker Program (Colombie-Britannique)	<a href="http://www.vch.ca/locations-services/result?res_id=340">http://www.vch.ca/locations-services/result?res_id=340</a>

# Annexe I : Ressources basées sur les télécommunications et la technologie

Le comité d'experts, avec la contribution de réviseurs externes et d'autres parties prenantes clés, a compilé une liste de lignes d'assistance téléphonique de crise (**tableau I1**) et d'applications mobiles (**tableau I2**). Cette liste n'est pas exhaustive.

Les liens vers les sites Web à l'extérieur du site Web de l'AIIAO sont fournis à titre d'information seulement. L'AIIAO n'est pas responsable de la qualité, de l'exactitude, de la fiabilité ou de l'actualité des renseignements offerts par ces sources. En outre, l'AIIAO n'a pas déterminé la mesure dans laquelle ces ressources ont été évaluées. Les questions sur ces ressources doivent être traitées à la source.

**Tableau I1 : Lignes d'aide en cas de crise**

RESSOURCE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
Mental Health Helpline	1 866 531-2600
Here to Help (Colombie-Britannique)	310-6789 (ne pas ajouter 604, ni 778, ni 250 avant le numéro). Ce service est gratuit et disponible 24 heures sur 24.
Distress and Crisis Ontario	<a href="http://dcontario.org/centres.html">http://dcontario.org/centres.html</a> (les numéros de téléphone des lignes de crise sont indiqués par région)
Fem'aide (ligne de soutien pour femmes violentées)	1 866 336-2433 1 866 860-7082 (téléimprimeur sans frais)
Talk4Healing : ligne d'aide pour les femmes autochtones	1 855 554-HEAL
Lignes de crise adaptées aux LGBTQ	<a href="http://www.saravyc.ubc.ca/reports-resources/links/resources-for-trans-youth-allies/crisis-lines-for-lgbtq-youth/">http://www.saravyc.ubc.ca/reports-resources/links/resources-for-trans-youth-allies/crisis-lines-for-lgbtq-youth/</a> (numéros de téléphone des lignes de crise fournis par région)
Anishnawbe Health Toronto : service de gestion des crises en santé mentale	416 891-8606

**Tableau I2 : Applications mobiles**

RESSOURCE	LIEN VERS L'APPLICATION
<b>SAMHSA Behavioural Health Disaster Response App (pour les intervenants)</b>	<a href="http://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-Behavioral-Health-Disaster-Response-Mobile-App/PEP13-DKAPP-1">http://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-Behavioral-Health-Disaster-Response-Mobile-App/PEP13-DKAPP-1</a>
<b>Calm in the Storm</b>	<a href="http://calminthestormapp.com/">http://calminthestormapp.com/</a>
<b>Measure Workplace Stress App</b>	<a href="http://www.ohcow.on.ca/measure-workplace-stress.html">http://www.ohcow.on.ca/measure-workplace-stress.html</a>
<b>L'application LifeLine</b>	<a href="https://thelifelinecanada.ca/fr/lifeline-canada-foundation/lifeline-app/">https://thelifelinecanada.ca/fr/lifeline-canada-foundation/lifeline-app/</a>
<b>Stop Panic &amp; Anxiety Self-Help (en anglais)</b>	<a href="https://play.google.com/store/apps/details?id=com.excelatlife.panic&amp;hl=fr">https://play.google.com/store/apps/details?id=com.excelatlife.panic&amp;hl=fr</a>

# Annexe J : Interventions à long terme pour atténuer la crise

Cette annexe comprend un tableau récapitulatif (**tableau J1**) des interventions issues de la revue systématique visant à soutenir les personnes quatre semaines après la crise ou lorsque la crise est stabilisée. Les objectifs de ces interventions varient, allant du renforcement continu des compétences à la réduction ou à la gestion des situations stressantes, en passant par la prévention du développement du TSPT et le traitement des symptômes ou des conséquences de la crise. Ces interventions permettent d'atténuer ou de mieux gérer les événements de crise ultérieurs.



