



Guide de discussion 3

Pratique tenant compte des traumatismes dans des contextes différents et auprès de populations diverses

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

Mars 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 et une collaboration systémique. Il décrit la pratique tenant compte des traumatismes comme une pratique pouvant être appliquée universellement dans les services de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies et le jeu pathologique. Il oblige par ailleurs à tenir compte de l'effet possible du sexe et de la culture sur la façon de vivre les traumatismes et à en tenir compte. Étant une approche fondée sur des principes, la pratique tenant compte des traumatismes est facile à modifier par ceux qui œuvrent dans des contextes différents et auprès de populations diverses. Le présent guide inclut des exemples de pratique, des ressources suggérées et des questions types visant à stimuler les discussions.

La pratique tenant compte des traumatismes comme pratique universelle, mais modifiable

Comme les traumatismes sont courants chez les personnes qui demandent de l'aide pour des problèmes liés à la santé mentale, à la toxicomanie et au jeu pathologique, on considère que l'applicabilité des pratiques tenant compte des traumatismes est universelle. Bien des applications de ces pratiques dans des contextes différents et auprès de personnes de tous âges ont des principes fondamentaux communs au niveau des relations et de l'intégration, notamment les suivants :

- *sensibiliser* aux effets des traumatismes;
- *instaurer un sentiment de sécurité* et éviter de retraumatiser dans un contexte des contacts avec les services;
- *permettre* des choix et l'établissement de liens dans les contacts;
- *enseigner des techniques* de gestion des symptômes, des dysrégulations et des mécanismes d'adaptation;
- *intégrer et surveiller* les pratiques tenant compte des traumatismes dans le contexte d'un même service et système;
- *lancer des initiatives multisystémiques afin d'améliorer l'uniformité*, l'organisation utile de programmes et de traitements, et l'intégration;
- *établir*, à l'intention du personnel, un plan de formation généralisé et continu sur les pratiques tenant compte des traumatismes, sur la prévention du stress traumatique secondaire et sur les traumatismes indirects.

Par ailleurs, la pratique tenant compte des traumatismes ne constitue pas une démarche « taille unique ». Comme nous nous basons sur des principes communs, il nous faut nous demander comment le fait de vivre un traumatisme peut différer entre des groupes et dans des contextes différents. Nous devons personnaliser notre façon d'appliquer les pratiques tenant compte des traumatismes à diverses populations, comme les jeunes filles, les femmes, les Autochtones, les réfugiés, les personnes handicapées et les personnes transgenres. En appliquant ces pratiques, nous devons tenir compte des convergences entre les éléments sexospécifiques, la culture et d'autres déterminants de la santé. On reconnaît couramment qu'il faut « entrelacer » les démarches sexospécifiques et multidimensionnelles.

Dans chaque type de contexte, il est possible de voir comment les personnes s'adaptent aux traumatismes, d'intervenir en conséquence et de rendre les services sécuritaires et accueillants.

La pratique tenant compte des traumatismes dans des services et des contextes communautaires différents

Les responsables des refuges pour itinérants ont souvent fait preuve de leadership dans le travail auprès des personnes qui ont des problèmes liés aux traumatismes, à la santé mentale, aux toxicomanies et au jeu pathologique. Ils ont choisi de voir le manque de confiance des utilisateurs de services, qui se traduit par des comportements dangereux, agressifs, dissociés et automutilants, comme des moyens de surmonter des sentiments accablants et des moyens d'adaptation ayant été utiles au moins une fois^[1].

Afin de tenir compte des traumatismes des clients dans leur pratique, ils ont mis au point des outils d'autoévaluation organisationnelle axés sur les traumatismes qui s'adressent à la fois aux fournisseurs de services et aux utilisateurs^[1,2].

