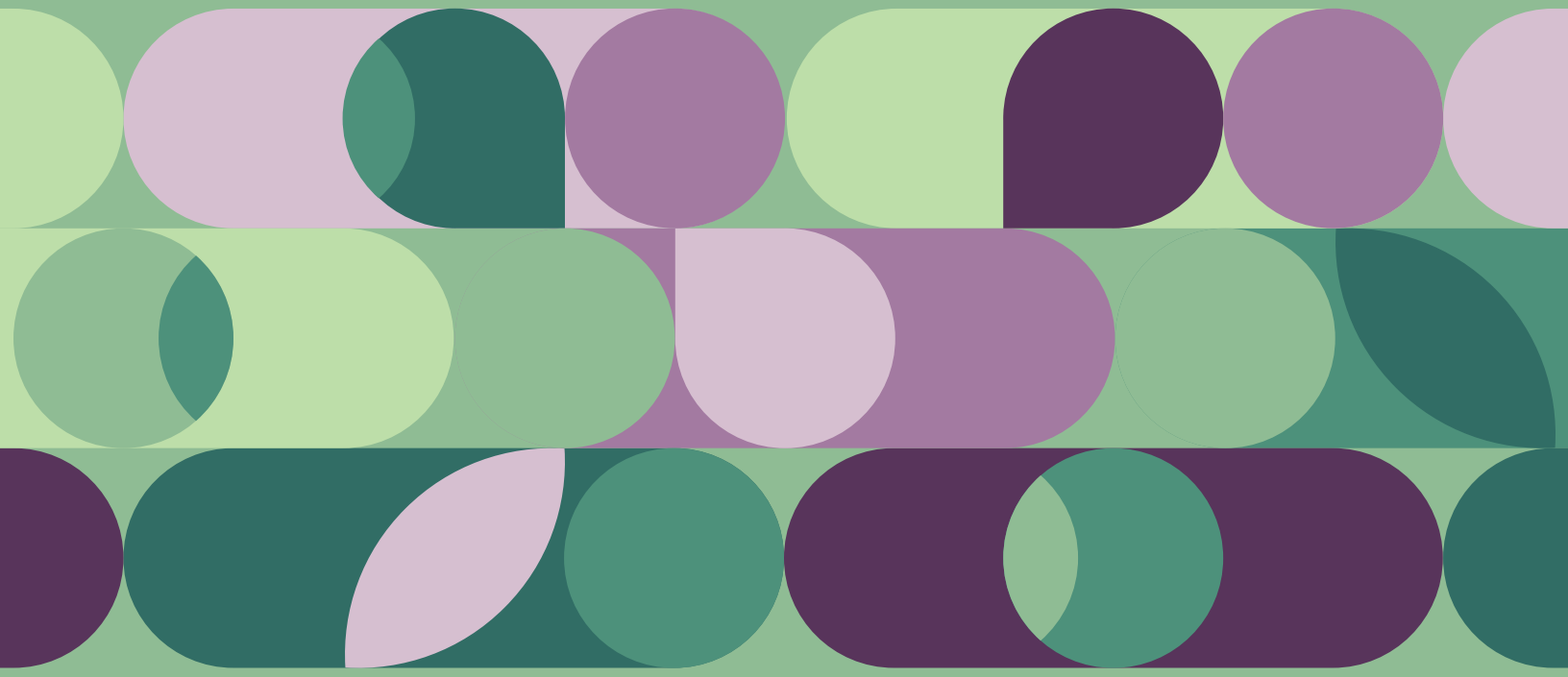
Approche tenant compte des traumatismes et de la violence en dépendance et itinérance

HUMANITÉ • COMPASSION • RÉSILIENCE



L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance

Québec

L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance

Approche tenant compte des traumatismes et de la violence en dépendance et itinérance

HUMANITÉ • COMPASSION • RÉSILIENCE

Production du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Québec

Approche tenant compte des traumatismes et de la violence en dépendance et itinérance est une production du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

110, rue Prince-Arthur Ouest
Montréal (Québec) H2X 1S7
ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca

RÉDACTION ET PARTENAIRES

SOUS LA DIRECTION DE

D^re^ Marie-Ève Goyer, Directrice scientifique, Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

COORDINATION

Karine Hudon, Coordonnatrice, Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

RÉDACTION DU GUIDE

Sarah Bell, Travailleuse sociale, Consultante externe de l'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance et Chargée de cours à la Haute École et École Supérieur de Travail Social Valais-Wallis, Suisse

COMITÉ DE CONSULTATION

Léonie Archambault, Chercheuse d'établissement à l'Institut universitaire sur les dépendances du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal et Professeure associée au Service sur les dépendances, Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke

Amélie Blanchet Garneau, Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal et Centre de recherche en santé publique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal

Delphine Collin-Vézina, Professeure titulaire à l'École de service social et Directrice du Centre de recherche sur l'enfance et la famille et du Consortium canadien sur le trauma chez les enfants et les adolescents, Université McGill

Mylène Demarbre, Directrice clinique programme santé mentale - Psychologue, PsyD/PhD, Médecins du Monde Canada

Sylvie Dubois, Orthopédagogue spécialisée en matière de violence et Conseillère clinique, Centre d'aide pour les victimes d'actes criminels du Bas-Saint-Laurent

Karine Gaudreault, P.h.D., Travailleuse sociale, Professeure adjointe, Professeure à la maîtrise et au certificat en intervention en dépendances, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Natacha Godbout, Psychologue, Professeure titulaire en Sexologie, Université du Québec à Montréal et directrice de l'unité de recherche et d'intervention sur les TRAumas et le CouplE

Anne-Marie Hélie, Infirmière clinicienne, Conseillère en mieux-être - volet santé mentale, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

D^re^ Julie Horman, Psychiatre, CISSS du Bas-Saint-Laurent, installation de Rivière-Du-Loup

Geneviève Jacques-Gingras, Conseillère en prévention des dépendances et de la violence, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

D^re^ Zoë Thomas, Psychiatre, Professeure adjointe, Département de psychiatrie, Université McGill

D^r^ Christophe Tra, Psychiatre, fellow clinique, Trauma Therapy Program, Women's College Hospital

VALIDATION DE CONTENU

D^re^ Joanie Raîche, Psychiatre, Professeure d'enseignement clinique, Université de Sherbrooke et Chef des approches intensives, Cogestionnaire médicale, département de psychiatrie CIUSSS de l'Estrie-CHUS

RÉVISION LINGUISTIQUE

Denise Babin communication

Marie-Josée Dion, Agente d'information, Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

GRAPHISME

Annie St-Amant

REMERCIEMENTS

L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance remercie la contribution des personnes avec une expérience vécue qui nous ont guidé dans la production de cet outil provincial. Un merci particulier à : Pierre Parent, Barbara Rivard, Christopher Kucyk, Mélodie Talbot, Marjolaine Michel, Timon Thoene-Gerber, Danielle G. et Chopper.

Nous souhaitons également souligner l'apport important pendant la période de rédaction de Marie-Josée Dion et de Maud Marie Mazaniello-Chezol, toutes deux membres de l'équipe permanente de l'ESCODI.