Tableau J1 : Interventions en situation de crise à long terme (d'après la revue systématique)

INTERVENTION	DESCRIPTION	RÉSUMÉ DES CONCLUSIONS SUR L'EFFICACITÉ
<p><b>Interventions propres aux traumatismes</b></p>	<p>Les interventions propres aux traumatismes sont axées sur le traitement des conséquences des traumatismes par le biais d'interventions thérapeutiques impliquant des praticiens aux compétences spécialisées (Poole et coll., 2013). Elles sont proposées en tenant compte des approches tenant compte des traumatismes et sont fondées sur une évaluation détaillée des personnes présentant des traumatismes, des problèmes de santé mentale et de toxicomanie qui recherchent un traitement intégré et y consentent (Poole et coll., 2013).</p> <p>Les articles de la revue systématique étaient liés à des programmes propres aux traumatismes, comme Seeking Safety, Helping to Overcome PTSD Through Empowerment, Male Trauma Recovery and Empowerment Model, Helping Women Recover &amp; Beyond Trauma, Esuba et Beyond Violence (Anderson et Najavits, 2014; Johnson, Zlotnick et Perez, 2011; Kaiser et coll., 2015; Kubiak, Kim, Fedock et Bybee, 2012).</p>	<p>La recherche laisse penser que la plupart des interventions propres aux traumatismes ont été efficaces pour réduire les résultats négatifs.</p> <p>Une étude qui a utilisé le programme Seeking Safety a révélé que les personnes handicapées ont connu des réductions durables des symptômes du TSPT (Anderson et Najavits, 2014). Dans d'autres études portant sur l'efficacité d'un traitement intégré en groupe du TSPT et des troubles de la dépendance chez les hommes incarcérés, les participants à Seeking Safety ou au Male Trauma Recovery and Empowerment Model ont montré une amélioration statistiquement et cliniquement significative de la gravité des symptômes du TSPT au fil du temps, même si la différence d'amélioration n'était pas statistiquement significative par rapport à celle enregistrée par le groupe de la liste d'attente (groupe témoin) (Wolff et coll., 2015). Les participants au programme Seeking Safety ont également exprimé leur satisfaction à l'égard du traitement dans un questionnaire de fin de traitement utilisé dans une autre étude (Kaiser et coll., 2015).</p>

INTERVENTION	DESCRIPTION	RÉSUMÉ DES CONCLUSIONS SUR L'EFFICACITÉ
<p><b>Psychothérapie</b></p>	<p>La psychothérapie consiste en une série d'approches basées sur l'interaction personnelle visant à améliorer la santé mentale et le bien-être. La revue systématique a porté sur des interventions psychothérapeutiques individuelles, en groupe ou sous forme d'interventions brèves, dont la durée, les composantes et les populations cibles varient. Dans l'ensemble, les interventions de psychothérapie comprenaient systématiquement le renforcement des compétences et la psychoéducation.</p> <p>La thérapie cognitivocomportementale est une forme de psychothérapie de courte durée, limitée dans le temps et concentrée sur le présent. La thérapie cognitivocomportementale a pour but d'aider les gens à examiner comment ils donnent un sens à ce qui se passe autour d'eux et comment ces perceptions influencent leurs sentiments (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2012).</p>	<p>Les recherches sur l'efficacité de la psychothérapie ont donné des résultats mitigés. Certaines études ont constaté des résultats positifs, alors que d'autres n'ont montré aucun effet ou étaient incomplètes.</p> <p>Les interventions de psychothérapie individuelle (p. ex., le traitement d'activation comportementale pour la dépression, la thérapie de traitement cognitif, la formation diététique pour le traitement des symptômes du TSPT ou la thérapie de résolution de problèmes) ont démontré une efficacité modérée à forte sur la dépression et le dysfonctionnement (Bolton et coll., 2014) et l'amélioration des symptômes du TSPT (Kasckow et coll., 2014).</p> <p>Une autre étude sur la thérapie cognitivocomportementale basée sur la personne n'a constaté aucune différence significative après le traitement dans les symptômes du TSPT (Roberts, Jones, et Bisson, 2016). Une autre recherche axée sur une brève intervention de thérapie cognitivocomportementale pour les militaires en service actif ayant des idées suicidaires actuelles ou une tentative de suicide récente a révélé que, dans le groupe d'intervention, l'intervention était efficace pour prévenir les tentatives de suicide après un suivi de deux ans (Rudd et coll., 2015). Cependant, il n'y avait pas de différences significatives entre les groupes en ce qui concerne le TSPT, la dépression, l'anxiété et le désespoir (Rudd et coll., 2015).</p> <p>Une intervention psychothérapeutique de groupe qui encourageait le renforcement des compétences en matière d'autorégulation comprenait des aspects de la thérapie narrative, de la thérapie cognitivocomportementale, de la thérapie interpersonnelle, de la psychoéducation et des techniques expressives. Les résultats ont indiqué qu'il était efficace pour réduire les symptômes du TSPT, la dépression, l'anxiété et les sentiments de stigmatisation et d'isolement (Sayin, Candansayar et Welkin, 2013).</p>



