



Guide de discussion 4

Pratique tenant compte des traumatismes au niveau organisationnel, interorganisationnel et des dirigeants

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 organisations qui cherchent à élaborer des méthodes de prestation de services tenant compte des traumatismes et à instaurer une collaboration systémique. Il décrit les composantes clés de « l'adaptation aux traumatismes » pour que les organisations puissent modifier leurs pratiques et leurs politiques, favoriser le bien-être des travailleurs, rafraîchir leur culture organisationnelle et collaborer avec d'autres intervenants au niveau organisationnel, sectoriel et systémique. La pratique tenant compte des traumatismes ne consiste pas seulement à travailler différemment avec les utilisateurs des services : elle englobe aussi des changements au niveau organisationnel, interorganisationnel et systémique, comme on peut le voir dans la figure qui suit. Le présent guide inclut des exemples, des ressources suggérées et des questions visant à stimuler la discussion.

Travail sur la pratique tenant compte des traumatismes au niveau organisationnel

1. Examen des politiques et des pratiques

Diverses organisations ont jugé avantageux d'avoir un groupe de travail – constitué de dirigeants, de superviseurs, de préposés aux services directs, de membres du personnel de soutien et d'utilisateurs de services – pour guider un processus d'examen des politiques et des pratiques afin de déterminer collectivement les améliorations qui tiendront compte des traumatismes dans tous les aspects de la prestation des services. Souvent, ce groupe organise des possibilités d'éducation et pilote un examen des modalités d'admission, de planification et de prestation des services en se basant sur des listes de contrôle ou des questions^[1-3].

Afin de favoriser la réceptivité envers les utilisateurs de services qui ont subi un traumatisme, les organisations se poseront des questions générales, comme les suivantes :

Dans quelle mesure les contextes et les activités du programme :

- font-ils en sorte que nos aires d'attente et nos halls d'entrée sont accueillants? Cela peut signifier réduire le nombre d'enceintes en plexiglas qui entourent les employés de soutien administratif et voir à ce que le personnel soit accueillant et même chaleureux tout en portant attention à la décoration des lieux, etc.
- garantissent-ils la sécurité physique et émotionnelle des clients?
- maximisent-ils la fiabilité, en rendant claires les tâches que comporte la prestation de services, en garantissant l'uniformité des pratiques et en maintenant des limites appropriées au programme?
- maximisent-ils l'expérience des clients relativement au choix et au contrôle?
- maximisent-ils la collaboration et le partage du pouvoir?
- accordent-ils la priorité à l'autonomisation des consommateurs et au renforcement des compétences?

(tiré de R. Fallot et M. Harris^[2], *Creating Cultures of Trauma-Informed Care: a Self-Assessment and Planning Protocol*.)

La base du travail effectué au niveau organisationnel consiste à sensibiliser davantage de personnes et d'organisations au fait que les traumatismes sont omniprésents et que les expériences traumatisantes ont des effets sur les relations, le comportement et tous les aspects de la santé^[4]. La création d'un environnement social sécuritaire, enrichissant et prévisible dans l'organisation constitue un élément clé, tout comme le fait d'aider les clients et les membres de leur famille à établir des relations, à accroître leur efficacité et à avoir plus d'espoir.

La pratique tenant compte des traumatismes consiste à travailler à tous ces niveaux. Le présent guide de discussion vise avant tout les niveaux organisationnel et interorganisationnel.



Autres lectures et liens

Guidance for implementing a trauma-informed approach: SAMHSA. The Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach, 2014.

<http://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-s-Concept-of-Trauma-and-Guidance-for-a-Trauma-Informed-Approach/SMA14-4884>

Jean Tweed Centre. *Women, Substance Use, and Trauma: A System Level Perspective.*

<http://jeantweed.com/wp-content/themes/JTC/pdfs/One%20pager%20Systems%20Level.pdf>

N. Poole & L. Greaves, eds. *Becoming Trauma Informed.* Centre for Addiction and Mental Health, 2012.

http://www.camh.ca/en/education/about/camh_publications/Pages/becoming_trauma_informed.aspx

2. Participation des utilisateurs des services

Dans un article intitulé « Trauma-Informed or Trauma-Denied... », D. E. Elliot et ses collaborateurs écrivent que c'est par la participation des utilisateurs que se concrétisent bon nombre des principes des pratiques tenant compte des traumatismes^[6]. Les auteurs indiquent que, dans bien des cas, les personnes qui ont vécu un traumatisme ou qui ont des problèmes de santé mentale, de toxicomanie ou de jeu pathologique ne participent pas de façon significative à la conception, à la prestation et à l'évaluation des services qu'ils reçoivent, et ils préconisent la participation des utilisateurs en tant que promoteurs de ressources, conseillers auprès de pairs et conseillers en évaluation.