FINANCEMENT

Les travaux ont été financés grâce à un financement de la Direction des services en dépendance et en itinérance du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

NOTES

L'ESCODI privilégie l'écriture épicène et les formulations neutres (par exemple, « les membres du personnel ») par souci d'accessibilité et d'inclusivité.

Ce langage inclusif vise à représenter toutes les personnes qui utiliseront l'outil, incluant les femmes, les personnes trans et les personnes non binaires. Nous reconnaissons qu'il est possible que ce langage ne représente pas les réalités de toutes les personnes concernées.

Nous avons fait ces choix en 2025 en reconnaissant que le langage est en évolution constante.

AUDITOIRE CIBLE

Ce guide est destiné à tout le personnel du continuum de soins et de services du réseau de la santé et des services sociaux du Québec qui sont en lien avec des personnes ayant des enjeux de dépendance aux substances psychoactives et celles vivant des situations d'itinérance.

MISE EN GARDE

Ce guide n'est pas prescriptif, et ses auteurs ne peuvent être tenus responsables de la pratique clinique des membres du personnel L'ensemble du personnel a la responsabilité d'être qualifié et formé adéquatement. Il doit s'assurer d'offrir des soins et des services selon son jugement clinique et dans le respect des normes professionnelles et du code de déontologie auxquels il est assujetti.

L'ESCODI est basée en territoires autochtones, lesquels n'ont jamais été cédés. Nous tenons à prendre un moment pour reconnaitre la nation Kanien'kehá: ka comme gardienne des eaux et des terres sur lesquelles l'ESCODI se trouve physiquement. Tiohtiá:ke / Montréal est historiquement connu comme un lieu de rassemblement pour de nombreuses Premières Nations. Aujourd'hui, une population autochtone diversifiée, ainsi que d'autres peuples, y résident. L'ESCODI a aussi des membres habitant et travaillant partout au Québec. Dans ce contexte, il est important pour nous d'également reconnaitre le territoire des 11 Nations autochtones du Québec. Pour en apprendre plus, nous vous invitons à consulter cette carte avec les noms en langue autochtone de toutes les communautés autochtones du Québec.

Militant pour la justice sociale, l'ESCODI reconnaît les conséquences passées et actuelles du colonialisme. Dans le respect des liens avec le passé, le présent et l'avenir, nous reconnaissons les relations continues entre les Peuples Autochtones et autres personnes de la communauté québécoise, et nous encourageons tous et chacun à reconnaître le territoire non cédé qu'ils habitent. Nous vous invitons à en apprendre davantage sur l'histoire des territoires ancestraux partout au Canada en consultant notamment le site de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador.

POUR NOUS JOINDRE

L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance
Courriel : escodi.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca
Site web : dependanceitinerance.ca

Dépôt légal — 2e trimestre 2025
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN 978-2-555-01067-3 (Format PDF)

© Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025
La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document
Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance (ESCODI) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Approche tenant compte des traumatismes et de la violence en dépendance et itinérance. Montréal, Qc: CCSMTL; 2025. 112 p.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos ... x

Acronymes ... xii

1. Introduction ... **2**

1.1 L'importance d'une vision tenant compte des traumatismes et de la violence dans le contexte québécois ... 3

1.1.1 Les surdoses mortelles ... 3

1.1.2 L'augmentation de l'itinérance ... 3

1.2 L'ATTV : pour améliorer le bien-être des personnes en situation de précarité et du personnel qui en prend soin ... 4

1.2.1 Reconnaître les violences systémiques et les formes d'oppression ... 4

1.2.2 Agir contre la stigmatisation ... 5

1.2.3 Repenser le pouvoir et son partage ... 5

1.2.4 Oser le changement ... 6

1.3 Les objectifs du guide : une boussole pour la pratique et la culture organisationnelle ... 7

1.4 La méthodologie ... 8

1.4.1 Examen de la portée ... 8

1.4.2 Guides cliniques récents ... 8

1.4.3 Consultation de personnes expertes ... 8

1.4.4 Comité de consultation d'expert·e·s en traumatismes et en violence ... 8

1.5 Auditoire cible ... 9

2. Mieux comprendre les traumatismes et la violence ... **10**

2.1 Qu'est-ce que le traumatisme? ... 11

2.2 Les 3 Es du traumatisme ... 11

2.3 Les différents types de traumatismes ... 12

2.3.1 Le traumatisme situationnel et le traumatisme interpersonnel ... 13

2.3.2 Le traumatisme complexe ... 13

2.3.3 Le traumatisme historique ... 14

2.4 Les traumatismes avec un petit et un grand T ... 15

2.5 Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) ... 15

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

2.6 Pourquoi la notion de violence dans l'ATTV? 16
2.6.1 La violence systémique 16
2.6.2 Les effets de la violence systémique : stigmatisation, discrimination et barrières d'accès aux soins 17
2.7 La prévalence des traumatismes et de la violence 18
2.7.1 Traumatismes, violences, dépendance et itinérance 18
2.7.2 Traumatismes et violences chez les personnes autochtones 20
2.7.3 Traumatismes et violences basées sur le genre 21
2.8 Intersectionnalité et compétence systémique 23
2.9 Les effets du traumatisme et de la violence 25
2.9.1 Les traumatismes et le cerveau 25
2.9.1.1 Les défenses de survie et la fenêtre de tolérance 26
2.9.2 Les traumatismes, le corps et le bien-être 28
2.9.3 La retraumatisation 29
2.9.4 Les signes d'une réaction aux traumatismes ou à une expérience de retraumatisation 31
2.9.5 La sensibilisation aux traumatismes 32
2.10 Mieux comprendre les traumatismes et la violence : concepts clés 33

3. L'approche tenant compte des traumatismes et de la violence (ATTV) 34

3.1 L'émergence des pratiques tenant compte des traumatismes 35
3.2 L'évolution vers une approche tenant compte des traumatismes et de la violence (ATTV) 35
3.3 L'intégration d'une compréhension de la violence systémique 37
3.4 Les principes de l'approche tenant compte des traumatismes et de la violence 38
3.4.1 Sensibiliser le personnel et les personnes qui utilisent les services aux traumatismes et à la violence 41
3.4.2 Assurer la sécurité émotionnelle et physique de toutes les personnes au sein des services 43
3.4.3 Créer des espaces de collaboration et d'autonomie décisionnelle 49
3.4.4 Construire l'ensemble des interventions en s'appuyant sur les forces et la résilience de la personne 51
3.5 L'ATTV : concepts clés 53

4. Travailler avec des personnes touchées par les traumatismes et la violence ... **54**

4.1 Pitié, sympathie, empathie et compassion : un aperçu des différences ... 55

4.2 Les différentes répercussions du travail avec les personnes ayant vécu des traumatismes ... 56

4.2.1 Le traumatisme vicariant ... 56

4.2.2 La détresse morale ... 57

4.2.3 L'épuisement professionnel (burnout) ... 57

4.2.4 La fatigue d'empathie (ou fatigue de compassion) ... 58

4.3 L'interrelation des répercussions et des stratégies ... 58

4.4 La résilience, une conséquence positive du travail avec les personnes touchées par les traumatismes ... 59

4.5 Les réponses de l'ATTV pour améliorer le bien-être des équipes travaillant avec des personnes touchées par les traumatismes ... 61