INTERVENTION	DESCRIPTION	RÉSUMÉ DES CONCLUSIONS SUR L'EFFICACITÉ
<b>Psychothérapie</b>		<p>Les résultats de la thérapie cognitivocomportementale sont mitigés. Quatre études ont exploré les effets globaux de la thérapie cognitivocomportementale et, au sein de sous-groupes spécifiques, ont signalé des réductions du TSPT et des symptômes liés au traumatisme, de la dépression et de l'anxiété (Echeburua, Sarasua et Zubizarreta, 2014; Mueser et coll., 2015; Murphy et coll., 2015; Zalta et coll., 2016). Une étude sur la thérapie cognitivocomportementale basée sur la personne impliquant une formation personnalisée à la résilience cognitivo-comportementale, s'est avérée faisable et acceptable et associée à la résilience psychologique, à la réduction de l'anxiété et à l'amélioration de la qualité de vie (Zalta et coll., 2016).</p>

INTERVENTION	DESCRIPTION	RÉSUMÉ DES CONCLUSIONS SUR L'EFFICACITÉ
<p><b>Thérapie de groupe</b></p>	<p>La thérapie de groupe consiste à effectuer l'intervention auprès d'un groupe. Les composants spécifiques peuvent varier.</p>	<p>Les interventions de groupe ont donné des résultats positifs. Toutes les études comprenaient une approche tenant compte des traumatismes pour l'enseignement des compétences d'autorégulation. Par exemple, l'enseignement de l'évaluation des facteurs de stress avec précision (Ford, Chang, Levineet Zhang, 2013; Sikkema et coll., 2013), l'enseignement des techniques d'adaptation positives (Ford et coll., 2013; Sikkema et al, 2013), l'adoption d'une approche axée sur l'acquisition de compétences pour aborder les luttes spirituelles dans le cadre du rétablissement (Bowland, Edmond et Fallot, 2012) et la prestation de services de psychoéducation (par exemple, l'encouragement de l'observance du traitement médicamenteux pour favoriser la prévention des rechutes) (Bowland et coll., 2012; Ford et coll., 2013).</p> <p>Dans le cadre d'une intervention de groupe axée sur la spiritualité auprès de femmes âgées ayant survécu à un traumatisme interpersonnel, les femmes de la séance du groupe expérimental ont présenté des symptômes dépressifs, une anxiété et des symptômes physiques significativement plus faibles que celles du groupe témoin; ces résultats se sont maintenus lors du suivi de trois mois (Bowland et coll., 2012).</p> <p>Un essai contrôlé randomisé examinant l'effet du programme Living in the Face of Trauma (LIFT), une intervention de groupe visant à traiter l'adaptation au VIH et aux abus sexuels dans l'enfance, a révélé que l'intervention entraînait une réduction du stress traumatique au fil du temps (Sikkema et coll., 2013).</p>

INTERVENTION	DESCRIPTION	RÉSUMÉ DES CONCLUSIONS SUR L'EFFICACITÉ
Thérapie de groupe		<p>Une étude portant sur des femmes incarcérées souffrant de TSPT complet ou partiel a été randomisée entre deux types différents d'approches de thérapie de groupe (Trauma Affect Regulation: Guide for Education and Therapy [TARGET] et la thérapie de groupe de soutien) et a révélé que les deux interventions ont permis d'obtenir des réductions statistiquement significatives de la sévérité du TSPT et des symptômes associés, ainsi que d'augmenter l'auto-efficacité (Ford et coll., 2013). La thérapie cognitive analytique de groupe s'est avérée être une intervention efficace pour réduire la détresse des femmes survivantes d'abus sexuels dans l'enfance (Calvert, Kelleher Hagan, 2015).</p> <p>Une étude a comparé l'efficacité d'une thérapie individuelle à une thérapie de groupe chez des femmes chez qui un cancer du sein venait d'être diagnostiqué et qui avaient déclaré des symptômes de stress traumatique liés au cancer. L'intervention de gestion du stress n'a pas réduit les symptômes de stress traumatique liés au cancer, et il n'y avait pas d'avantages à délivrer l'intervention dans un cadre de groupe par rapport à un cadre individuel (Rissanen, Nordin, Ahlgren et Arving, 2015).</p>

