



Guide de discussion 2

Reconnaître les effets des traumatismes et y répondre

Guide de discussion à l'intention des fournisseurs
de services de santé et de services sociaux

Mai 2015



Le présent guide de discussion s'adresse aux personnes et aux organismes qui cherchent à élaborer des méthodes de prestation de services tenant compte des traumatismes. Il décrit la fréquence des expériences traumatisantes pour les personnes qui ont accès aux services du ministère de la Santé et des Services sociaux et présente de l'information qui aidera les fournisseurs de services à reconnaître les moyens que les gens prennent pour s'adapter aux traumatismes. La sensibilisation aux traumatismes constitue une assise sur laquelle appuyer des services tenant compte des traumatismes qui intègrent les connaissances sur les traumatismes dans les politiques, les procédures et les pratiques. La prestation de services tenant compte des traumatismes vise à éviter activement la retraumatisation, et il est démontré que de tels services améliorent la participation, la fidélisation et les résultats. Le présent guide inclut des exemples de pratique, des ressources suggérées et des questions types afin de stimuler encore davantage la discussion.

Qu'est-ce qu'un traumatisme?

Les traumatismes découlent d'expériences qui *dépassent la capacité d'adaptation d'une personne*.

Les traumatismes peuvent être causés par des accidents et des catastrophes naturelles, la violence et la négligence subies au cours de l'enfance, la violence sexualisée, des actes médicaux, le fait d'être témoin d'actes de violence, une perte subite, la guerre ou des actes intergénérationnels et historiques comme le génocide et la colonisation. Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) est un diagnostic de trouble mental qui peut découler de traumatismes ou de la violence. La dépression et l'abus de substances constituent aussi des réactions courantes.

[TRADUCTION] « *Les événements traumatisants sont plus que simplement stressants – ils choquent, terrifient et dévastent... ils entraînent des sentiments profondément perturbateurs de terreur, de honte, d'incapacité et d'impuissance* » (C. Courtois 1999)

La Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) des États-Unis considère que les traumatismes comportent trois aspects^[1] :

1. *l'exposition* à des circonstances ou à des événements nuisibles ou bouleversants;
2. la façon dont les personnes *vivent* ces événements, qui variera d'une personne à l'autre;
3. les *effets*, qui peuvent être indésirables et durables.

C'est la compréhension accrue des effets des traumatismes, à court et à long termes, qui justifie l'adoption d'une approche tenant compte des traumatismes.

Il y a de nombreux types de traumatismes qui entraînent de nombreuses réactions. Nous abordons ici le traumatisme développemental, que nous considérons comme étant important à comprendre.

Traumatisme développemental

Il y a de nombreuses différences importantes entre les traumatismes subis au cours de l'enfance et à l'âge adulte. Les causes et les symptômes des traumatismes subis au cours de l'enfance diffèrent de ceux des traumatismes subis à l'âge adulte parce que les enfants, et en particulier les tout-petits, ne sont pas troublés ou effrayés par les mêmes choses que les adultes, et parce que beaucoup d'enfants sont incapables de gérer des émotions intenses sans aide. En outre, le stress chronique associé à de multiples épisodes traumatisants peut avoir un effet profond sur le développement physique, cognitif et affectif d'un enfant, en particulier s'il a moins de cinq ans^[2,3].

Le cerveau se développe à un rythme remarquable au cours des cinq premières années de la vie. Comme le vécu oriente le développement des circuits neuronaux, les expériences auxquelles les jeunes enfants sont exposés aident à déterminer comment le cerveau est bâti^[4]. Lorsqu'un enfant vit des expériences négatives répétitives (comme la perte ou la séparation d'un être cher, le fait d'être témoin d'actes de violence ou l'absence de réponse à une détresse affective) au cours de cette période importante du développement du cerveau, cela a une incidence importante sur la santé du cerveau. Cela a en retour des répercussions générales sur de nombreux aspects du développement, car le corps réagit au stress par divers mécanismes physiologiques, comme l'accélération du rythme cardiaque et la libération de certaines hormones telles que l'adrénaline et le cortisol. Si un enfant n'a pas accès aux ressources sociales qui aideraient ses mécanismes physiologiques à revenir à la normale après un événement stressant, ou si les facteurs de stress sont graves, répétitifs et chroniques, les concentrations d'hormones demeureront élevées, ce qui perturbera le développement de l'architecture du cerveau^[5].