4.5.1 Les réponses individuelles ... 62

4.5.1.1 L'ABC de la gestion du traumatisme vicariant ... 62

4.5.1.2 Autosoins ... 62

4.5.1.3 Autocompassion ... 63

4.5.2 Les réponses organisationnelles ... 63

4.5.2.1 Identification des ressources déjà mises en place ... 64

4.5.2.2 Supervision clinique ... 64

4.5.2.3 Formation ... 64

4.5.2.4 Débriefing (séance post-événement traumatique) ... 64

4.5.2.5 Politiques et procédures institutionnelles ... 65

4.5.3 Les réponses liées à la compétence systémique ... 65

4.6 Travailler avec les personnes touchées par des traumatismes et la violence : concepts clés ... 68

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

5. La mise en place de l'ATTV dans les organisations 69

5.1 Les principaux domaines de développement de l'ATTV dans les organisations 71

5.1.1 La formation du personnel 72

5.1.2 La création de lieux sécuritaires pour les personnes en situation de précarité et le personnel 74

5.1.3 Le soutien du personnel 80

5.1.4 Le développement de pratiques en ressources humaines favorables à l'ATTV 82

5.1.5 La révision des politiques et des procédures 86

5.2 Se préparer pour la mise en œuvre de l'ATTV 88

5.2.1 Impliquer les personnes utilisatrices des services et le personnel dans l'évaluation des besoins et l'élaboration des objectifs 89

5.2.2 Évaluer ce qui existe déjà 90

5.2.3 Analyser les spécificités de l'organisation et des personnes qui utilisent les services 91

5.2.4 Établir des objectifs réalistes tenant compte du contexte organisationnel 92

5.2.5 Déterminer les barrières à l'implantation 93

5.3 La mise en place de l'ATTV dans les organisations : concepts clés 94

6. Les bénéfices de l'approche tenant compte des traumatismes et de la violence ... 95

6.1 Mesurer les effets de l'ATTV : un domaine d'étude émergent ... 96

6.2 Les bénéfices de l'ATTV pour les personnes utilisatrices des services ... 96

6.3 Les bénéfices de l'ATTV pour les personnes utilisatrices de SPA et en situation d'itinérance ... 97

6.3.1 Un renforcement du bien-être psychologique ... 97

6.3.2 Une baisse de la consommation de SPA et une meilleure stabilité sociale ... 98

6.3.3 Autres résultats positifs pour les personnes utilisatrices de SPA et en situation d'itinérance ... 98

6.4 Les bénéfices de l'ATTV pour le personnel ... 99

6.4.1 Une plus grande satisfaction professionnelle ... 99

6.4.2 Un renforcement bénéfique des savoirs ... 99

6.4.3 Des relations améliorées ... 99

6.5 Les bénéfices de l'ATTV pour les organisations ... 100

6.5.1 Un personnel plus motivé et plus satisfait ... 100

6.5.2 Un personnel en meilleure santé psychologique ... 100

6.5.3 Une meilleure cohésion autour de la mission de l'organisation ... 101

6.6 Les bénéfices systémiques de l'ATTV ... 101

6.7 Les bénéfices de l'ATTV : concepts clés ... 103

Bibliographie ... 104

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

AVANT-PROPOS

Quel honneur de pouvoir vous offrir ce guide, que nous devons à la plume de l'altruiste engagée Sarah Bell, et à la collaboration de toute la merveilleuse équipe de l'ESCODI. L'approche tenant compte des traumatismes et de la violence (ATTV) est le fil conducteur qui m'a permis de mieux comprendre ce qui manquait à mes patients, au réseau de la santé et des services sociaux, et à moi, aussi…

J'aurais tant aimé prêter l'oreille plus tôt aux propos du Dr Gabor Maté qui nous mettait en garde depuis plusieurs années que derrière les gens de son *Downtown Eastside à Vancouver* se cachaient beaucoup plus que des « toxicomanes », mais bien des merveilleuses personnes aux prises avec des traumatismes, d'enfance, le plus souvent. J'aimerais aussi présenter tous mes hommages et exprimer tout mon respect pour Nancy Keays, infirmière récemment retraitée de l'équipe itinérance du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal qui a prêché seule dans le désert pendant tellement d'années en répétant qu'il fallait aborder l'itinérance sous l'angle des traumatismes complexes.

Cela m'aura pris tellement de temps à réaliser qu'au-delà du syndrome de stress post-traumatique, le seul terme qu'on m'ait enseignée sur les bancs d'école, se cachait un spectre bien plus grand et complexe des traumatismes, comprenant les très grands, mais aussi les moyens et les petits, en passant par les *adverse childhood* events et la simple inadéquation entre les besoins d'enfants sensibles, intelligents, hors norme et les capacités de leurs parents, qui faisaient bien souvent de leur mieux, mais qui avaient peu de ressources et de soutien.

Derrière cette myriade de traumatismes que nous, les humains, vivons tous à différents degrés dans nos premières années, se cachent deux sentiments contre lesquels nous nous défendons ensuite souvent toute notre vie, soit la peur d'être abandonné/d'être seul et l'impression de ne pas être « good enough »/ de ne pas être digne d'amour. Nous développons tous des mécanismes de défense pour éviter ces sentiments de vide et de peur, mais certains d'entre nous, grâce à leur famille, à leurs modèles de rôle, à leur gênes, leur statut socio-économique, s'en « sauvent » en développant des mécanismes de défense acceptés socialement (mais bien souvent tout aussi délétères) tels que la fuite dans l'excès de travail, dans la performance, dans les écrans, le sport, la sexualité. D'autres, malheureusement, n'ont pas cette chance, et apprennent que, malgré un prix souvent cher à payer, les substances psychoactives soulagent et engourdissent efficacement la souffrance. Si la substance qu'ils utilisent est décrétée illégale, ils deviennent en plus des criminels et doivent payer un tribut encore plus élevé et souvent s'inscrire dans le cercle vicieux de la précarisation sociale.

Et que dire de la violence, systémique, celle dont on n'ose à peine prononcer le nom, mais qui est bien réelle pour plusieurs groupes, dont les personnes qui consomment des substances psychoactives et les personnes en situation d'itinérance. Je ne compte plus les histoires où mes patients se font changer de niveau de soins et retirer la réanimation sans leur consentement, se font refuser l'accès aux soins intensifs à 25 ans, se font expliquer qu'ils ne méritaient pas d'avoir des enfants, se font retourner dans la

neige à – 30 °C en fauteuil roulant, refuser l'accès à l'urgence par des gardiens de sécurité, mourir gelés dans des toilettes chimiques…

Je ne compte plus les fois où j'ai vu des patients privés des soins basés sur les données probantes, où j'ai vu des pharmacies dire *« on ne sert pas ça nous les traitements de la dépendance dans notre pharmacie »*, où j'ai entendu déclarer qu'on ne voulait pas de clinique de toxicomanie ou de service de consommation supervisée ici pour ne pas se faire voler, pour ne pas déranger les « bons » patients/citoyens, ceux qui « méritent » les soins.