INTERVENTION	DESCRIPTION	RÉSUMÉ DES CONCLUSIONS SUR L'EFFICACITÉ
<p><b>Solutions technologiques</b></p>	<p>Les solutions technologiques consistaient à utiliser les télécommunications, des ordinateurs et des appareils d'assistance personnelle dans la prestation des soins. Dans la revue systématique, ces interventions impliquaient un renforcement des compétences et la majorité d'entre elles comportaient un volet éducatif.</p>	<p>La recherche suggère que les solutions basées sur la technologie sont efficaces. Les interventions basées sur Internet (y compris la thérapie cognitivocomportementale donnée par Internet et l'intervention en ligne guidée par une infirmière pour les vétérans souffrant de TSPT) se sont avérées associées à des réductions des symptômes du TSPT et ont généralement été utiles aux patients (Engel et coll., 2015; Spence et coll., 2011).</p> <p>Une étude a comparé une thérapie de traitement cognitif pour les femmes souffrant de TSPT, dispensée par vidéoconférence, à une thérapie en personne (Morland et coll., 2015). L'intervention comprenait une psychoéducation et un renforcement des compétences. Les résultats ont indiqué que la psychothérapie par vidéoconférence était efficace pour réduire les symptômes du TSPT et était comparable au traitement en personne (Morland et coll., 2015).</p>

INTERVENTION	DESCRIPTION	RÉSUMÉ DES CONCLUSIONS SUR L'EFFICACITÉ
<p><b>Les thérapies complémentaires</b></p>	<p>Les thérapies complémentaires pour le traitement des symptômes de crise comprenaient l'art-thérapie, la réduction du stress basée sur la pleine conscience, le toucher thérapeutique, la méditation pleine conscience et la musicothérapie.</p>	<p>Dans l'ensemble, la réduction du stress basée sur la pleine conscience était l'approche la plus fréquemment étudiée pour le traitement des traumatismes. La réduction du stress basée sur la pleine conscience s'est avérée efficace pour améliorer la gravité des symptômes du TSPT dans une population de vétérans (Polusny et coll., 2015). Dans un groupe d'adultes souffrant de TSPT, sept participants sur neuf ont vu leurs scores de symptômes de TSPT diminuer entre le prétraitement et le post-traitement avec une intervention de réduction du stress basée sur la pleine conscience (Goldsmith et coll., 2014). La réduction du stress basée sur la pleine conscience a été associée à des réductions des symptômes de TSPT et de dépression chez les femmes ayant subi des violences interpersonnelles (Kelly et Garland, 2016).</p> <p>Quatre études ont examiné l'utilisation de l'art-thérapie pour traiter les symptômes de traumatisme ou de crise et ont démontré une efficacité mitigée (Kopytin et Lebedev, 2013; Schouten, de Niet, Knipscheer, Kleberet Hutschemaekers, 2015; Wang et coll., 2015). Un essai contrôlé randomisé comparant l'art-thérapie à un traitement standard a révélé une amélioration des scores de dépression, d'hostilité et d'anxiété (Kopytin et Lebedev, 2013). Un autre essai contrôlé randomisé a révélé qu'un programme de thérapie par les arts créatifs n'avait aucun effet sur les symptômes du TSPT dans un groupe de survivants d'accidents de la route (Wang et coll., 2015).</p> <p>Un examen de six petites études méthodologiquement faibles a révélé que les interventions d'art-thérapie sont efficaces pour réduire la gravité des symptômes de traumatisme et l'anxiété chez les adultes traumatisés (Schouten et coll., 2015).</p> <p>Le toucher thérapeutique (Jain et coll., 2012), la musicothérapie (Carr et coll., 2012) et la méditation en pleine conscience (Pence, Katz, Huffman et Cojucari, 2014) se sont révélés efficaces pour réduire les symptômes du TSPT et d'autres mesures de santé mentale. Cependant, le degré de robustesse de ces données est faible.</p>

## Annexe K : Ressources de formation

Le comité d'experts de l'AIIAO, avec la contribution de réviseurs externes et d'autres intervenants clés, a compilé une liste de ressources de formation pour les fournisseurs (**tableau K1**).

