

Actes de violence grave : prise en charge des travailleurs

DEUXIÈME PARTIE



Stéphane Guay, Ph. D.
Directeur, Centre
d'étude sur le trauma
Professeur, École
de criminologie,
Université de
Montréal



André Marchand, Ph. D.
Codirecteur, Centre
d'étude sur le trauma
Professeur,
Département de
psychologie, Université
du Québec à Montréal

Dans le précédent numéro d'*Objectif prévention* (vol. 34, n° 2, p. 30), nous avons exposé les limites du débriefing psychologique pour prévenir le développement de séquelles post-traumatiques chez les travailleurs exposés à un acte de violence grave (AVG). Le présent article présente une proposition de prise en charge psychologique et sociale des travailleurs à risque d'être exposés à des AVG.

Afin de prendre en charge les travailleurs, trois niveaux de prévention devraient être considérés : primaire (diminuer le risque d'exposition à des AVG et préparer les travailleurs à y faire face) ; secondaire (réduire le risque de développer des troubles psychologiques ou psychiatriques) ; tertiaire (diminuer le risque que ces troubles deviennent chroniques). Ces niveaux de prévention ciblent trois types de travailleurs avec des besoins distincts :

- > ceux qui récupèrent rapidement et requièrent une intervention minimale, comme un dépistage et du soutien informationnel ;
- > ceux qui vont nécessiter une intervention brève, donnée rapidement après l'événement, pour retrouver leur état antérieur de confiance, de bien-être et de sécurité ;
- > ceux qui manifestent des désordres psychologiques plus graves, par exemple un état de stress post-traumatique (ÉSPT), et qui auront besoin d'une psychothérapie ou de services cliniques de plus longue durée.

Le simple passage du temps
s'accompagne rarement d'une
rémission complète d'un trouble
post-traumatique.

PRÉVENTION PRIMAIRE

Il semble qu'il soit possible de mettre en œuvre diverses stratégies (formations, procédures, changements dans l'environnement physique, etc.) afin de diminuer la probabilité d'apparition d'un épisode de violence ou encore d'en limiter les conséquences. Il existe différents programmes de prévention primaire de la violence en milieu de travail. Leur contenu peut varier grandement selon les milieux. À ce jour, très peu de programmes ont été validés. Certains sont prometteurs, mais nous devons attendre les résultats d'études évaluatives avant de pouvoir conclure à leur efficacité.

Au Québec, le programme de formation Oméga, qui vise à développer chez les participants des habiletés et des modes d'intervention pour assurer leur sécurité et celle des autres en situation d'agressivité, constitue une exception. Ce programme est implanté dans plusieurs milieux institutionnels à haute dangerosité tels les hôpitaux et les centres jeunesse au Québec et leurs équivalents au Nouveau-Brunswick et en France. Bien qu'il n'ait fait l'objet que de quelques évaluations à ce jour, les résultats obtenus sur la satisfaction des participants, l'apprentissage de nouvelles connaissances et l'identification des éléments à risque s'avèrent positifs et prometteurs.

PRÉVENTION SECONDAIRE

Le simple passage du temps s'accompagne rarement d'une rémission complète d'un trouble post-traumatique. C'est

AIDE PSYCHOLOGIQUE IMMÉDIATE

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

pourquoi les interventions de prévention secondaire sont essentielles chez les travailleurs les plus à risque de vivre des séquelles. Toutefois, ce risque varie selon les caractéristiques des individus et des événements auxquels ils sont exposés.

Dans les faits, si la plupart des individus se remettent spontanément et sans aide, on ne peut nier la souffrance des personnes qui développent un ÉSPT, ni les blâmer pour un déficit personnel ou une vulnérabilité particulière. Néanmoins, il serait aussi inapproprié de recommander un soutien professionnel à toutes les personnes exposées à un AVG.

Diverses stratégies d'intervention post-traumatique devraient être préconisées : l'aide psychologique immédiate (**encadré**), la psychothérapie cognitivo-comportementale brève et précoce visant à atténuer les réactions de stress aigu, tels les reviviscences et l'évitement, ainsi que la promotion d'un soutien social adéquat de la part des collègues.