Mais derrière ces traumatismes et cette violence, j'ai aussi eu le privilège de rencontrer des humains extraordinaires au cours des 20 dernières années. Des gens d'une intelligence et d'une résilience hors du commun qui m'ont rappelée à mon essence, à l'humanité commune de notre vulnérabilité et de notre désir de connexion et d'amour. Ils ont fait de moi une meilleure médecin, une meilleure mère, un meilleur humain. C'est à eux que je veux dédier ce guide, plus particulièrement à tous ceux qui sont décédés aujourd'hui. En rappelant au passage que ce sont entre 40-50 personnes qui décèdent en silence à chaque mois au Québec de la crise des surdoses et que nous sommes à près de 50 000 morts au Canada à cause de cette épidémie… de stigmatisation.

Je dédie aussi ce guide à toutes les merveilleuses équipes qui travaillent auprès de ces personnes. À tous ces gens qui nous rappellent que malgré un réseau de la santé et des services sociaux qui recrée trop souvent le traumatisme, il y a d'abord et avant tout des humains qui ont envie d'être avec d'autres humains, dans la compassion et l'amour.



Parce que toute vie humaine a de la valeur,
Avec amour,

Dre Marie-Eve Goyer

Quand vos émotions vous emportent,
Vous perdez de vue le fait que tout le
Monde souffre de la même
Vulnérabilité, que tout le monde
Partage avec vous le désir de trouver le
Bonheur et d'éviter la douleur

Faire de sa vulnérabilité une force, Pema Chödrön

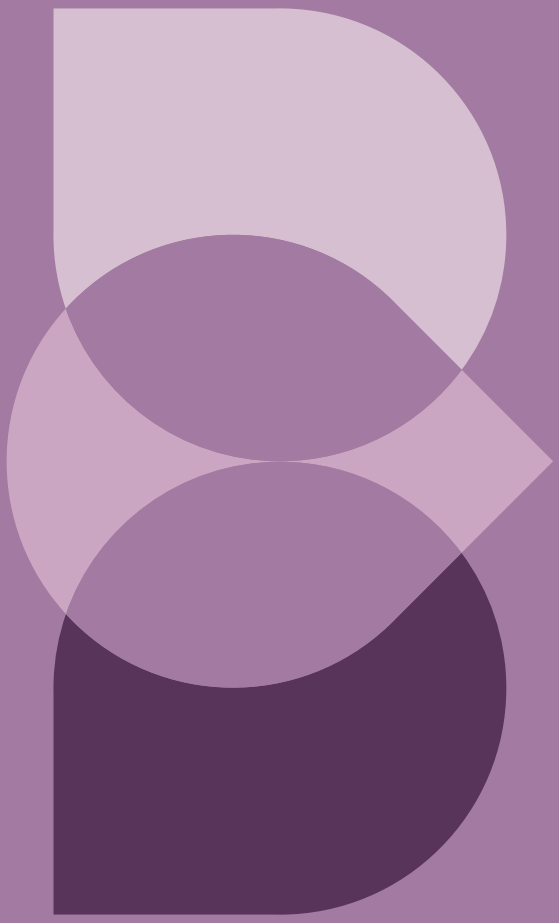
© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

ACRONYMES

ATV	approche tenant compte des traumatismes
ATTV	approche tenant compte des traumatismes et de la violence
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITTIC	Institute on Trauma and Trauma-Informed Care
LGBTQIA2+	lesbienne, gai, bisexuel·le, trans, queer, intersexe, asexuel·le, Two-Spirit et toute autre orientation sexuelle, identité ou expression de genre
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Service Administration
SPA	substances psychoactives
TSPT	trouble de stress post-traumatique
TUS	troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives
VBG	violences basées sur le genre
VPI	violence entre partenaires intimes

CHAPITRE 1

Introduction



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

1. Introduction

Depuis une décennie en Amérique du Nord, l'approche tenant compte des traumatismes et de la violence (ATTV) est de plus en plus préconisée dans les services et les organisations qui accompagnent les personnes utilisatrices de substances psychoactives (SPA) et les personnes en situation d'itinérance. Cependant, il est évident qu'il y a un manque important de littérature et de guides de pratiques sur le sujet qui soient à la fois en français et adaptés au contexte québécois.

L'intérêt de cette approche, dans le domaine des dépendances et de l'itinérance, réside dans le constat selon lequel la majorité des personnes utilisatrices de SPA ou en situation d'itinérance ont vécu des traumatismes au cours de leur vie[1-3]. De plus, ces personnes sont davantage à risque de vivre des traumatismes ou de la violence en raison de leurs conditions de vie et de la stigmatisation dont elles sont victimes[2,4].

Il est reconnu que l'accompagnement des personnes ayant vécu des traumatismes et de la violence peut générer beaucoup d'impuissance et d'épuisement chez les équipes lorsque celles-ci manquent d'outils, de ressources et de connaissances pour y répondre. L'ATTV tente justement de répondre à ce besoin en proposant une série de principes et d'outils pratiques qui permettent de préparer une intervention adaptée et sensible à la réalité et aux besoins de ces personnes.

De même, le personnel œuvrant auprès des personnes ayant vécu des traumatismes et de la violence est lui aussi à risque de subir différents effets psychologiques en raison de son engagement professionnel. L'ATTV constitue également une manière de soutenir les équipes et de prévenir leur épuisement. Par ailleurs, sur le plan organisationnel, les institutions peuvent, quant à elle, perpétuer des stéréotypes qui stigmatisent les personnes qu'elles accompagnent, et même contribuer à des situations qui retraumatisent les personnes en situation de vulnérabilité. C'est pourquoi ce guide met aussi en lumière les principaux domaines de développement où les institutions peuvent s'adapter afin de mettre en œuvre une approche organisationnelle basée sur les principes de l'ATTV.

Face à la complexité des traumatismes et de la violence, certaines organisations peuvent penser qu'elles n'ont pas l'expertise nécessaire pour intervenir efficacement. Cette perception peut les amener à se sentir dépassées et à limiter leur approche en se contentant d'orienter les personnes vers des services spécialisés en traumatismes, évitant ainsi de s'engager directement à l'égard de cette problématique. Cependant, avec l'ATTV, toutes les organisations travaillant auprès des personnes utilisatrices de SPA ou en situation d'itinérance peuvent mettre en place des pratiques et des mesures pour mieux accompagner les personnes touchées par les traumatismes et la violence. Le *Trauma-Informed Organizational Change Manual*, rédigé par l'Institute on Trauma and Trauma-Informed Care (ITTIC), rappelle ce qui suit :

> La prise en compte des traumatismes n'exige pas des individus, des organisations ou des systèmes de réparer ce qui est arrivé à une personne. En fait, il s'agit d'abord de reconnaître que nous ne pouvons pas changer ce qui s'est passé – le traumatisme a déjà eu lieu. [...] Ce que nous pouvons faire, cependant, c'est agir intentionnellement

> sur l'environnement ici et maintenant pour au moins ne pas l'aggraver.[5(p15)] [Notre traduction]

En adoptant une approche qui tienne compte des traumatismes, de la violence et de leurs effets, les équipes et les services apportent des réponses qui promeuvent la sécurité physique et émotionnelle, le choix, la collaboration, la transparence et le pouvoir d'agir de toutes les personnes concernées. Ce guide vise à offrir des outils pour aider les équipes, leurs membres et les organisations à mettre en place ces changements de manière réaliste, réfléchie et adaptée à chaque contexte.