Les fournisseurs de services externes de traitement des toxicomanies et du jeu pathologique ont collaboré avec des services communautaires spécialisés en violence sexuelle afin de créer des stades d'accès aux services d'aide liés aux traumatismes, à la santé mentale, aux toxicomanies et au jeu pathologique pour les femmes. Ces stades commencent par un accès à des séances d'une heure sur les techniques d'adaptation et progressent jusqu'à des séances de 12 semaines dans un groupe de patients externes utilisant un modèle de recherche de la sécurité^[3]. **Les participants peuvent ainsi travailler à leur propre rythme. Dans l'évaluation des stades, les participants ont décrit comment les séances et le groupe ont instauré un sentiment de sécurité qui leur a permis d'explorer plus d'un problème à la fois, les ont aidés à connaître les effets des traumatismes et les techniques nécessaires pour les gérer, ont atténué la stigmatisation et accru l'autoacceptation, les ont aidés à rompre l'isolement pour établir des contacts avec d'autres personnes et leur ont appris à avoir espoir dans l'avenir^[4].**

Dans des contextes de services internes de santé mentale, l'engagement à tenir compte des traumatismes comporte souvent des stratégies comme l'organisation de réunions communautaires quotidiennes ou de séances de débriefage pour la recherche de solutions, comme le fait de permettre aux clients de participer pleinement à la planification **et à la prise de décisions relativement à leur traitement, et comme le fait de voir à ce que les membres du personnel suivent une formation périodique afin de perfectionner leurs techniques de traitement et d'adaptation^[5]. Dans un contexte de services internes, on a utilisé deux types de séances de débriefage mettant toutes deux à contribution le personnel et les clients de façon non punitive et favorable^[6]. La première n'était pas structurée et s'est tenue immédiatement après un incident. Au cours de la deuxième, qui s'est tenue de deux à trois jours plus tard, on a analysé plus profondément les événements et cherché à déterminer s'il y avait des leçons à en retenir pour appuyer la planification du traitement. De telles méthodes ont permis de réduire considérablement le recours à l'isolement et aux dispositifs de contention et d'atteindre l'objectif consistant à éviter de traumatiser les personnes davantage.**

Les principes de la pratique tenant compte des traumatismes ont été appliqués avec succès aux soins de santé primaires^[7], aux soins liés au bien-être des enfants^[8] et à bien d'autres contextes où des personnes qui ont des problèmes de santé mentale, de toxicomanie et de jeu pathologique doivent obtenir de l'aide. L'éventail des contextes en cause démontre l'applicabilité universelle de la pratique tenant compte des traumatismes et témoigne de son adaptabilité comme démarche basée sur des principes.

Autres lectures et liens

Creating Trauma-Informed Child Welfare Systems: A Guide for Administrators (2012)

www.lacdcfs.org/katieA/docs/Trauma_Informed_CW_Systems_Guide.pdf

Manuel de pratique sensible à l'intention des professionnels de la santé

<http://www.phac-aspc.gc.ca/sfv-avf/sources/nfnts/nfnts-sensi/index-fra.php>

A Long Journey Home: A Guide for Creating Trauma-Informed Services for Mothers and Children Experiencing Homelessness

<http://homeless.samhsa.gov/ResourceFiles/ALongJourneyHome.pdf>

Seeking Safety

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

TIP 57: Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services

<http://store.samhsa.gov/product/TIP-57-Trauma-Informed-Care-in-Behavioral-Health-Services/SMA14-4816>

Trauma-Informed Care: Best Practices and Protocols for Ohio's Domestic Violence Programs

http://stoprelationshipabuse.org/wp-content/uploads/2013/06/ODVN_Trauma-InformedCareBestPracticesAndProtocols.pdf

La pratique adaptée au sexe, à la culture et aux traumatismes

1. La pratique tenant compte des traumatismes et les femmes

Norma Jean Profitt et diverses autres personnes qui coordonnent les services aux femmes en Nouvelle-Écosse ont indiqué que leur travail auprès des femmes commence par le fait de reconnaître que la violence et les traumatismes sont courants dans la vie des femmes, que ces expériences précèdent souvent leurs problèmes de toxicomanie, de jeu pathologique ou de santé mentale, qu'elles sont interconnectées à d'autres réalités sexospécifiques, comme les taux accrus de pauvreté et la responsabilité de l'éducation des enfants. Les éléments clés de l'instauration d'un sentiment de sécurité dans les services consistent à « normaliser » le fait que, souvent, les femmes ont subi ou subissent de la violence et des traumatismes et qu'on ne les pousse pas à divulguer de l'information et à donner des détails. Gagner la confiance joue un rôle clé dans la pratique tenant compte des traumatismes subis par les femmes. Il est possible de mériter la confiance des clientes en partageant, en examinant ensemble et en clarifiant les documents liés aux services mis à la disposition des femmes et en discutant. Ces activités comprennent le processus d'obtention du consentement et la façon d'offrir des choix, la confidentialité et la façon de décrire les interventions visant à protéger les enfants.