L'exposition chronique ou répétée à un stress toxique au cours de l'enfance est qualifiée de traumatisme développemental complexe dans les publications scientifiques^[6]. De nouvelles données indiquent que les enfants qui ont vécu des traumatismes développementaux complexes présentent des déficits primitifs de l'autorégulation des émotions^[7]. Cela entraîne des problèmes dans trois grands domaines : 1) un manque de continuité en ce qui concerne la perception du soi; 2) une mauvaise régulation de l'affectivité et un mauvais contrôle des impulsions, notamment une agressivité dirigée contre soi-même et autrui; 3) une incertitude quant à la fiabilité et à la prévisibilité d'autrui, qui s'exprime sous la forme d'une méfiance et de problèmes d'intimité.

Il n'y a actuellement pas d'étiquette diagnostique décrivant l'effet omniprésent des traumatismes sur le développement de l'enfant. En fait, de nombreuses formes de traumatismes interpersonnels (p. ex., maltraitance psychologique, négligence, séparation des aidants naturels, perte traumatisante) qui ont des effets nocifs sur le développement de l'enfant ne correspondent pas à la définition d'un événement traumatisant justifiant un diagnostic de SSPT. C'est pourquoi les enfants reçoivent souvent un éventail de diagnostics d'affections comorbides, comme si les événements s'étaient produits indépendamment des traumatismes auxquels l'enfant a été exposé.

L'étude sur les expériences indésirables au cours de l'enfance a évalué les liens entre la maltraitance au cours de l'enfance et la santé et le bien-être plus tard au cours de la vie. Au cours de l'étude, les chercheurs se sont penchés sur le vécu de plus de 17 000 personnes pour déterminer les liens entre les expériences indésirables au cours de l'enfance et l'état de santé à l'âge adulte^[8]. L'étude a révélé que les expériences indésirables au cours de l'enfance étaient beaucoup plus répandues qu'on le reconnaît et que, bien souvent, elles coexistaient et étaient liées directement avec des problèmes de toxicomanie et de santé mentale plus tard dans la vie, ainsi qu'avec un éventail de maladies chroniques comme le diabète^[9,10].

Ce ne sont pas toutes les formes de stress qui sont traumatisantes

Il importe de comprendre que le stress n'est pas totalement mauvais pour le développement du cerveau. En fait, certains facteurs de stress aident au développement de l'enfant. Les publications de recherche décrivent trois types de stress qu'il importe de comprendre : le stress positif, le stress tolérable et le stress toxique.

Le *stress positif* s'entend des réactions au stress modérées et de courte durée qui font normalement partie d'un développement sain si elles se produisent dans un environnement de relations bienveillantes et favorables. Le stress associé à la frustration, à l'adaptation et à une blessure mineure ou à l'arrivée dans une nouvelle classe est un exemple de stress positif.

Le *stress tolérable* décrit des événements stressants qui peuvent être coûteux sur le plan affectif, mais durent en général moins longtemps que le stress toxique, ce qui laisse au cerveau le temps de se rétablir d'effets qui pourraient être nuisibles. Ces effets peuvent inclure des expériences indésirables importantes comme la perte d'un être cher, à condition que le stress se produise dans un environnement sécuritaire et que l'enfant bénéficie d'un soutien affectif adéquat. Le stress tolérable peut devenir toxique lorsqu'il n'y a pas de soins de soutien et bienveillants.

Le *stress toxique* est une expression que les chercheurs utilisent pour décrire l'activation puissante, fréquente et prolongée du système de réaction au stress. Dans des situations extrêmes, comme dans les cas de violence chronique grave, le stress toxique peut aboutir au développement d'un cerveau moins volumineux. Une exposition moins extrême au stress toxique peut modifier le système d'adaptation au stress d'un individu, le faisant réagir à des seuils moins élevés à des événements qui pourraient ne pas être stressants pour d'autres personnes, ce qui accroît le risque de problèmes de santé physiques et mentaux liés au stress.