1.1 L'importance d'une vision tenant compte des traumatismes et de la violence dans le contexte québécois

Actuellement, le Québec fait face à une situation alarmante concernant les conditions de vie et de santé des personnes utilisatrices de SPA et des personnes en situation d'itinérance. Il est urgent de mettre en place des approches innovantes, qui soient fondées sur des données probantes et tiennent compte des violences et des inégalités systémiques.

1.1.1 Les surdoses mortelles

Au Canada, le nombre total de décès liés à une intoxication aux opioïdes, de janvier 2016 à juin 2024, s'élève à 49105. Des données canadiennes indiquent que le fentanyl et ses analogues se retrouvent très souvent dans les substances achetées sur le marché illégal et ce, à l'insu des personnes qui les consomment. L'analyse des substances saisies par les organismes canadiens d'application de la loi indique la présence de fentanyl dans 69 % des échantillons en 2020 et de 72 % d'entre eux en 2021[6]. Or, la présence de fentanyl, de ses analogues ou de benzodiazépines dans les opioïdes augmente le risque de surdose[7].

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) évoque une tendance à la hausse du taux de mortalité attribuable à une intoxication aux opioïdes de 2000 à 2015. De plus, les résultats d'une récente étude sur les taux et les résultats toxicologiques des décès par surdose au Québec indiquent que la province pourrait être aux premiers stades d'une évolution vers des taux plus élevés de surdoses[8]. D'octobre 2023 à septembre 2024 (12 mois), il y a en effet eu 658 décès liés à une intoxication suspectée aux opioïdes ou à d'autres drogues (y compris les stimulants) au Québec. Ce chiffre est en hausse par rapport aux années précédentes, alors qu'il était de 450 en 2021, de 541 en 2022 et de 536 en 2023[9].

1.1.2 L'augmentation de l'itinérance

Le dernier dénombrement des personnes en situation d'itinérance visible au Québec permet d'établir que l'itinérance visible a augmenté de 44 % depuis le précédent dénombrement, réalisé en 2018, et que cette augmentation touche toutes les régions[10]. Selon ce dénombrement, il y avait environ 10 000 personnes en situation d'itinérance visible en 2022 dans les 13 régions du Québec. Il est difficile d'estimer le nombre de personnes en situation d'itinérance cachée, mais il est probable qu'il soit également en augmentation.

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

Les personnes en situation d'itinérance vivent de grandes insécurités : ne pas pouvoir répondre à leurs besoins de base, être relocalisées de manière régulière, ne pas savoir où dormir le soir, être en situation de peur et d'incertitude. De plus, depuis plusieurs années, les centres d'hébergement d'urgence refusent des personnes par manque de lits, et les campements de personnes en situation d'itinérance se multiplient dans de nombreuses régions de la province. Cette situation provoque une augmentation des situations d'urgence ainsi qu'une plus grande désaffiliation des personnes en situation d'itinérance[11].

1.2 L'ATTV : pour améliorer le bien-être des personnes en situation de précarité et du personnel qui en prend soin

Dans ce contexte, il est essentiel que les organisations, les équipes et leurs membres adoptent des approches qui permettent aux personnes en situation de précarité d'avoir un meilleur accès aux services ainsi qu'une meilleure expérience de soins. Ces mesures devraient également favoriser la résilience et le bien-être du personnel qui travaille à leurs côtés. L'implantation de l'ATTV se veut une réponse pragmatique et empreinte d'humanité et de sensibilité, tant pour les personnes touchées par les traumatismes et la violence que pour les personnes qui ont à cœur de les accompagner.

1.2.1 Reconnaître les violences systémiques et les formes d'oppression

L'ATTV invite les équipes, les services et les organisations à agir de manière proactive pour réduire les interactions et les politiques qui peuvent être discriminatoires ou qui stigmatisent[4]. Cette approche reconnaît l'importance de prendre en compte les aspects systémiques et les oppressions vécues par les personnes utilisatrices des services afin d'aménager des espaces de dignité et de sécurité pour tout le monde.

Les implications systémiques de l'ATTV désignent les dynamiques de pouvoir ainsi que les oppressions et les violences intégrées dans les structures sociales, économiques et institutionnelles qui influencent négativement la vie des personnes. Elles comprennent des phénomènes comme la stigmatisation, la discrimination, le racisme, le sexisme et les inégalités socio-économiques, qui créent des barrières d'accès aux soins et contribuent à la retraumatisation. Tenant compte de ces dimensions, l'ATTV permet d'agir de manière proactive afin de réduire ces obstacles et de promouvoir des environnements de dignité et de sécurité pour toutes les personnes concernées.

Fondée sur le principe que les traumatismes et la violence sont étroitement liés à des oppressions systémiques, l'ATTV incite à porter le regard au-delà de l'individu pour saisir les formes de violences systémiques et les oppressions qu'il vit. Cette prise en compte des aspects systémiques permet de comprendre que les violences interpersonnelles comme les agressions sexuelles, la maltraitance des enfants ou la violence entre partenaires intimes (VPI) se déroulent dans des contextes sociétaux marqués par les formes systémiques de la violence comme la pauvreté, le sexisme et le racisme[4]. Cela permet de s'éloigner d'une appréciation axée uniquement sur la responsabilité individuelle et d'adapter ses réponses en conséquence.

1.2.2 Agir contre la stigmatisation

Reconnaître les aspects systémiques des conditions de vie des personnes utilisatrices de SPA ou en situation d'itinérance implique aussi la prise en compte des discriminations et des formes de stigmatisation qu'elles vivent.

La stigmatisation des personnes utilisatrices de SPA prend racine dans la criminalisation des stupéfiants et des personnes qui les consomment. Les personnes utilisatrices des SPA, en particulier celles dont la consommation est problématique, sont souvent perçues comme étant dangereuses et coupables d'actes répréhensibles[12]. Le Haut-Commissaire des Nations unies aux droits de l'homme a souligné dans son rapport de 2015 le lien direct entre la stigmatisation, la discrimination et la pénalisation de la consommation de drogues et les atteintes aux droits humains que subissent les personnes utilisatrices de SPA[12].

La stigmatisation a de grands effets sur les personnes utilisatrices de SPA et en situation d'itinérance. Elle est intimement liée aux traumatismes et à la violence, en plus de constituer un obstacle important au logement, à l'emploi, à l'amélioration du revenu et aux soins de santé. Elle peut également empêcher les personnes de s'adresser aux services de santé et des services sociaux ou retarder le moment où elles le font[13]. La stigmatisation peut également se traduire par « … des soins de santé de qualité inférieure en raison de perceptions, d'attitudes et de préjugés négatifs [de la part du personnel] »[14(p2)].

La stigmatisation de l'utilisation de SPA et de l'itinérance se combine avec d'autres types de discriminations et d'oppressions, ce qui exacerbe ses effets délétères. Cette rencontre intersectionnelle de la stigmatisation de l'utilisation de SPA et de l'itinérance avec d'autres discriminations sociales comme le sexisme, l'hétérosexisme ou le racisme augmente les obstacles aux services, aux droits fondamentaux et à la création de liens sociaux[14].