Les utilisateurs et les fournisseurs de services, de même que les planificateurs du système de santé, peuvent tous en bénéficier s'ils apprennent à participer de façon significative et respectueuse à la planification des pratiques tenant compte des traumatismes. Certains gouvernements ont offert une formation sur l'interrogation appréciative à toutes les personnes qui participent à la planification des pratiques tenant compte des traumatismes au niveau organisationnel et systémique^[6]. Dans le cadre de l'étude sur les femmes, les troubles concomitants et la violence (Women, Co-Occurring Disorders and Violence Study) réalisée aux États-Unis, les consommatrices/survivantes/femmes en convalescence ayant participé à la planification de l'étude, à l'intégration des services et aux modèles de prestation ont eu l'occasion de participer à une « académie du leadership » et à des séminaires sur l'étude des traumatismes leur permettant de renforcer leur aptitude à orienter l'élaboration de la prestation des services^[7,8].

Autres lectures et liens

National Association of State Mental Health Program Directors. *Engaging Women in Trauma-Informed Peer Support: a Guidebook*. NCTIC, 2012.

<http://www.nasmhpd.org//content/engaging-women-trauma-informed-peer-support-guidebook>

Critical Appreciative Inquiry. In J. Cockell & J. McArthur-Blair, *Appreciative Inquiry in Higher Education: A Transformative Force*, 51–74, 2012.

Society for Community Research and Action. *Resolution on Self-Help Support Groups*.

<http://www.scra27.org/what-we-do/policy/rapid-response-actions/resolution-self-help-support-groups/>

3. Prévenir la traumatisation secondaire en veillant à la santé des travailleurs

Les fournisseurs de services peuvent ressentir les effets de leur travail lorsqu'ils aident des victimes de traumatismes. Les expressions traumatisme indirect, réaction à l'exposition à un traumatisme, traumatisme secondaire, épuisement, usure de compassion et stress d'empathie sont au nombre de celles que l'on utilise pour décrire l'effet que leur travail a sur les fournisseurs de services. Bien des professionnels ont vécu divers degrés de traumatisme ou en ont été témoins, et un nombre encore plus important d'entre eux ont été exposés à répétition à des récits de traumatisme et de violence. C'est pourquoi la conscience de soi et la compréhension des traumatismes indirects sont des éléments cruciaux des stratégies organisationnelles tenant compte des traumatismes. *La traumatisation indirecte* s'entend de l'effet transformateur cumulatif sur la personne aidante qui travaille avec les survivants d'événements traumatisants^[9]. Les effets des traumatismes indirects suivent un continuum et sont fonction de la quantité d'information traumatisante à laquelle un professionnel ou un travailleur est exposé, du degré de soutien offert par l'organisation au travail, du degré de soutien reçu dans la vie privée et des expériences personnelles relativement aux traumatismes.

Au cours d'une étude portant sur des cliniciens, les chercheurs ont constaté que diverses pratiques, comme le fait de développer une conscience de soi réelle, d'accepter la complexité, de faire preuve d'un optimisme actif et de se prodiguer des soins holistiques, protégeaient contre la traumatisation secondaire^[10]. Ils ont aussi constaté que les contacts empathiques avec les clients traumatisés semblaient jouer un rôle protecteur : le risque ne découle pas tant de l'exposition au récit des survivants que du manque d'authenticité des liens. On est plus susceptible d'éviter ce risque de traumatisation indirecte lorsqu'on établit des liens authentiques.