Appliquer un prisme sexospécifique et culturel à notre compréhension des traumatismes et aux réponses tenant compte des traumatismes

Dans notre travail sur la pratique tenant compte des traumatismes, il importe de tenir compte des différences possibles, entre des personnes de culture et de sexe différents, pour ce qui est de la prévalence, de l'expérience, des effets et des préférences/besoins sur le plan de l'intervention. La violence interpersonnelle est plus répandue chez les jeunes filles et les femmes que chez les jeunes garçons et les hommes, et le besoin de sécurité dans les relations est particulièrement important. Les garçons et les hommes qui ont subi des sévices sexuels peuvent avoir des besoins sexospécifiques liés à la honte. Chez les hommes, les femmes, les garçons et les filles autochtones, les traumatismes historiques, ainsi que les expériences récentes de traumatisme, peuvent constituer un fardeau, et il peut être important d'offrir des interventions culturelles traditionnelles comme moyens d'appui.

Les effets des traumatismes

[TRADUCTION] « Bien des fournisseurs de services et, dans bien des cas, les survivants eux-mêmes peuvent croire à tort que ces difficultés sont auto-infligées parce qu'ils ne comprennent pas les répercussions de la violence et des traumatismes durant toute la vie d'une personne. » (L. Haskell, dans N. Poole, *Becoming Trauma Informed*, 2012)

Les effets généraux

Les effets des traumatismes sont très généraux et peuvent avoir une incidence sur de nombreux aspects du fonctionnement (figure tirée d'une présentation PowerPoint de N. Poole utilisée dans *NS Consultation for Building a Trauma-Informed Practice Framework*, 2014).



Effets immédiats

Les traumatismes peuvent avoir de multiples incidences sur la participation des personnes aux services. Il y a un aspect important des effets des traumatismes dont les fournisseurs de services doivent être conscients, soit les effets dits immédiats, comme les suivants :

- changement de la respiration (respirer rapidement ou retenir son souffle)
- raideurs musculaires, difficulté à relaxer
- envahissement par des émotions puissantes (colère, tristesse, etc.)
- fréquence cardiaque rapide, élévation de la tension artérielle
- réaction de surprise, d'appréhension
- tremblements
- regard lointain
- détachement de la conversation et perte de concentration
- incapacité de se concentrer ou de répondre à des instructions
- incapacité de parler

Autres lectures

ACE Study (éléments infographiques et résumé)

L'étude sur les expériences indésirables au cours de l'enfance (ACE) est l'une des plus vastes enquêtes jamais réalisées pour évaluer les liens entre la maltraitance au cours de l'enfance et la santé et le bien-être plus tard dans la vie. L'étude a révélé que les expériences indésirables au cours de l'enfance étaient beaucoup plus répandues qu'on le reconnaît et que, bien souvent, elles coexistaient et étaient liées directement avec des problèmes de toxicomanie et de santé mentale plus tard dans la vie, ainsi qu'avec un éventail de maladies chroniques comme le diabète.

http://vetoviolenecdc.gov/apps/phl/images/ACE_Accessible.pdf

Questions courantes sur les effets des traumatismes

Ce dépliant du Centre de toxicomanie et de santé mentale explique les traumatismes et leurs effets en termes simples.

http://www.camh.ca/en/education/about/camh_publications/Documents/Flat_PDFs/Trauma.pdf

Vidéos sur les premiers stades du développement du cerveau et sur les effets des traumatismes

Initiative sur le bien-être de la famille de l'Alberta

<http://www.albertafamilywellness.org/>

National Scientific Council on the Developing Child. Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain. Working Paper No. 3, 2005.

http://developingchild.harvard.edu/index.php/download_file/-/view/469/

Réagir aux traumatismes – exemples de pratiques

Les pratiques tenant compte des traumatismes peuvent inclure tout un éventail de mesures d'adaptation au niveau de la pratique et des programmes. Voici trois exemples de mesures d'adaptation découlant d'une meilleure compréhension des traumatismes et d'une plus grande sensibilisation.