PRÉVENTION TERTIAIRE

Pour les travailleurs qui développeraient des séquelles psychologiques chroniques tel un ÉSPT, il est essentiel d'appliquer des traitements éprouvés, spécifiques et adaptés en fonction de l'évaluation initiale des victimes d'un AVG. De plus en plus d'études démontrent que le traitement de choix pour l'ÉSPT consiste en une psychothérapie cognitivo-comportementale. Elle serait d'une efficacité supérieure à la pharmacothérapie et aux autres formes de psychothérapie. Elle se situe également parmi les traitements reconnus comme efficaces pour les troubles connexes à l'ÉSPT les plus fréquents.

PRISE EN CHARGE DES ACTES DE VIOLENCE ET DES SÉQUELLES POSSIBLES

Le recours à un programme de gestion globale des actes de violence (**schéma**) peut s'avérer plus efficace que des interventions isolées. Il vise à prévenir le développement de l'ÉSPT et des problèmes de santé mentale connexes (ex. : dépression, troubles d'utilisation de substances) chez les travailleurs exposés à un AVG et à faciliter la réinsertion au travail.

Un tel programme devrait intégrer d'abord une préparation prétraumatique auprès de tous les travailleurs, c'est-à-dire le développement de stratégies visant la prévention primaire (**étape 1**). Il devrait aussi viser la prévention secondaire en intégrant le dépistage, l'évaluation et la gestion clinique des réactions de stress aigu en lien avec l'AVG. La prise en charge devrait encourager et faciliter la réintégration au travail (**étape 3**), et ce, de façon adaptée à l'individu et au milieu de travail. Il conviendrait également de mettre l'accent sur la gestion du traitement médical des blessures physiques (**étape 4**), l'intervention psychologique à long terme (**étape 5**) et pharmacologique, en plus du dépistage prolongé de l'ÉSPT et de ses troubles connexes (**étape 6**).

DÉFIS RELIÉS À L'IMPLANTATION

Un programme de gestion des AVG doit reposer sur une procédure soutenue par une politique d'intervention et de gestion claire. Afin qu'il soit durable, son implantation doit se faire par étapes et il doit être évalué régulièrement.

En effet, il peut s'avérer inapproprié de conclure aux effets positifs d'un programme de gestion des AVG sans avoir analysé correctement si les changements observés sont clairement dus aux interventions effectuées. Enfin, il doit être élaboré en tenant compte des différences entre les femmes et les hommes en raison des effets différentiels des AVG sur ceux-ci (ex. : risque plus élevé de développer un ÉSPT chez les femmes) et des besoins d'aide spécifiques qui peuvent émerger. ●

RÉFÉRENCES

COURCY, F., A. SAVOIE, L. BRUNET. *Violence au travail : diagnostic et prévention*, Presses de l'Université de Montréal, 2004.

GREEN, D.L., N. DIAZ. *Gender Differences in Coping with Victimization*, *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 8, 2008, 195-206.

Il est essentiel d'appliquer des traitements éprouvés, spécifiques et adaptés en fonction de l'évaluation initiale des victimes d'un AVG.

GUAY, S. *Pouvons-nous aider davantage les victimes de crimes avec violence ?* dans J. Poupart, D. Lafortune, S. Tanner (Eds.), *Questions de criminologie*, Presses de l'Université de Montréal, 2010.

GUAY, S., A. MARCHAND. *Les troubles liés aux événements traumatiques : dépistage, évaluation et traitements*, Presses de l'Université de Montréal, 2006.

KELLOWAY, E.K., J. BARLING, J. HURRELL. *Handbook of Workplace Violence*, Thousand Oaks, CA: Sage, 2006.

ROSE, J. "A Model of Care for Managing Traumatic Psychological Injury in a Workers' Compensation Context", *Journal of Traumatic Stress*, 19, 2006, 315-326.

PROGRAMME D'ÉVALUATION ET DE GESTION DES ACTES DE VIOLENCE

Durée des symptômes et sous-types d'ÉSPT