Autres lectures et liens

S. Covington. *Beyond Trauma: A Healing Journey for Women*. Hazeldon, 2003.

N. Finkelstein et al. *Enhancing Substance Abuse Recovery through Integrated Trauma Treatment*, 2004.
<http://homeless.samhsa.gov/resource/enhancing-substance-abuse-recovery-through-integrated-trauma-treatment-25057.aspx>

Jean Tweed Centre. *Trauma Matters: Guidelines for Trauma-Informed Services in Women's Substance Use Services*, March 2013.

<https://fasdprevention.wordpress.com/2013/04/17/trauma-matters-guidelines-for-trauma%e2%80%90informed-practices-in-womens-substance-use-services/>

L. Haskell. *Bridging Responses: A Front-Line Worker's Guide to Supporting Women Who Have Posttraumatic Stress*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health, 2001.

British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. *Trauma-Informed Online Tool*, 2011.
<http://www.coalescing-vc.org/virtualLearning/documents/trauma-informed-online-tool.pdf>

2. La pratique tenant compte des traumatismes et les hommes

Divers experts ont déterminé des facteurs clés de la mise en œuvre de pratiques tenant compte des traumatismes subis par les hommes^{9 11}. Bruce Dienes de la Chrysalis House, à Kentville, indique que beaucoup de mythes nuisibles et de stéréotypes sexospécifiques créent des obstacles qui empêchent les hommes de demander de l'aide ou de parler de la violence qu'ils ont vécue⁹. Ces facteurs comprennent le mythe selon lequel les hommes qui ont été victimes de violence deviendront probablement violents et selon lequel la violence faite aux garçons est rare (alors qu'elle en touche environ 1 sur 6). Les experts qui travaillent auprès des hommes ayant subi des traumatismes signalent combien il importe d'accorder une attention particulière, dans les approches tenant compte des traumatismes subis par les hommes, à la redéfinition de la masculinité par rapport au sentiment d'impuissance, au sentiment de confiance et à l'expression de ses émotions.

Autres lectures et liens

S. McDonald et A. Tijerino. Survivants masculins de violence sexuelle : Leurs expériences. Ministère de la Justice Canada, Division de la recherche et de la statistique.

http://www.justice.gc.ca/fra/rp-pr/cj-jp/victim/rr13_8.pdf

T. Wilken. *Rebuilding Your House of Self-Respect: Men recovering in group from childhood sexual abuse*. 2nd edition. Hope and Healing Associates, 2008.

<http://www.silencetohope.com/>

Healing the Hurt: Trauma-Informed Approaches to the Health of Boys and Young Men of Color www.fpg.unc.edu/~pas/PDFs/Drexel_HealingtheHurt_FullReport.pdf

R. Fallot & R. Bebout. "Acknowledging and Embracing 'the Boy inside the Man': Trauma-informed Work with Men." In N. Poole & L. Greaves, eds, *Becoming Trauma Informed*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health, 2012.

Condition féminine Canada. Engager les hommes et les garçons dans l'élimination de la violence faite aux femmes et aux filles. www.swc-cfc.gc.ca/fun-fin/cfp-adp/2012-2/t1-fra.html