Le plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026[15] pose la lutte contre la stigmatisation et le développement du pouvoir d'agir des personnes en situation d'itinérance comme principes directeurs. La Stratégie nationale 2022-2025 de prévention des surdoses de substances psychoactives[16] souligne également que des mesures doivent être prises pour réduire la stigmatisation des personnes utilisatrices de SPA et améliorer leur expérience dans leurs parcours de soins, et ce, afin de favoriser l'accès aux services.

L'ATTV offre des pistes d'actions pertinentes et réalistes pour agir contre la stigmatisation et la discrimination dans les relations interpersonnelles et dans les organisations. Cela permet l'instauration de relations empreintes de dignité et de respect dans les services, en plus de favoriser un meilleur accès au réseau de la santé et des services sociaux.

1.2.3 Repenser le pouvoir et son partage

La violence, et surtout la violence interpersonnelle, comporte toujours un abus de pouvoir. Ces abus de pouvoir créent un sentiment d'impuissance et de perte de maîtrise pour les personnes qui les ont vécus ou qui continuent à les vivre. Afin de ne pas favoriser la reproduction de ce sentiment d'impuissance dans les services, l'ATTV encourage les équipes et les organisations à réfléchir aux notions de pouvoir et de renforcer le partage de celui-ci dans leurs interventions et leurs politiques.

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

L'ATTV priorise ces considérations ainsi que le développement du pouvoir d'agir de toutes les personnes impliquées dans les organisations, autant celles qui sont accompagnées que celles qui y travaillent. Une véritable collaboration et un réel partage de pouvoir impliquent l'abandon de la posture d'expert pour tendre vers une posture d'humilité et d'alliance. Cette ouverture implique également la reconnaissance des savoirs expérientiels des personnes utilisatrices des services ainsi qu'une réflexion sur les dynamiques de pouvoir et les privilèges.

1.2.4 Oser le changement

Il existe une multitude de mesures simples et concrètes que les membres du personnel, les équipes et les organisations peuvent mettre en place afin d'avancer vers l'ATTV. Ces mesures présentent le potentiel d'améliorer grandement la santé et le bien-être des personnes qui utilisent les services ainsi que des personnes qui y travaillent[4,5,17].

Les recherches sur l'implantation de l'ATTV dans des services indiquent que les changements de pratique et de culture organisationnelle qui en découlent sont souvent motivants et enthousiasmants pour les personnes qui y participent[4]. Bien que les changements provoquent parfois des réticences et des inquiétudes dans les services ou les organisations, l'ATTV propose d'impliquer le personnel et les personnes utilisatrices des services afin qu'elles construisent ensemble des organisations meilleures.

Voilà pourquoi ce guide propose des premiers pas pour amorcer la mise en place de l'ATTV, autant à un niveau individuel qu'organisationnel. Une fois le mouvement lancé, chaque équipe et organisation pourra tracer son propre chemin et trouver son propre rythme en fonction de son contexte propre. Il s'agit là d'un défi à relever, car cela nécessite une réflexion approfondie, doublée d'une évaluation et d'un ajustement des pratiques. Néanmoins, l'adoption de l'ATTV présente peu de risques et offre de nombreux avantages.

Dans une étude sur les bénéfices de l'ATTV, une participante souligne le côté positif d'un tel changement de pratique : « [L'ATTV] ne peut pas faire de mal. Elle ne peut que prévenir les dommages. C'est donc une situation gagnant-gagnant »[18(p342)]. En procédant à des changements de pratique et de culture organisationnelle souvent simples, les équipes et les organisations peuvent avoir un effet important sur le bien-être et la santé de tout le monde.



1.3

Les objectifs du guide : une boussole pour la pratique et la culture organisationnelle

Ce guide a pour objectif de servir de repère dans la mise en œuvre de l'ATTV, tant sur le plan individuel que dans les équipes, les services et les organisations. Chaque contexte étant unique, il n'existe pas de solution universelle pour l'implantation de l'ATTV. Cependant, il est souhaitable que les connaissances et les principes de ce guide puissent :

- permettre aux équipes et aux organisations de déterminer et de valoriser ce qui est déjà fait pour répondre aux traumatismes et à la violence ;
- fournir un cadre, des principes et des idées de changement pour aller de l'avant ;
- faire progresser l'implantation de l'ATTV à tous les niveaux : dans la pratique individuelle, dans le fonctionnement des équipes, au sein des organisations et dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.

La mise en œuvre de l'ATTV dans les services et les organisations en dépendance et en itinérance au Québec est un processus en constante évolution. Ce guide a pour vocation d'en orienter les premières étapes.

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

1.4 La méthodologie



Examen de la portée



Guides cliniques récents



Consultation de personnes expertes



Comité de consultation d'expert·e·s en traumatismes et en violence

1.4.1 Examen de la portée

Avant la rédaction du présent guide, l'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance (ESCODI) a procédé à un examen de la portée des résultats des interventions tenant compte des traumatismes et destinées aux personnes utilisatrices de SPA et en situation d'itinérance. Un tel examen de la portée n'existait pas dans la littérature scientifique. L'objectif de cet examen, intitulé *Trauma-Informed Care (TIC) Interventions for Populations Experiencing Addiction and/or Homelessness: A Scoping Review of Outcomes* et publié dans le *Journal of Drug Issues*, était de fournir une vue d'ensemble de la littérature scientifique sur les résultats des interventions tenant compte des traumatismes pour ces populations[3]. Cet aperçu des données probantes en matière d'interventions tenant compte des traumatismes est venu appuyer les constats des guides cliniques consultés pour la production du présent guide et permettre de clarifier les effets positifs de cette approche pour les populations présentant des enjeux d'utilisation de SPA et vivant en situation d'itinérance.

1.4.2 Guides cliniques récents

Les renseignements contenus dans ce guide sont fondés sur les données de guides cliniques canadiens et américains récents. Les guides publiés par le BC Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council, le Klinik Community Health Centre, le Centre d'excellence pour la santé des femmes, le University of Toronto Press, l'ITTIC et la SAMHSA ont tout particulièrement servi au cours de la rédaction. Ces guides cliniques sont issus d'organismes compétents et reconnus dans le domaine et contiennent des sources fiables, vérifiables et claires. De la littérature grise et des articles scientifiques ont aussi servi à soutenir la rédaction.

1.4.3 Consultation de personnes expertes

Un comité de personnes ayant un savoir expérientiel de l'utilisation de SPA ou de l'itinérance a validé les exemples qui sont présentés dans ce guide. Elles ont également contribué à mettre en lumière le langage inadéquat qui est parfois utilisé lors d'interventions et l'importance d'adopter une posture d'accompagnement avec les personnes qui utilisent les services.

1.4.4 Comité de consultation d'expert·e·s en traumatismes et en violence

Un comité de personnes expertes issues de la recherche et de l'intervention a conseillé l'équipe de rédaction sur le développement, le contenu et les sources de ce guide. Ce comité a également vérifié la pertinence des informations dans le contexte québécois et a validé le contenu du guide.