Les liens vers les sites Web à l'extérieur du site Web de l'AIIAO sont fournis à titre d'information seulement. L'AIIAO n'est pas responsable de la qualité, de l'exactitude, de la fiabilité ou de l'actualité des renseignements offerts par ces sources. En outre, l'AIIAO n'a pas déterminé la mesure dans laquelle ces ressources ont été évaluées. Les questions sur ces ressources doivent être traitées à la source.

**Tableau K1 : Ressources d'enseignement et de formation pour les fournisseurs**

ÉTABLISSEMENT	DESCRIPTION	LIEN
<b>Manitoba Trauma Information and Education Centre</b>	Le Manitoba Trauma Information and Education Centre offre des possibilités de formation en ligne et des webinaires sur la façon de mieux tenir compte des traumatismes dans sa pratique.	<a href="http://trauma-informed.ca/on-line-trauma-training/">http://trauma-informed.ca/on-line-trauma-training/</a>
<b>Alberta Health Services</b>	Les Alberta Health Services (services de santé de l'Alberta) ont compilé un module d'apprentissage en ligne sur les soins tenant compte des traumatismes.	<a href="https://www.albertahealthservices.ca/webapps/elearning/TIC/Mod01/story_html5.html">https://www.albertahealthservices.ca/webapps/elearning/TIC/Mod01/story_html5.html</a>
<b>The Crisis Prevention Institute</b>	The Crisis Prevention Institute propose des programmes de formation, notamment en matière d'interventions en situation de crise non violente.	<a href="https://www.crisisprevention.com/Specialties/Nonviolent-Crisis-Intervention">https://www.crisisprevention.com/Specialties/Nonviolent-Crisis-Intervention</a>
<b>Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST)</b>	ASIST (« Applied Suicide Intervention Skills Training », formation appliquée aux techniques d'intervention en cas de suicide) est un atelier interactif de premiers soins en cas de suicide.	<a href="https://www.livingworks.net/programs/assist/">https://www.livingworks.net/programs/assist/</a>

# Annexe L : Composantes du programme de gestion du stress à la suite d'un incident critique

Le **tableau L1** présente les composantes d'un programme de gestion du stress à la suite d'un incident critique (GSIC).

**Tableau L1 : Les composantes d'un programme de GSIC**

## LES COMPOSANTES D'UN PROGRAMME DE GSIC

La GSIC est un programme intégré basé sur le travail qui est conçu pour aider le personnel des services d'urgence. Le programme comporte 11 volets et couvre l'ensemble du continuum de la crise, depuis la formation à la préparation et la promotion de la résilience jusqu'à la prise en compte des ressources humaines dans l'organisation et la mise en place de mécanismes de suivi, d'évaluation formelle et d'intervention. Ces volets sont les suivants :

1. L'enseignement et la formation à la préparation aux incidents;
2. L'intervention en situation de crise en tête-à-tête;
3. La séance de verbalisation suivant un incident critique (SVIC);
4. Le désamorçage (forme abrégée de séance de verbalisation);
5. Les démobilisations;
6. Les programmes de soutien aux familles et aux proches;
7. Les programmes de formation sur la gestion du stress et des traumatismes;
8. Les programmes de soutien par les pairs;
9. Les processus de soutien sur place;
10. Les programmes de suivi;
11. Les autres programmes, au besoin.

Sources : Mithchell, 1998; Pack, 2012

# APPUI



Centre canadien  
de lutte contre les  
toxicomanies

Données. Engagement. Résultats.



29 novembre 2017

Doris Grinspun, inf. aut., M.Sc.Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), Ordre de l'Ontario  
Directrice générale,  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
158, Pearl Street, Toronto, Ontario M5H 1L3

Docteur Grinspun,

Au nom du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLT), j'ai le plaisir d'appuyer la ligne directrice sur les pratiques exemplaires cliniques fondées sur des données probantes de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), intitulée *Intervention en situation de crise chez les adultes au moyen d'une approche tenant compte des traumatismes : les quatre premières semaines de gestion (3e édition)*.

Fondée sur des données probantes issues de la recherche et d'autres sources, et élaborée en partenariat avec une approche multidisciplinaire, cette ligne directrice sur l'intervention en situation de crise constituera une ressource précieuse pour bon nombre de nos partenaires et de nos réseaux dans tout le pays. Il sera utile aux infirmières et infirmiers ainsi qu'à leurs collègues qui s'investissent dans la prestation de services efficaces et fondés sur des données probantes aux Canadiennes et Canadiens qui ont vécu une crise ou qui risquent d'en vivre une.