On a fait l'essai d'interventions organisationnelles visant à protéger la santé des travailleurs au lieu de concentrer les efforts uniquement sur les autosoins. L'intervention *Resilience Alliance*, qui met à contribution l'ensemble du personnel d'un organisme de protection de l'enfance (spécialistes, superviseurs, gestionnaires et directeurs adjoints), en est un exemple. Les membres du personnel apprennent des techniques de résilience et discutent en toute sécurité des défis et de leurs préoccupations avec leurs pairs tout en demeurant concentrés sur l'équipe et sur les concepts fondamentaux que sont l'optimisme et la collaboration^[11]. Dans le cadre de nombreuses séances de formation sur l'intervention *Resilience Alliance*, on a observé des résultats positifs liés à la résilience, à la perception d'un soutien de la part des collègues et des superviseurs et à la diminution des perceptions négatives des intéressés à l'égard d'eux-mêmes et de leur travail.

Autres lectures et liens

K. Saakvitne and L. Pearlman. *Transforming the Pain: A Workbook on Vicarious Traumatization*. New York: Norton, 1996.

L. Van Dernoot Lipsky. *Trauma Stewardship: An Everyday Guide to Caring for Self While Caring for Others*. San Francisco: Berrett-Koehler, 2009.

B. Rothschild and M. Rand. *Help for the Helper: The Psychophysiology of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma*. Norton, 2006.

The Best Start Resource Centre. *When Compassion Hurts: Burnout, Vicarious Trauma & Secondary Trauma in Prenatal and Early Childhood Service Providers*, 2012.

http://beststart.org/resources/howto/pdf/Compassion_14MY01_Final.pdf

M. Gilbert et D. Bilsker. *Santé et sécurité psychologique : Guide de l'employeur*. Ottawa : Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), 2012.

<http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/node/1334>

National Child Traumatic Stress Network. *Secondary Traumatic Stress: A Fact Sheet for Child-Serving Professionals*, 2011.

<http://www.mindfuljourneycounselingstowe.com/upload/2ndary%20Traumatic%20Stress.pdf>

J. Richardson. *Guide sur le traumatisme vicariant : Solutions recommandées pour les personnes luttant contre la violence*. Santé Canada, 2001. Voir Évaluation de vos auto-soins, p. 31.

http://publications.gc.ca/collections/collection_2008/phac-aspc/H72-21-178-2000F.pdf

4. Culture organisationnelle

Les principes de la pratique tenant compte des traumatismes comprennent les suivants^[2]:

- sensibilisation aux traumatismes
- sécurité et fiabilité
- occasion de choisir, de collaborer et d'établir des contacts
- renforcement des compétences et autonomisation basés sur les forces
- reconnaissances des enjeux culturels, historiques et sexospécifiques
- promotion de la participation des utilisateurs de services et des pairs

Les organisations qui appliquent les principes de la pratique tenant compte des traumatismes insistent sur l'importance de la sensibilisation, de la sécurité, de la fiabilité, du choix, de la collaboration et de l'autonomisation à l'échelle organisationnelle, et non seulement à l'échelle des interactions avec les clients. Ces organisations ont une culture qui reflète les principes de la pratique tenant compte des traumatismes^[2].

Le coapprentissage, l'aplanissement de la hiérarchie et la promotion de l'intelligence émotionnelle à l'échelle de l'organisation sont considérés comme des signes qu'une organisation applique les principes de la pratique tenant compte des traumatismes^[12].

Diverses organisations ont eu recours à des communautés de praticiens, qui choisissent d'en apprendre sur les traumatismes, discutent des ajustements à apporter aux services et planifient leur mise en œuvre, surveillent les améliorations apportées à la prestation des services et en discutent, et renouvellent constamment les activités d'apprentissage^[13]. De telles communautés appuient la mise en œuvre d'une culture organisationnelle tenant compte des traumatismes en favorisant le coapprentissage, le partage du savoir-faire et la mobilisation, et permettent de dégager des pratiques exemplaires et prometteuses.

La participation des clients, du personnel, des dirigeants et des partenaires de la communauté et d'autres systèmes aux activités d'apprentissage en commun et au débriefage portant sur des incidents critiques^[14] peut aussi contribuer à instaurer une culture tenant compte des traumatismes au niveau organisationnel.