3. La pratique tenant compte des traumatismes et les hommes et les femmes autochtones

Les traumatismes historiques et intergénérationnels liés à la colonisation, à l'expérience des pensionnats et à la rafle des années 60, de même que d'autres traumatismes vécus par les peuples autochtones du Canada, sont sans pareils. Les traumatismes associés à la séparation continue des familles, aux taux élevés d'incarcération et aux taux horriblement élevés de violence faite aux femmes persistent^[12], et c'est pourquoi une pratique tenant compte des traumatismes, du sexe et de la culture est cruciale. On crée et préconise des services sécurisants et adaptés à la culture. Selon Janet Pothier de la Confédération des Mi'kmaq du continent, la prestation de services tenant compte des traumatismes permet a) de reconnaître que nous sommes tous porteurs de culture, b) de rompre les relations de pouvoir inégales et c) de corriger le fait que, historiquement, le système de santé ne considérait pas que les interventions culturelles traditionnelles favorisaient la guérison et le bien-être^[13]. On adopte actuellement des approches interventionnelles adaptées aux cultures autochtones et aux traumatismes dans la prestation de traitements en milieu résidentiel^[14,15] et l'offre de services dans la collectivité^[16].

Autres lectures et liens

R. Linklater. *Decolonizing Trauma Work: Indigenous Stories and Strategies*, 2014.

Cet ouvrage réunit 10 professionnels de la santé autochtone dans le cadre d'un dialogue sur les façons autochtones d'aider les gens à survivre aux traumatismes.

<http://fernwoodpublishing.ca/book/decolonizing-trauma-work>

***Trauma Informed Relationships: Building Safety and Trust*, 2013.**

Le Programme de Saint Elizabeth pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis et le Centre de santé communautaire Klinik ont créé un cours en ligne sur la pratique tenant compte des traumatismes.

<http://saintelizabeth.com/getmedia/9bee93cf-512d-465c-a1da-ab40e495e8c3/FNIMP-TraumaInformedRelationships-Final-May-29-2013.pdf.aspx>.

***Honouring Our Strengths: Culture as Intervention in Addictions Treatment*, 2012.**

(Document en ligne)

<http://www.addictionresearchchair.ca/creating-knowledge/national/honouring-our-strengths-culture-as-intervention/>

4. La pratique tenant compte des traumatismes et la communauté arc-en-ciel

La communauté arc en-ciel inclut un groupe diversifié de personnes qui s'identifient comme lesbiennes, gaies, bisexuelles, transsexuelles, transgenres, bispirituelles, intersexuelles et en questionnement (LGBTTTIQ). Cette communauté diversifiée a un trait en commun, soit celui d'avoir vécu des traumatismes importants. Les jeunes personnes lesbiennes, gaies et bisexuelles déclarent des taux très élevés de victimisation verbale^[17], ainsi que de sévices sexuels et physiques et d'agression en milieu scolaire^[18]. On a associé la victimisation liée à l'orientation sexuelle dans ce sous-groupe aux symptômes du stress post traumatique^[19]. Cette situation s'étend aux personnes qui peuvent être considérées comme transgenres aux prises avec des taux accrus de violence et de menaces tant en milieu scolaire que dans leur communauté, avec des membres de leur famille et des amis^[20].

Autres lectures et liens

Le Youth Project Nova Scotia établit des liens entre des jeunes LGBTQ et des alliés qui comprennent la sécurité en Nouvelle-Écosse.

www.youthproject.ns.ca/ally/index.php

Trauma among Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, or Questioning Youth

http://www.nctsn.org/nctsn_assets/pdfs/culture_and_trauma_brief_LGBTQ_youth.pdf

C. Taylor & T. Peter, et al. *Every class in every school: The first national climate survey on homophobia, biphobia, and transphobia in Canadian schools. Final report.* Toronto, ON: Egale Canada Human Rights Trust, 2011.

<http://egale.ca/wp-content/uploads/2011/05/EgaleFinalReport-web.pdf>

Santé arc-en-ciel Ontario. Ressources en ligne pour le travail avec des membres de la communauté arc-en-ciel : www.rainbowhealthontario.ca/fr/ressources

5. La pratique tenant compte des traumatismes et les garçons et les filles

La prestation de services tenant compte des traumatismes pour les enfants, les membres de leur famille et les aidants naturels permet :

- de reconnaître le besoin universel de sécurité physique et de sécurité affective qu'ont les jeunes;
- de renforcer l'autoefficacité des personnes et les techniques d'autorégulation de base;
- de créer des moyens sécuritaires, sur le plan des relations et de la culture, de déterminer si des interventions tenant compte des traumatismes sont nécessaires;
- de mettre à contribution les parents et les aidants naturels de façon respectueuse et non traumatisante.