Nota : Les professionnels voudront peut-être consulter des avis sur la façon de présenter ces questions de filtrage et des stratégies complémentaires. Voir, par exemple, les annexes 5 et 6 du BC Trauma Informed Practice Guide, à l'adresse : <http://bccwh.bc.ca/category/post/trauma-violence-mental-health/>

Exemple 1 : Sensibilisation aux traumatismes : des « symptômes » aux « mesures d'adaptation »

La recherche révèle dans quelle mesure les expériences traumatisantes sont répandues et comment les gens s'adaptent de diverses façons aux expériences passées et courantes. Une meilleure compréhension des traumatismes nous met au défi de changer ce que nous pensons des personnes et la façon dont nous travaillons avec elles. Au lieu de nous demander ce qui ne va pas avec une personne, nous cherchons à savoir ce qui lui est arrivé. Les fournisseurs de services comprennent de plus en plus qu'il est plus juste de voir les comportements « problématiques » comme des réactions aux traumatismes ou comme des façons de s'adapter. Le fait de voir différemment les préoccupations des gens modifie comment nous réagissons.

Anciennes hypothèses	Réponse tenant compte des traumatismes
Cette personne est faible.	Cette personne est résiliente.
Cette personne cherche à attirer l'attention.	Cette personne essaie d'établir des liens du mieux qu'elle peut.
Je ne devrais pas aborder la question des traumatismes parce que cela troublera la personne en cause.	Le fait de parler des traumatismes (sans forcer la personne à dévoiler quoi que ce soit) permet une discussion, une normalisation et un apprentissage des stratégies d'adaptation.
Cette personne a de mauvaises méthodes d'adaptation.	Cette personne a des techniques de survie qui l'ont amenée là où elle est maintenant, et nous pouvons l'aider en lui proposant des stratégies d'adaptation supplémentaires.
Cette personne ne s'en remettra jamais, ou elle a subi une atteinte permanente.	Les gens peuvent continuer d'apprendre les stratégies les plus efficaces et se remettre des traumatismes.

Exemple 2 : Dépistage tenant compte des traumatismes

Il est possible de modifier les habitudes de dépistage et d'évaluation pour les adapter aux traumatismes. Au moment où les clients commencent à échanger avec les services, il y a deux points de vue sur la façon de poser des questions au sujet des traumatismes.

D'une part, un dépistage et une évaluation normalisés des traumatismes (collecte d'information sur le type de traumatisme, l'âge auquel la victime a vécu le traumatisme, les personnes qui y ont joué un rôle et l'effet des traumatismes sur le fonctionnement actuel de la victime) peuvent appuyer de nombreux aspects du traitement, comme le jumelage avec un service, l'assurance de la sécurité de la victime et la sécurité des autres participants au programme. En outre, pour certains clients, il peut être utile de reconnaître et de valider, au début du traitement, les liens entre les expériences traumatisantes, les stratégies d'adaptation et les problèmes de santé actuels.

D'autre part, des méthodes de dépistage et d'évaluation qui minimisent la quantité d'information recueillie sur les traumatismes font en sorte que les clients ne sont pas poussés à divulguer de l'information à un moment où ils n'ont peut-être pas le soutien et les techniques d'adaptation nécessaires pour gérer une telle divulgation. L'évaluation peut accroître le risque de retraumatisation et mener à une mauvaise adaptation (p. ex., augmentation de l'utilisation de substances ou de l'automutilation) ou à l'évitement d'autres traitements.

Au niveau du système, l'information sur la prévalence des traumatismes peut appuyer la création et le financement de services plus complets et réceptifs. Vivian Brown et ses collaborateurs ont créé un bref outil de dépistage appelé « COJAC Screener », qui utilise neuf questions : trois sur la santé mentale, trois sur l'usage de substances et trois sur les traumatismes. Brown recommande d'offrir des choix aux clients et de les laisser diriger le processus de dépistage en utilisant une formule comme : « Nous allons vous poser des questions qui pourraient vous mettre mal à l'aise. Si vous ne voulez pas répondre, veuillez dire "je ne veux pas répondre". Il n'est pas nécessaire de donner une fausse réponse : il suffit de ne pas répondre. Vous avez le choix^[1]. »

Exemple 3 : Stratégies complémentaires

Dans le cas des personnes qui ont subi un traumatisme, qui sont toxicomanes ou qui ont des problèmes de santé mentale ou de jeu pathologique, des données indiquent qu'il est avantageux de leur offrir des stratégies complémentaires, comme des exercices de respiration et de sensibilisation, des exercices et des objets favorisant la prise de conscience, des activités comme tenir un journal (axé sur le présent/l'avenir) ou faire du yoga, des exercices favorisant la « pleine conscience ».