Autres lectures et liens

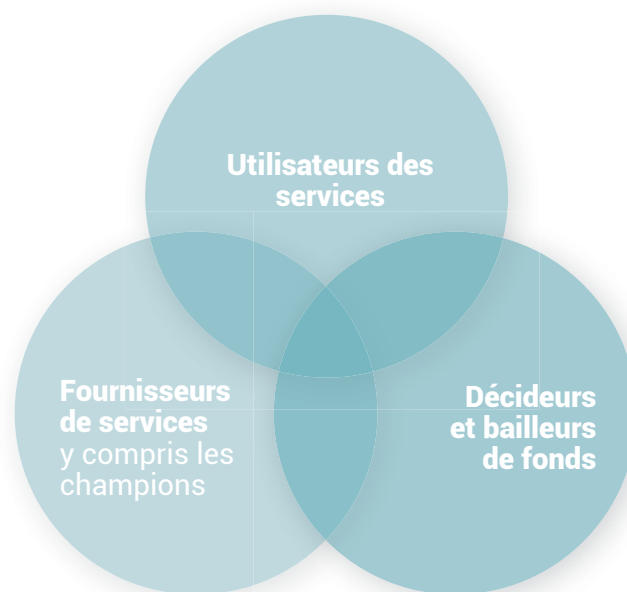
The Sanctuary Model

<http://www.sanctuaryweb.com/Home.aspx>

Sur ce site Web et dans l'ouvrage intitulé *Restoring Sanctuary: A New Operating System for Trauma-Informed Systems of Care*, Sandra Bloom et ses collaborateurs décrivent les engagements organisationnels qui appuient la mise en œuvre des principes de la pratique tenant compte des traumatismes.

Travail interorganisationnel sur la pratique tenant compte des traumatismes – « changement des systèmes relationnels »

Dans une étude multicentrique sur la prestation de services tenant compte des traumatismes à des femmes aux États-Unis, les auteurs ont décrit la mise en œuvre d'un modèle de changement visant à intégrer les services au sein des systèmes et des secteurs^[15]. Ils ont constaté qu'il était important que les intervenants de diverses branches du système conjuguent leurs efforts pour avoir l'occasion d'explorer les valeurs et les croyances fondamentales, les mandats des systèmes et les diverses restrictions dans un contexte d'écoute et d'appréciation à la fois de ce qui fonctionne et de ce qui doit être remis en question et changé. Ils ont fait participer des utilisateurs et des fournisseurs des services, ainsi que des décideurs et des bailleurs de fonds, à des discussions stratégiques (axées tout particulièrement sur la sécurité, l'écoute et le respect) et à une formation réciproque.



L'étude a révélé que ce travail a permis :

- de comprendre le caractère central des traumatismes pour les utilisateurs de services;
- de rendre les fournisseurs de services plus confortables de travailler d'une façon transdisciplinaire avec les utilisateurs des services;
- de mieux comprendre et de lever les obstacles à l'aiguillage des utilisateurs entre services et de centraliser davantage la prestation de services de lutte contre les traumatismes et la violence;
- d'intégrer davantage les services de santé mentale, de lutte contre la toxicomanie et le jeu pathologique, de la lutte contre la violence et d'aide aux parents afin de créer un continuum de soins pour les femmes et leurs enfants;
- d'aplanir les obstacles structurels en modifiant diverses politiques, comme celles qui portent sur l'octroi de permis et le financement, et en modifiant les contrats octroyés aux organismes afin de favoriser la prestation de soins intégrés, tenant compte des traumatismes;
- d'accroître la disponibilité des services spécifiques à des traumatismes et des services tenant compte des traumatismes.

La mise sur pied de groupes de travail interorganisationnels, la création de réseaux et le déploiement d'autres mécanismes qui réduisent l'isolement et favorisent la création de systèmes de soins et la promotion de la justice sociale jouent un rôle essentiel dans la mise en œuvre de politiques et de pratiques tenant compte des traumatismes. Selon le National Center for Trauma-Informed Care (NCTIC) des États-Unis :

Les soins tenant compte des traumatismes
visent autant à assurer la justice sociale qu'à guérir^[16].

Autres lectures et liens

SAMHSA, National Centre for Trauma-Informed Care. *Changing Communities, Changing Lives*, September 2012.

[http://www.nasmhpd.org/sites/default/files/NCTIC_Marketing_Brochure_FINAL\(2\).pdf](http://www.nasmhpd.org/sites/default/files/NCTIC_Marketing_Brochure_FINAL(2).pdf)

Intervention auprès des dirigeants pour guider le changement des systèmes relationnels

Les dirigeants doivent comprendre et adopter de nouvelles façons d'agir dans un monde fonctionnant en réseau caractérisé par l'ouverture, le partage de la propriété intellectuelle et des ressources avec des tiers, l'établissement de liens avec une cause plus noble, et l'interdépendance des équipes, des organisations concurrentes et de secteurs entiers, tant à l'échelle nationale qu'à l'échelle mondiale^[17] (p. 15).