Les traumatismes et leurs effets chez les enfants et les adolescents sont fonction du sexe. Les garçons sont plus susceptibles d'être victimes d'agression physique, d'intimidation physique et de menaces physiques, et légèrement plus susceptibles d'avoir été témoins d'actes de violence^[21,22]. Les filles sont toutefois plus susceptibles de subir une victimisation sexuelle, une violence psychologique et affective, du harcèlement sur Internet et de l'intimidation émotionnelle.

Les réactions aux événements traumatisants sont susceptibles de différer en fonction de l'âge de l'enfant. Les enfants de 0 à 6 ans recréent souvent l'événement traumatisant dans leurs jeux imaginaires, ou ils ont des cauchemars causés par l'événement. Les enfants de 1 ½ à 6 ans sont plus susceptibles que les plus vieux de réagir avec agressivité. Les enfants de 7 à 12 ans sont plus susceptibles de dire qu'ils revivent le traumatisme et d'avoir de la difficulté à exprimer leur tristesse ou leur colère^[23].

Il existe de plus en plus de travaux de recherche sur les interventions tenant compte des traumatismes menées auprès des enfants et des membres de leur famille en milieu scolaire et dans des contextes de protection de l'enfance et de prestation de soins de santé mentale aux enfants, notamment.

Autres lectures et liens

The National Child Traumatic Stress Network. *Creating Trauma-Informed Child-Serving Systems. Service Systems Brief, 2007.*

http://www.nctsnet.org/sites/all/modules/pubdlnet/pubdlnet.php?file=/sites/default/files/assets/pdfs/Service_Systems_Brief_v1_v1.pdf

The Chadwick Trauma-Informed Systems Project. *Creating Trauma-Informed Child Welfare Systems: A Guide for Administrators, 2012.*

www.lacdcfs.org/katieA/docs/Trauma_Informed_CW_Systems_Guide.pdf

SAMHSA. *Helping Children and Youth Who Have Experienced Traumatic Events, 2011.*

http://archive.samhsa.gov/children/SAMHSA_Short_Report_2011.pdf

G. Hodas. *Responding to childhood trauma: The promise and practice of trauma-informed care, 2006.*

<http://www.nsvrc.org/publications/reports/responding-childhood-trauma-promise-and-practice-trauma-informed-care>

National Technical Assistance Center for Children's Mental Health. *Trauma Informed Care Perspectives and Resources.* (Online tool.)

<http://gucchdtcenter.georgetown.edu/TraumaInformedCare/index.html>

6. La pratique tenant compte des traumatismes et les adolescents

L'adolescence est une période de quête d'identité et de quête d'autonomie. Chaque personne a son propre cheminement, mais les jeunes de 13 à 18 ans sont susceptibles de réagir aux expériences traumatisantes en exprimant des sentiments de crainte, de culpabilité et d'isolement^[19]. Les services tenant compte des traumatismes destinés aux jeunes permettent :

- de reconnaître le besoin universel de sécurité physique et de sécurité affective qu'ont les jeunes;
- de créer un climat de sécurité et de confiance qui les aidera à acquérir un sentiment de soi;
- de leur permettre d'avoir du pouvoir et un certain contrôle;
- de renforcer l'autoefficacité des jeunes et les techniques d'autorégulation de base;
- de créer des moyens sécuritaires, sur le plan des relations et de la culture, de déterminer si des interventions tenant compte des traumatismes sont nécessaires.

Les jeunes itinérants ont souvent vécu des événements traumatisants avant de quitter leur foyer, et la vie dans la rue retraumatise bon nombre d'entre eux. La victimisation cumulative peut laisser aux jeunes un sentiment d'impuissance. S'ils ont un jour recours à nos services, ils le font avec prudence, en cherchant à éviter d'autres souffrances.