À titre d'information, le CCLT est une organisation nationale sans but lucratif créée par une loi fédérale du Parlement en 1988. Depuis près de 30 ans, nous assurons un leadership national et faisons progresser les connaissances et les solutions pour lutter contre les méfaits de l'alcool et des autres drogues en travaillant en collaboration avec tous les ordres de gouvernement, le secteur à but non lucratif et le secteur privé. Tout comme l'AIIAO, nous reconnaissons et soulignons le lien important entre la santé mentale et la consommation de substances psychoactives et nous répondons aux personnes que nous servons avec compassion et sans les juger.

Nous vous remercions d'avoir demandé au CCLT d'approuver cette importante ressource. Félicitations et merci d'avoir développé *Intervention en situation de crise chez les adultes au moyen d'une approche tenant compte des traumatismes : les quatre premières semaines de gestion (3e édition)*, une contribution importante à la réduction des problèmes de santé mentale associés à la consommation de substances psychoactives chez les Canadiens.

Sincères salutations,

Rita Notarandrea, M.Sc.S., L.C.S.  
Directrice générale,  
Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLT)



75 rue Albert, bureau 500  
Toronto (Ontario) K1P 5E7



Tel./Tél. : 613-235-4048  
Fax/Télééc. : 613-235-8101



www.ccsa.ca  
www.ccdus.ca



@CCSACanada  
@CCDUSCanada





Le 16 janvier 2019

Doris Grinspun, inf. aut., M.Sc.Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), Ordre de l'Ontario  
Directrice générale,  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
158, Pearl Street, Toronto, Ontario MSH 1L3

Madame,

Sigma Theta Tau International (Sigma) Honor Society of Nursing a le plaisir d'exprimer son soutien à la ligne directrice sur les pratiques exemplaires intitulée *Intervention en situation de crise chez les adultes au moyen d'une approche tenant compte des traumatismes : les quatre premières semaines de gestion* (3e édition) de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Je salue ce travail phare de l'AIIAO : il va permettre d'améliorer les capacités en matière de leadership du personnel infirmier et des autres fournisseurs de soins en situation de crise, et ce dans le but d'offrir des soins plus efficaces aux adultes qui ont vécu une crise, dans les établissements hospitaliers du Canada et de l'étranger.

Comme vous le savez, Sigma se consacre à la progression de la santé mondiale et à la célébration de l'excellence en matière de bourses d'études, de leadership et de service en sciences infirmières. Avec plus de 135 000 membres actifs dans plus de 90 pays, nous œuvrons à la promotion de produits et de services qui favorisent l'éducation, le leadership, le perfectionnement professionnel, les soins infirmiers fondés sur des données probantes, la recherche et le savoir. La nouvelle édition de la ligne directrice de l'AIIAO sur le thème de l'intervention en cas de crise utilisant une approche tenant compte des traumatismes soutiendra les infirmières dans tous les rôles alors qu'elles dirigent la mise en œuvre de soins de haute qualité fondés sur des données probantes, dans tous les secteurs.

Merci pour votre leadership dans l'élaboration de ce travail impressionnant.

Cordialement,

A handwritten signature in black ink that reads "Beth Baldwin Tigges".

Beth Baldwin Tigges, Ph. D., inf. aut., IPSF (C.-B.)  
Présidente de 2017 à 2019

A handwritten signature in black ink that reads "Elizabeth A. Madigan".

Elizabeth A. Madigan, Ph. D., inf. aut., FAAN,  
Directrice générale des FAAN

SigmaNursing.org

550 W. North Street, Indianapolis, Indiana 46202





**ia** BPG

AFFAIRES INTERNATIONALES  
ET LIGNES DIRECTRICES SUR  
LES PRATIQUES EXEMPLAIRES

TRANSFORMER  
LES SOINS INFIRMIERS  
PAR LA CONNAISSANCE

Ligne directrice sur les  
pratiques exemplaires

DÉCEMBRE 2017

# Intervention en situation de crise chez les adultes au moyen d'une approche tenant compte des traumatismes : les quatre premières semaines de gestion

Troisième édition

ISBN 978-0-920166-59-8



9 780920 166598

 **RNAO**

Registered Nurses' Association of Ontario  
L'Association des infirmières et infirmiers  
autorisés de l'Ontario



**Ontario**