Dans ce monde nouveau, qui fonctionne en réseau, les dirigeants doivent agir en tant que facilitateurs de contact et gardiens du savoir^[17], participer à l'apprentissage et à la planification à tous les niveaux des systèmes, comme le système de soins liés à la santé mentale, aux toxicomanies et au jeu pathologique, et trouver la meilleure façon de réaliser le changement de paradigme vers la pratique tenant compte des traumatismes. Il est possible de mettre en œuvre une approche tenant compte des traumatismes dans un système entier lorsque les dirigeants agissent en tant que facilitateurs. La mise en œuvre de l'approche Signs of Safety dans le système de protection de l'enfance de l'Australie-Occidentale en est un exemple^[18]. Les dirigeants ont instauré un changement dans le système entier d'une façon dirigée par la pratique, en encourageant et en appuyant les champions du changement et les agents du changement au sein de l'effectif. Ces dirigeants ont mené des discussions continues en petits groupes, où l'on encourageait la pensée critique, la réflexion et la rétroaction au sujet du changement des pratiques. Les intéressés utilisent la formation, la supervision et des modèles dans un environnement habilitant afin d'instaurer le changement, et reconnaissent que la majeure partie du savoir est acquise non pas par un apprentissage structuré, mais plutôt dans le cadre d'activités au travail, par le réseautage et par la collaboration. La pratique innovatrice émergente est ainsi intégrée de la meilleure façon possible à l'échelon local. Les dirigeants jouent un rôle en appuyant la formation, l'encadrement et la supervision nécessaires, et en harmonisant les politiques et les procédures avec de nouvelles façons de travailler qui mettent l'accent sur la coordination et la collaboration.

Autres lectures et liens

SAMHSA. *Trauma-informed Care in Behavioral Health Services. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57*, 159–72, 2014.

<http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA14-4816/SMA14-4816.pdf>

Organisation mondiale de la Santé et Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé : Pour une approche systémique du renforcement des systèmes de santé, 2009.

http://www.who.int/alliance-hpsr_overview_fr_fre.pdf?UA=1

UK National Health Service. *The New Era of Thinking and Practice in Change and Transformation: a Call to Action for Leaders of Health and Care*, 2014.

www.nhs.uk/download.ashx?mid=10240&nid=10086

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.

- Votre organisation a-t-elle reçu de l'aide pour déterminer dans quelle mesure les services qu'elle offre tiennent compte des traumatismes? Le cas échéant, les dirigeants, les partenaires et les membres du personnel à tous les niveaux y participent-ils?
- Comment les membres du personnel de votre organisation participent-ils à des activités de formation, d'encadrement, de mentorat et de débriefage sur l'effet des traumatismes et sur des stratégies d'application de méthodes tenant compte des traumatismes? Comment les réponses à cette question varient-elles selon les personnes et les fonctions qu'elles occupent dans l'organisation?
- Utilisez-on des communautés de praticiens ou d'autres méthodes de dialogue pour favoriser le coapprentissage, le mentorat et la discussion sur les interventions?
- Y a-t-il un système de communication avec des organismes partenaires?
- Y a-t-il des mécanismes de formation et de discussion interorganisationnels et intersectoriels? Comprend-on ce que fait chaque partenaire et préconise-t-on la transmission du savoir-faire au sujet de la pratique tenant compte des traumatismes?
- Quels processus votre organisation a-t-elle mis en place pour suivre les progrès réalisés dans la mise en œuvre des principes de la pratique tenant compte des traumatismes? Quels indicateurs utilisez-vous pour évaluer les progrès?

Ressources choisies

Coalescing on Women and Substance Use

www.coalescing-vc.org

La section du site qui porte sur la création de pratiques tenant compte des traumatismes présente un aperçu des soins offerts au niveau organisationnel et systémique. Elle offre des liens vers des lectures recommandées et des ressources portant sur des stratégies relatives à la prestation de services tenant compte des traumatismes.

SAMHSA's National Center for Trauma-Informed Care

www.samhsa.gov/nctic/

Ce site Web sur la prestation de services de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies aux États-Unis offre de l'information exhaustive sur les pratiques tenant compte des traumatismes et leur mise en œuvre.