Autres lectures et liens

SAMHSA. *Helping Children and Youth Who Have Experienced Traumatic Events*, 2011.

http://archive.samhsa.gov/children/SAMHSA_Short_Report_2011.pdf

The National Child Traumatic Stress Network. Learning Center for Child and Adolescent Trauma

<http://learn.nctsn.org/course/index.php?categoryid=3>

Homeless Resource Centre

<http://homeless.samhsa.gov/Default.aspx>

7. La pratique tenant compte des traumatismes et les réfugiés

La plupart des réfugiés vivent des événements traumatisants et des défis, comme la violence, la persécution, des pertes multiples, des perturbations sociales et des difficultés financières. Beaucoup de réfugiés et d'immigrants non réfugiés qui ont quitté leur pays pour échapper à des problèmes sociaux ou politiques ont vécu des événements traumatisants qui ont précédé leur migration. Les réfugiés et les immigrants non réfugiés ne constituent pas un groupe homogène, et c'est pourquoi il importe de reconnaître les diverses réactions individuelles ou culturelles aux traumatismes. Les traumatismes intergénérationnels peuvent être courants chez les immigrants provenant des communautés palestinienne, juive, romanichelle, bhoutanaise et vietnamienne.

Les approches tenant compte des traumatismes peuvent consister à comprendre et à valider l'effet de multiples facteurs de stress, à reconnaître la signification des traumatismes et la guérison dans le contexte culturel, à créer un climat d'espoir, à rebâtir le sentiment de contrôle de la personne et à faciliter le soutien social et la résilience^[24]. L'approche tenant compte des traumatismes qui consiste à ne pas obliger de divulguer des renseignements est particulièrement pertinente, car il se peut que bien des réfugiés ne soient pas prêts à dévoiler leur histoire personnelle ou qu'ils soient incapables de le faire^[23]. Les intervenants qui tiennent compte des traumatismes dans leur pratique sont à l'affût de signes du syndrome de stress post-traumatique, de symptômes somatiques inexplicables, de troubles du sommeil et de cas de dépression^[25]. Ils peuvent aussi constater que les gens qui ont vécu des événements traumatisants n'ont pas nécessairement de troubles de santé mentale ou des maladies s'ils jouissent d'un bon soutien social et familial.

Avec des groupes d'immigrants et de réfugiés, il peut être utile d'aborder les traumatismes non pas du point de vue de la personne, mais par des interventions collectives et axées sur la famille. Le soutien social assuré par la famille est important, car il est rare que des événements traumatisants atteignent un seul membre d'une famille. L'intégration d'une approche axée sur la famille dans des programmes d'intervention psychosociale peut aider ces personnes à refaire confiance aux autres et à rétablir des liens avec d'autres. Il peut être utile d'encourager ces personnes à établir des liens et à participer à des activités communautaires, comme des jardins collectifs ou du bénévolat. Il se peut que les réfugiés et les immigrants qui ont vécu des traumatismes n'aient pas besoin d'un traitement tenant compte des traumatismes ou choisissent de ne pas recevoir un tel traitement; les principes de la sensibilisation, de la sécurité, du respect, du choix et de la responsabilisation peuvent faire beaucoup pour favoriser la santé et la résilience.

Pour intervenir auprès des réfugiés en tenant compte des traumatismes, il doit y avoir une collaboration entre les fournisseurs de services de santé mentale et les responsables de l'aide à l'établissement, afin de répondre aux besoins fondamentaux de ces personnes, comme le logement, l'emploi et l'accès aux soins de santé. Il importe en outre de signaler que des thérapies complémentaires, comme l'activité physique, le yoga, la thérapie par l'art, l'acuponcture, les exercices de pleine conscience, etc., ont un effet positif en prévenant les problèmes et en aidant les réfugiés et les immigrants touchés par des traumatismes.

Autres lectures et liens

National Center of Trauma Informed Care. *Transcending Violence: Emerging Models for Trauma Healing in Refugee Communities*, 2008.

<http://www.theannainstitute.org/RefugeeTraumaPaperJuly212008.pdf>

K. McKenzie. *Re-Conceptualizing "Trauma": Examining the Mental Health Impact of Discrimination, Torture & Migration for Racialized Groups in Toronto*, 2009.