Activités de prise de conscience

Les services tenant compte des traumatismes visent avant tout à instaurer un sentiment de sécurité et à renforcer la capacité d'autosoins et de maîtrise de soi^[2]. L'apprentissage de la gestion de ses émotions dans le cadre du processus de guérison est non seulement important pour les adultes, mais aussi pour les jeunes, car il s'agit d'un facteur de protection fondamental de leur développement^[3,14]. Les activités de prise de conscience peuvent aider les clients qui ont des symptômes de traumatisme à demeurer en contact avec le présent, à demeurer calmes et à rétablir le contact avec ce qui se passe autour d'eux. Voici quelques exemples d'activités de prise de conscience :

- Rappelez-vous qui vous êtes maintenant. Dites votre nom. Dites votre âge. Où êtes-vous maintenant? Qu'avez-vous fait aujourd'hui? Que ferez-vous ensuite?

- Donnez-vous une accolade en vous croisant les bras et tapez en alternance le haut de votre bras gauche et de votre bras droit. Respirez et tapez doucement pendant une minute ou deux.
- Dites quels sont vos trois couleurs favorites, vos trois aliments favoris, vos trois animaux favoris.
- Lavez-vous les mains. Sentez l'eau vous couler sur les mains. Remarquez l'odeur du savon. Essuyez-vous lentement les mains avec une serviette.
- Énumérez tout ce dont vous avez besoin pour préparer un sandwich. Soyez aussi détaillé que possible. Si vous avez faim, faites un sandwich. Prenez votre temps et savourez le.
- Réconfortez-vous comme vous le feriez avec un enfant. « On m'aime. » « Je suis en sécurité ici. »
- Frottez-vous la paume des mains; tapez des mains. Écoutez le son que cela produit. Ressentez la sensation.
- Imaginez-vous dans un endroit confortable, que vous connaissez bien. Détendez-vous dans cet endroit sécuritaire.
- Jetez un coup d'œil à l'extérieur. Comptez le nombre d'arbres et de plaques de rue.
- Enfoncez vos pieds dans le sol. Sentez-vous supporté, enraciné, branché à la terre.

Activités favorisant la pleine conscience

Au Centre Jean-Tweed, à Toronto, on a découvert que le fait d'enseigner la conscience de l'esprit et du corps permettait aux femmes de mieux gérer le stress, les réactions de panique et les facteurs déclencheurs (expériences qui rappellent un événement traumatisant du passé). Cela les a aidées à « observer » le moment présent plutôt que de se « sentir menacées » par lui. Le personnel du Centre Jean-Tweed a reçu une première formation de neuf mois sur la pleine conscience (le fait de concentrer de façon intentionnelle son attention sur les émotions, les réflexions et les sensations du moment présent, en les acceptant et sans juger) et continue de recevoir une formation mensuelle qui l'aide à intégrer ces activités dans les travaux en groupe, les séances de consultation individuelles, les programmes d'hébergement, etc. Les membres du personnel ont constaté que les activités simples étaient à privilégier et que leur participation à ces activités était aussi bénéfique pour eux, car elle permet de réduire l'« usure de compassion » [15,16].

Lectures supplémentaires

How to Manage Trauma (éléments infographiques)

Aperçu en deux pages des symptômes associés aux traumatismes, de stratégies d'adaptation utiles et de conseils sur la façon de demander de l'aide et un traitement. Produit par le National Council for Community Behavioral Healthcare.