Creating Cultures of Trauma-Informed Care (CCTIC): A Self-Assessment and Planning Protocol

Cet outil créé par les dirigeants de Community Connections, à Washington, utilise des principes de la pratique tenant compte des traumatismes comme base d'évaluation des organismes.

SAMHSA's National Centre for Trauma-Informed Care. *Changing Communities, Changing Lives*

[http://www.nasmhpd.org/sites/default/files/NCTIC_Marketing_Brochure_FINAL\(2\).pdf](http://www.nasmhpd.org/sites/default/files/NCTIC_Marketing_Brochure_FINAL(2).pdf)

Klinic Community Health Centre. Trauma-informed: The Trauma Toolkit, Second edition,

http://trauma-informed.ca/wp-content/uploads/2013/10/Trauma-informed_Toolkit.pdf

Références

1. Brown, V.B., M. Harris, and R. Fallot. Moving toward trauma-informed practice in addiction treatment: *A collaborative model of agency assessment*, *Journal of Psychoactive Drugs*, 45(5) (2013): 386–93.
2. Fallot, R., and M. Harris. *Creating cultures of trauma-informed care (CCTIC): A self-assessment and planning protocol. 2.2*, 1–18, 2009.
3. Poole, N., et al. *Trauma Informed Practice Guide*. Victoria, BC: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health and Ministry of Health, Government of British Columbia, May 2013.
4. Conradi, L., and C. Wilson. Managing traumatized children: a trauma systems perspective, *Current Opinion In Pediatrics*, 22(5) (2010): 621–25.
5. Elliott, D.E., et al. Trauma-informed or trauma-denied: Principles and implementation of trauma-informed services for women, *Journal of Community Psychology* 33(4) (2005): 461–77.
6. Cockell, J., and J. McArthur-Blair. "Collaborative teams and groups." In J. Cockell and J. McArthur-Blair, eds, *Appreciative Inquiry in Higher Education: A Transformative Force*, 173–91. San Francisco: Jossey-Bass, 2012.
7. Prescott, L., "Consumer/survivor/secovering women: A guide for partnerships in collaboration." In *Women, Co-occurring Disorders and Violence Study Coordinating Center*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2001.
8. Mockus, S., et al. "Developing consumer/survivor/recovering voice and its impact on services and research: Our experience with the SAMHSA Women, Co-occurring Disorders and Violence study," *Journal of Community Psychology* 33(4) (2005): 51–525.
9. Thorndike, F.P., R. Wernicke, M.Y. Pearlman, and D.A.F. Haaga. "Nicotine dependence, PTSD symptoms, and depression proneness among male and female smokers," *Addictive Behaviors*. 31 (2006): 223–31.
10. Harrison, R.L., and M.J. Westwood. "Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices," *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 46(2) (2009): 203–19.
11. ACS-NYU Children's Trauma Institute. *Addressing secondary traumatic stress among child welfare staff*, 5. New York: NYU, n.d.
12. Bloom, S.L., and B. Farragher. *Restoring Sanctuary: A new operating system for trauma-informed systems of care*. New York: Oxford University Press, 2013.
13. Bopp, J., and N. Poole. "Repairing the Holes in the Net: Using Communities of Practice to Strengthen Collaboration." In *Collaboration and Complexity: Seeking Out New Forms of Life*. Canadian Collaborative Mental Health Care Conference (June 27, 2013). Montreal.
14. 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.
15. Markoff, L.S., et al., "Relational systems change: Implementing a model of change in integrating services for women with substance abuse and mental health disorders and histories of trauma," *Journal of Behavioral Health Services & Research* 32(2) (2005): 227–40.

16. Blanch, A. *Changing Communities Chnging Lives*. SAMHSA's National Centre for Trauma-Informed Care, September 2012.
17. Bevan, H., and S. Fairman. *The new era of thinking and practice in change and transformation: A call to action for leaders of health and care*. London: National Health Service, 2014.
18. Salveron, M., et al. "Changing the way we do child protection': The implementation of Signs of Safety within the Western Australia Department for Child Protection and Family Support," *Children and Youth Services Review*. 48(0) (2015): 126–39.

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.



IWK Health Centre



nova scotia
health authority



NOVA SCOTIA
NOUVELLE-ÉCOSSE