<http://www.acrossboundaries.ca/conference/Trauma%20Report.pdf>

***Resilience and Recovery After War: Refugee Children and Families in the United States. Report of the APA task force on the Psychosocial Effects of War on Children and Families Who Are Refugees from Armed Conflict Residing in the United States*, 2010.**

<http://www.apa.org/pubs/info/reports/refugees-full-report.pdf>

Collaboration canadienne pour la santé des immigrants et des réfugiés. *Guidelines for Immigrant Health, Appendix 11: "Post traumatic stress disorder: evidence review for newly arriving immigrants and refugees,"* 2011.

www.cmaj.ca/content/suppl/2010/06/07/cmaj.090313.DC1/imm-ptsd-11-at.pdf

D. Johnson. *Helping Refugee Trauma Survivors in the Primary Care Setting*. The Center for Victims of Torture, 2005.

http://cvt.org/sites/cvt.org/files/u11/Helping_Refugee_Trauma_Survivors_Primary_Care.pdf

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. La pratique tenant compte des traumatismes est parfois décrite comme étant une « précaution universelle ». Étant donné la prévalence des traumatismes, tous les membres du personnel d'une organisation sont très susceptibles de rencontrer des personnes qui ont déjà vécu un traumatisme. Quels changements serait-il possible de rendre universels dans la prestation de vos programmes et qui n'obligeraient pas à connaître les traumatismes subis par les utilisateurs, mais aideraient à répondre à leur besoin de sécurité, de choix et de contrôle? Y a t il des avantages possibles pour les personnes qui n'ont pas d'antécédents de traumatisme?
2. Avec quels groupes ou sous-groupes votre organisation travaille t-elle principalement? Ces groupes ont-ils des besoins, des forces ou des préoccupations particuliers qui feraient en sorte qu'une approche personnalisée, tenant compte des traumatismes, serait utile? (Par exemple, pensez aux besoins particuliers des anciens combattants, des immigrantes qui ont vécu la violence [p. ex., violence conjugale, violence sexuelle], des enfants qui ont été arrachés à leur famille et placés en milieu de soins, etc.)
3. Quels choix vos clients ont-ils au niveau des services qu'ils reçoivent et quand, où et par qui le service est il fourni (p. ex., heure du jour ou jour de la semaine, au bureau, à la maison ou ailleurs, sexe du fournisseur)? Pouvez-vous travailler de façon plus souple? Quels groupes pourraient bénéficier de telles stratégies?
4. La santé physique et émotionnelle constitue un principe clé de la pratique tenant compte des traumatismes. Quels sont les obstacles qui empêchent l'instauration d'un sentiment de sécurité dans votre service et votre contexte communautaire en particulier? Quelles sont les stratégies que vous avez suivies pour accroître le sentiment de sécurité? Ont-elles amélioré la participation et la fidélisation? Que pourriez-vous faire d'autre?
5. Y a t il des possibilités (p. ex., assister à un événement communautaire, lire un journal local, assister à un colloque le midi ou visionner un webinaire) de resserrer les liens avec un des groupes avec lesquels vous travaillez? Comment de telles activités peuvent-elles contribuer à votre propre apprentissage et favoriser l'établissement de liens dans le contexte de la pratique tenant compte des traumatismes?