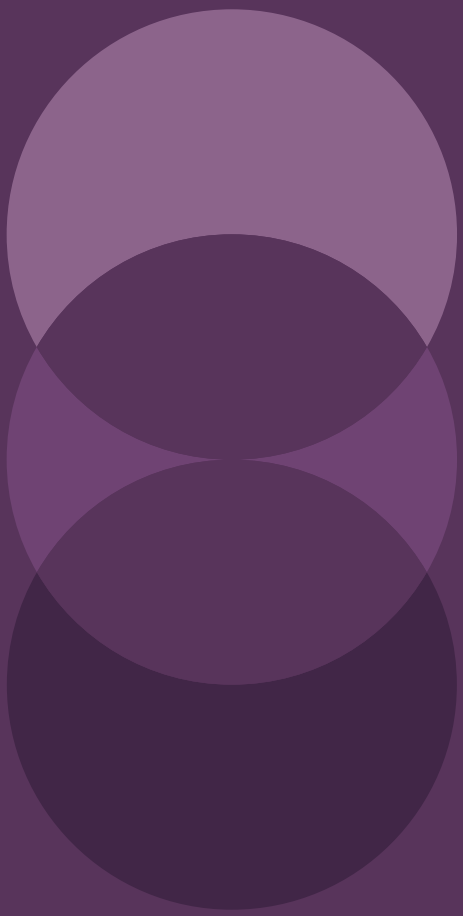
1.5 Auditoire cible

Étant donné la prévalence des traumatismes et de la violence dans la population générale, en particulier chez les personnes utilisatrices de SPA ou en situation d'itinérance, l'ensemble du personnel du réseau de la santé et des services sociaux aura à accompagner des personnes ayant vécu des traumatismes ou de la violence. Ce guide est destiné à toutes les personnes travaillant dans l'ensemble du continuum des services de santé et des services sociaux, mais plus particulièrement à celles œuvrant dans des équipes dédiées aux soins et services offerts aux personnes utilisatrices de SPA et en situation d'itinérance.

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

CHAPITRE 2

Mieux comprendre les traumatismes et la violence



2. Mieux comprendre les traumatismes et la violence

2.1 Qu'est-ce que le traumatisme?

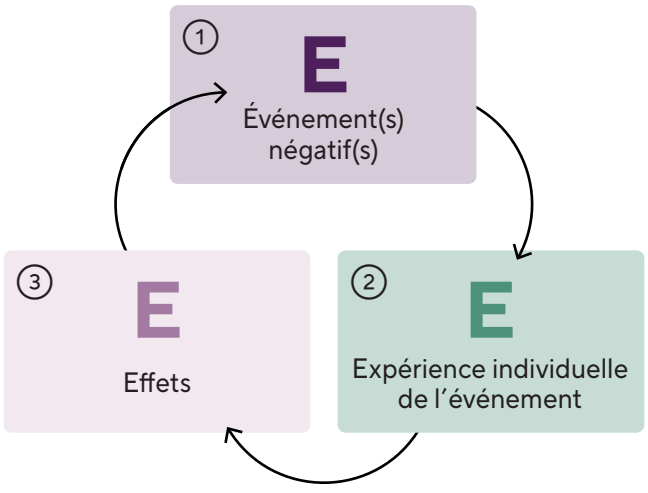
Il existe une multitude de définitions du traumatisme, et la plupart s'accordent pour dire qu'un traumatisme est **une réponse physique, émotionnelle et psychologique à un événement ou une série d'événements dépassant la capacité d'une personne à y faire face et laissant des empreintes durables sur le cerveau, le corps et le bien-être de cette personne**[4,5,17,19].



Un grand nombre de personnes vivent des expériences traumatiques au cours de leur vie[20]. En ce qui concerne les personnes utilisatrices de SPA ou en situation d'itinérance, de nombreuses études montrent qu'elles présentent une grande prévalence d'expériences de traumatismes et de violence[21,22]. Cependant, le concept et les effets du traumatisme peuvent être mal compris et ne sont encore que très peu abordés.

2.2 Les 3 Es du traumatisme

Un même événement sera vécu différemment par diverses personnes. Les émotions, réactions et effets liés à cet événement sont subjectifs et dépendent de l'individu et de son contexte. Voilà pourquoi, selon la SAMHSA, un traumatisme comporte trois composantes importantes, appelées les 3 Es[19] :



Le ou les événements négatifs impliquent l'exposition de la personne à une situation négative et stressante. Ce ou ces événements peuvent comporter une forte menace ou une atteinte

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

physique ou psychologique. Il peut également s'agir d'une négligence grave mettant en danger la vie ou compromettant le bon développement d'une personne. Ce ou ces événements peuvent être variés : accident, abus sexuel, négligence émotionnelle, guerre, agression physique, harcèlement, etc. Le ou les événements peuvent être uniques ou se produire de manière répétée dans le temps, comme dans les situations de maltraitance infantile ou de violence entre partenaires intimes (VPI).

L'expérience individuelle de l'événement aide à déterminer si l'événement constitue un traumatisme pour la personne concernée. Un même événement peut être traumatisant pour une personne et pas pour une autre. Les événements traumatiques créent un différentiel de pouvoir en vertu duquel une entité (une personne, un événement ou un élément externe) impose son pouvoir sur une autre. Ils provoquent un important sentiment de perte de contrôle et de perte de pouvoir. Par conséquent, la personne peut se sentir impuissante et dépassée. Ces expériences entraînent de profonds questionnements (du type : « Pourquoi moi? ») et s'accompagnent souvent de sentiments de honte, de culpabilité, d'humiliation et d'impuissance.

Les effets dommageables constituent la dernière composante du traumatisme. Ces effets peuvent survenir immédiatement après l'événement ou après un certain temps et peuvent être de plus ou moins longue durée. Les effets dommageables sont d'ordre physique, émotionnel, spirituel, interpersonnel ou comportemental (cf. section 2.8 du présent guide).

Il est important de retenir que le traumatisme ne réside pas dans l'événement lui-même, mais dans ses effets sur la personne : le trauma est l'événement et le traumatisme est la conséquence.

Pour illustrer cette nuance, le psychiatre Bessel van der Kolk, dans son ouvrage sur les traumatismes intitulé *Le corps n'oublie rien*[23], explique que le traumatisme n'est pas « l'histoire de quelque chose qui s'est passé à l'époque, mais l'empreinte actuelle de cette douleur, de cette horreur et de cette peur qui vit à l'intérieur [de la personne] »[p6]. Pour Dr Gabor Maté, médecin et spécialiste des dépendances, « le traumatisme n'est pas ce qui vous arrive, c'est ce qui se passe en vous à la suite de ce qui vous est arrivé »[24(p20)][Notre traduction].

2.3 Les différents types de traumatismes

Dans la littérature scientifique, il n'y a pas de consensus universel sur la manière de catégoriser et de décrire les événements traumatiques, et de nombreux événements peuvent être la cause d'un traumatisme. Cependant, certaines typologies se dessinent à partir de la littérature à ce sujet. Pour les membres des équipes travaillant auprès des personnes utilisatrices de SPA et en situation d'itinérance, il peut être utile d'être sensibilisé aux caractéristiques de certains types de traumatismes afin de mieux comprendre la situation des personnes qu'ils accompagnent.

2.3.1 Le traumatisme situationnel et le traumatisme interpersonnel

Des traumatismes peuvent survenir à la suite d'événements externes ou interpersonnels[17]. Ford-Gilboe, Campbell et Heslop développent cette idée en distinguant le traumatisme situationnel du traumatisme interpersonnel[25].