<http://www.thenationalcouncil.org/wp-content/uploads/2012/11/Trauma-Infographic-Print.pdf>

Ressources sur les activités de pleine conscience :

- *Ten Steps to Mindfulness Meditation* (dépliant)
http://www.garrisoninstitute.org/images/PDFs/Mindfulness_Meditation.pdf
- Jon Kabat-Zinn. *Full Catastrophe Living*. Random House, 1990. Peut être acheté en ligne.
- *Mindfulness-Based Stress Reduction* (cours en ligne gratuit)
<http://palousemindfulness.com/selfguidedMBSR.html>
- Victoria M. Folletter et al., dir. *Mindfulness-Oriented Interventions for Trauma: Integrating Contemplative Practices*. Guilford Press, 2015. Peut être acheté en ligne.

Questions pour discussion

Les questions suivantes visent à aider les fournisseurs de services directs, les responsables de programmes et les planificateurs de systèmes à réfléchir à leurs pratiques, politiques et procédures actuelles.

1. Les membres du personnel de votre organisation comprennent-ils tous les aspects fondamentaux des causes des traumatismes et des effets possibles?
2. Quel type d'information sur les traumatismes met-on à la disposition de vos clients? L'information est-elle accessible, à jour et adaptée au groupe avec lequel vous travaillez?
3. Pensez aux procédures de dépistage et d'évaluation de votre organisation. Y a-t-il des questions qui pourraient être un facteur déclencheur? Y a-t-il des possibilités de discussion ouverte, de rétroaction et d'établissement de liens avec le client? Explorez-t-on les effets possibles des traumatismes et prévoit-on des activités de prise de conscience, si besoin est?
4. A-t-on offert de l'éducation (information de base sur les traumatismes et leurs répercussions) à tous les membres du personnel de votre service? Les membres du personnel clé ont-ils reçu une formation sur les modifications précises des services existants à l'intention des survivants de traumatismes?
5. À propos de quels sujets ou enjeux serait-il bénéfique d'en apprendre davantage? Votre organisation offre-t-elle des possibilités de formation ou d'apprentissage structuré ou non structuré? Avec qui pouvez-vous chercher à communiquer dans la collectivité?

Ressources choisies

SAMHSA's National Center for Trauma-Informed Care

www.samhsa.gov/nctic/

Ce site Web détaillé de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration offre de l'information sur les pratiques tenant compte des traumatismes et leur mise en œuvre.

Trauma Matters : Guidelines for Trauma-Informed Practices in Women's Substance Use Services

<http://traumaandsubstanceabuse.files.wordpress.com/2013/03/trauma-matters-final.pdf>

Lignes directrices produites par le Centre Jean-Tweed, en consultation avec des fournisseurs de services, avec des femmes ayant vécu diverses expériences et avec des experts d'un peu partout en Ontario, pour aider les organisations qui offrent des services de traitement des toxicomanies aux femmes.

Manuel sur les traumatismes (Deuxième édition)

www.trauma-informed.ca/

Créée par le Centre de santé communautaire Klinic, à Winnipeg (Manitoba), cette ressource offre des lignes directrices générales sur la pratique tenant compte des traumatismes afin d'aider les fournisseurs de services et les agences à accroître leur capacité à offrir des services tenant compte des traumatismes.

First Stage Trauma Treatment

http://www.camhx.ca/Publications/Resources_for_Professionals/First_stage_trauma/index.html

Il est possible de commander l'ouvrage intitulé First Stage Trauma Treatment et d'autres ressources sur les traumatismes en ligne, sur le site du Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Références