Références

1. Guarino, K., *et al.* Trauma-Informed Organizational Toolkit for homeless services. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, SAMHSA, and the Daniels Fund, NCTSN and WK Kellogg Foundation, 2009.
<http://www.performwell.org/index.php/find-surveyassessments/trauma-informed-organizational-toolkit>
2. Hopper, E.K., E.L. Bassuk, and J. Olivet. "Shelter from the storm: Trauma-informed care in homelessness services settings, *The Open Health Services and Policy Journal* 3 (2010): 80–100.
3. Najavits, L.M. *Seeking Safety: A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse*. New York: Guilford Press, 2002.
4. Poole, N., and D. Pearce. *Seeking Safety, An integrated model for women experiencing post traumatic stress disorder and substance abuse: A pilot project of the Victoria Women's Sexual Assault Centre, Evaluation Report*. Victoria: Victoria Women's Sexual Assault Centre, 2005.
5. Bloom, S.L., *et al.* "Multiple opportunities for creating sanctuary." *Psychiatric Quarterly* 74(2) (2003): 173–90.
6. Azeem, M.W., *et al.* "Effectiveness of Six Core Strategies Based on Trauma Informed Care in Reducing Seclusions and Restraints at a Child and Adolescent Psychiatric Hospital." *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*. 24(1) (2011): 11–15.
7. Schachter, C. *et al.* *Manuel de pratique sensible à l'intention des professionnels de la santé – Leçons tirées des personnes qui ont été victimes de violence sexuelle durant l'enfance*. Ottawa : Centre national d'information sur la violence dans la famille, 2008.
8. Chadwick Trauma-Informed Systems Project. *Creating Trauma-Informed Child Welfare Systems: A Guide for Administrators.*, San Diego: Chadwick Center for Children and Families, 131, 2013.
9. Poole, N., *et al.* Trauma informed practice in different settings and with various populations, in *Trauma Informed Practice in Nova Scotia Webinar Series*. (Online), January 29, 2015.
10. Fallot, R., and R. Bebout. "Acknowledging and Embracing 'the Boy inside the Man': Trauma-informed Work with Men." In N. Poole and L. Greaves, eds, *Becoming Trauma Informed*, 165–74. Totonto: Centre for Addiction and Mental Health, 2012.
11. Rich, J., *et al.* *Healing the Hurt: Trauma-Informed Approaches to the Health of Boys and Young Men of Color*. Philadelphia: Drexell University School of Public Health, Drexel University College of Medicine, The California Endowment, 2009.
12. Haskell, L., and M. Randall. "Disrupted attachments: A social context complex trauma framework and the lives of Aboriginal Peoples in Canada." *Journal of Aboriginal Health* 5(3) (2009): 48–99.

13. Poole, N., H. Murphy, and J. Pothier. "What do we mean by Trauma Informed Practice and Why is it Important? " In Trauma Informed Practice in Nova Scotia Webinar Series.(Online), December 16, 2015.
14. Honouring Our Strengths: Culture as Intervention in Addictions Treatment. Cited March 28, 2015.
Accessed from <http://www.addictionresearchchair.ca/creating-knowledge/national/honouring-our-strengths-culture-as-intervention/>.
15. Rowan, M., *et al.* "Cultural interventions to treat addictions in Indigenous populations: Findings from a scoping study," Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy 9 (2014), DOI: 10.1186/1747-597X-9-34.
16. Bryans, M., *et al.* Supporting Pregnant and Parenting Women who Use Substances: What Communities are Doing to Help. Vancouver: BC Centre of Excellence for Women's Health, CanFASD Research Network, 2012.
http://www.canfasd.ca/files/What_Communities_Are_Doing_to_Help_February_7_2013.pdf:
17. D'Augelli, A.R., A.H. Grossman, and M.T. Starks, "Childhood Gender Atypicality, Victimization, and PTSD Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youth." Journal of Interpersonal Violence 21(11) (2006): 1462–82.
18. Friedman, M.S., *et al.* "A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals." American Journal of Public Health 101(8) (2011): 1481–94.
19. Dragowski, E.A., *et al.* "Sexual Orientation Victimization and Posttraumatic Stress Symptoms Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youth." Journal of Gay & Lesbian Social Services 23(2) (2011): 226–49.
20. Stoitzer, R. "Violence against transgender people: A review of United States data." Aggression and Violent Behavior 14(3) (2009): 170–79.
21. Finkelhor, D., *et al.* "Children's Exposure to Violence: A Comprehensive National Survey." In Juvenile Justice Bulletin. Washington: US Department of Justice, 2009.
22. Finkelhor, D., *et al.* "Polyvictimization: Children's Exposure to Multiple Types of Violence, Crime, and Abuse. In Juvenile Justice Bulletin. Washington: US Department of Justice, 2011.
23. SAMHSA. Helping Children and Youth Who Have Experienced Youth Who Have Experienced Traumatic Events. Washington: SAMHSA, 2011.
24. Agic, B. "Trauma-informed care for refugees. In N. Poole and L. Greaves, eds, Becoming Trauma Informed, 123–36. Toronto: CAMH, 2012.
25. Rousseau, C., *et al.* Guidelines for Immigrant Health, Appendix 11: Post traumatic stress disorder: evidence review for newly arriving immigrants and refugees. Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health (CCIRH), 2011.

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.