1. SAMHSA. *The Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*, July 2014. <http://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-s-Concept-of-Trauma-and-Guidance-for-a-Trauma-Informed-Approach/SMA14-4884>.
2. Schore, A. "The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health." *Infant Mental Health Journal*. 22(1-2) (2001): 201–69.
3. National Scientific Council on the Developing Child. *Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain*. Working Paper No. 3, 2005.
4. Shonkoff, J.P., and D.A. Phillips, eds. *From neurons to neighborhoods*. Washington: National Academy Press, 2000.
5. Shonkoff, J.P., W.T. Boyce, and B.S. McEwen. "Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: Building a new framework for health promotion and disease prevention." *Journal of the American Medical Association*. 302(21) (2009): 2252–59.
6. National Child Traumatic Stress Network, Complex Trauma Task Force. *Complex Trauma in Children and Adolescents*. White paper, 2003.
7. Streeck-Fischer, A., and B.A. van der Kolk. "Down will come baby, cradle and all: Diagnostic and therapeutic implications of chronic trauma on child development." *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34 (2000): 903–18.
8. Anda, R.F., et al. "The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology." *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience* 256(3) (2006): 174–86.
9. Anda, R.F., et al. "Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression." *Psychiatry Services* 53(8) (2002): 1001–9.
10. Anda, R.F., et al. "Adverse childhood experiences and prescribed psychotropic medications in adults." *American Journal of Preventive Medicine* 32(5) (2007): 389–94.
11. Poole, N., et al. *What do we mean by trauma informed care?* [Enregistrement de webémission, 18 novembre 2010] Consulté le 30 juin 2013, à <http://www.coalescing-vc.org/virtualLearning/section1/trauma-informed-care/webcasts.htm>.
12. Najavits, L.M. *Seeking Safety: A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse*. New York: Guilford Press, 2002.
13. Hummer, V.L., et al. "Innovations in implementation of trauma-informed care practices in youth residential treatment: a curriculum for organizational change." *Child Welfare* 89(2) (2010): 79–95.
14. Bath, H. "The three pillars of trauma-informed care." *Reclaiming Children & Youth* 17(3) (2008): 17–21.
15. Poole, N., et al. *Trauma informed practice at the agency, interagency and system level*, in Trauma Informed Practice in Nova Scotia Webinar Series (online). February 13, 2015.
16. Jean Tweed Centre. *Trauma Matters: Guidelines for Trauma-Informed Services in Women's Substance Use Services*. Toronto: Jean Tweed Centre, March 2013.

Remerciements

Bien des personnes ont contribué par leur temps et leur sagesse à la création et à la révision de ces guides de discussion : Bernadette MacDonald, Tri-County Women's Centre; Betsy Prager, Addictions Services, Amherst; Bonnie C. Conrad, Centre de santé IWK; Brandon Churchill, Centre de santé IWK; Bridget McFarthing, Collège communautaire de la Nouvelle-Écosse; Bruce Dienes, Chrysalis House; Carmen Celina Moncayo, Association des services aux immigrants de la Nouvelle-Écosse; Christine Toplack, M.D., Wolfville; Dale Gruchy, Santé et Bien-être Nouvelle-Écosse; Dana Pulsifer, Régie régionale de la santé de la vallée de l'Annapolis; Daniel Abar, Chisholm Services for Children; Dianne Crowell, Second Storey Women's Centre; Donna Hughes, Conseil scolaire régional de Halifax; Elizabeth King, M.D., Annapolis Royal; Erinn Hawkins, Centre de santé IWK; Glenda Haydon, Avalon Sexual Assault Centre; Gwyneth Dwyn, Santé de la vallée de l'Annapolis; Holly Murphy, Centre de santé IWK; Jackie Stevens, Avalon Sexual Assault Centre; Jackie Thornhill, Connections; James Dube, Université de Victoria; Janet Pothier, Confédération des Mi'kmaq du continent; Jean Morrison, Santé de la vallée de l'Annapolis; Julie MacDonald, Services aux enfants et aux adolescents, Région du Cap-Breton; Kimberley MacLean, Centre de santé IWK; Louise Smith MacDonald, Every Woman's Centre, Sydney; Margaret Mauger, Colchester Sexual Assault Centre; Maureen Banfield, Conseil scolaire régional de Halifax; Melissa Davidson, Centre communautaire d'Amherst; Nancy Poole, Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique; Nancy Ross, Dalhousie School of Social Work; Nancy Stewart, Santé de la vallée de l'Annapolis; Nicole Blanchard, ministère des Services communautaires; Norma Jean Profitt, Régie régionale de la santé du Sud-Ouest; Patrick Daigle, The Youth Project; Rhonda Fraser, Association des maisons de transition de la Nouvelle-Écosse; Shaughney Aston, Université Acadia; Shireen Singer, Centre de santé IWK; Stacy McRae, Chisholm Services for Children; Tracey Gerber, Santé mentale et toxicomanie, Yarmouth; Wanda Jackson, Progress Centre for Early Intervention.