Le **traumatisme situationnel** peut toucher autant un individu qu'un groupe d'individus ou une communauté. Il est lié à des événements imprévisibles comme les accidents ou les catastrophes naturelles. Il implique un événement unique, généralement circonscrit dans le temps, qui dépasse la capacité d'une personne à y faire face.

Cependant, c'est le **traumatisme interpersonnel** qui est le plus répandu à l'échelle mondiale[26]. Cette forme de traumatisme implique en général un abus de pouvoir, une violation de la confiance ainsi que des éléments de contrôle ou de coercition. Souvent, les événements sont répétés ou continus, à l'inverse d'un événement isolé. La personne responsable de la violence, de l'abus ou de la manipulation a généralement une relation avec la victime (membre de la famille, camarade, collègue) ou est dans une position d'autorité (membre du corps enseignant, responsable religieux, coach sportif, personnel de la santé, personne en position hiérarchique supérieure).

2.3.2 Le traumatisme complexe

Le concept de **traumatisme complexe** mobilise de nombreuses définitions dans la littérature scientifique. De manière générale, le traumatisme complexe renvoie à l'exposition, particulièrement durant l'enfance ou l'adolescence, à des traumatismes interpersonnels répétés ou chroniques et aux répercussions de ces événements dans divers domaines du fonctionnement[25,27,28]. Une définition du traumatisme complexe met en lumière quatre éléments importants de ce type de traumatisme :

> [Les traumatismes complexes résultent] des expériences qui 1) sont interpersonnelles et impliquent souvent la trahison ; 2) sont répétées ou prolongées ; 3) impliquent un tort direct par différentes formes d'abus (psychologiques/émotifs, physiques et sexuels), de négligence ou d'abandon de personnes responsables des soins, de la protection ou de l'encadrement des victimes, généralement des jeunes ou de leurs propres enfants (comme les parents ou membres de la famille, les enseignants, les entraîneurs ou des conseillers religieux), ou des pertes traumatiques de ces relations ; 4) surviennent à des périodes vulnérables du développement de la vie, comme la petite enfance, ou ébranlent significativement les acquis développementaux à n'importe quel moment de la vie[27(p23)].

Les traumatismes complexes ont des conséquences importantes sur la santé physique et psychologique et sont également étroitement liés à des risques de dépendance et de troubles psychiatriques[27].

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

Les expériences négatives de l'enfance *(The Adverse Childhood Experiences)*

L'étude de Felitti et al.[29] réalisée en 1998 sur les expériences négatives de l'enfance est fondamentale pour un début de compréhension des liens entre les expériences difficiles vécues dans l'enfance et leurs effets néfastes sur la santé et le bien-être tout au long de la vie. Depuis, de nombreuses études ont été menées sur les expériences négatives de l'enfance et leurs effets sur la santé, ce qui a permis à davantage d'équipes du domaine de la santé et des services sociaux d'appréhender ces événements comme pouvant participer à la genèse des traumatismes.

Les expériences négatives de l'enfance sont des événements évitables et potentiellement traumatisants qui se manifestent entre 0 et 17 ans, comme la maltraitance et la négligence. Des aspects de l'environnement familial qui compromettent le sentiment de sécurité, de stabilité et d'attachement de l'enfant peuvent également être considérés comme des expériences négatives de l'enfance, comme le fait de grandir dans un ménage confronté à des troubles d'usage de substances, à une séparation, à des problèmes de santé mentale ou à de l'insécurité alimentaire[30].

Les expériences négatives de l'enfance sont associées à des problèmes de santé psychologique, physique et relationnelle à l'âge adulte. Cela s'explique en partie par le fait que l'enfance est une « période de construction » où sont posées les bases de l'attachement, des relations, des comportements, de la santé et des situations sociales à l'âge adulte[30]. Plusieurs études montrent une forte corrélation entre les expériences négatives de l'enfance et la dépendance[31–33], ce qui semble indiquer que les personnes ayant vécu de multiples expériences négatives dans leur enfance seraient davantage à risque de développer des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (TUS)[1].

2.3.3 Le traumatisme historique

Le **traumatisme historique** découle d'un traumatisme collectif massif et se manifeste par des blessures émotionnelles et psychologiques cumulatives tout au long de la vie et de génération en génération[34]. Un exemple important au Canada est le traumatisme historique résultant des multiples formes de violence coloniale, d'injustice et de discrimination perpétrées contre les peuples autochtones[35]. D'autres exemples de traumatisme historique sont l'esclavagisme, le génocide, l'Holocauste et la migration forcée.

Il est estimé que le traumatisme historique des personnes autochtones en Amérique du Nord comporte quatre caractéristiques. Ce traumatisme implique[36] :

1) des **préjudices coloniaux** causés aux personnes autochtones par les colons européens qui ont réalisé la conquête, assujettissant et dépossédant ces peuples du même coup ;
2) une **expérience collective de ces préjudices** par des communautés autochtones entières dont les identités, les idéaux et les interactions ont été par le fait même radicalement altérés ;
3) des **effets cumulatifs** de ces blessures en lien avec des politiques et des pratiques anciennes et actuelles d'oppression ;
4) des **répercussions transgénérationnelles** des blessures.

Il est important de souligner que les traumatismes historiques se combinent aux violences contemporaines qui leur sont liées, comme le racisme et la discrimination. Ces violences perpétuent le colonialisme et s'ajoutent aux facteurs de stress découlant des traumatismes historiques[37].

2.4 Les traumatismes avec un petit et un grand T

Les **traumatismes avec un grand T** renvoient à des événements intenses et souvent marqués par un danger immédiat ou une menace grave pour la vie ou l'intégrité de la personne. Ces expériences, comme une agression, un accident grave ou une catastrophe naturelle, sont généralement reconnues comme des événements traumatiques en raison de leur intensité et de leurs répercussions évidentes sur le bien-être physique et psychologique[38].

Les **traumatismes avec un petit t** renvoient à des événements qui, bien que ne constituant généralement pas une menace grave pour la vie, provoquent une importante détresse pour la personne. Ces événements douloureux, parfois répétés ou persistants, sont souvent perçus comme moins graves individuellement, mais peuvent avoir des effets tout aussi significatifs sur le bien-être d'une personne. Ces expériences comprennent, par exemple, la négligence émotionnelle, les critiques constantes ou un manque d'attention ou de sécurité dans l'enfance. Elles peuvent ainsi être synonymes d'expériences négatives de l'enfance dans certains contextes. Selon Gabor Maté[24], ces traumatismes façonnent profondément la perception qu'une personne a d'elle-même et du monde, bien qu'ils soient souvent sous-estimés ou méconnus.

2.5 Le trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Bien qu'une grande proportion des gens vivent un événement potentiellement traumatisant au cours de leur vie, seule une minorité va développer un trouble de stress post-traumatique (TSPT) par la suite[39]. Ces personnes peuvent souffrir d'un ensemble de problèmes de santé psychologique pendant des mois, voire des années après l'événement traumatique.

Une importante détresse psychologique et d'autres problèmes de santé psychologique et physique sont des réactions normales à un événement douloureux et dépassant la capacité de la personne à y faire face. Cependant, pour certaines personnes, ces événements peuvent avoir des effets persistants, sévères et spécifiques constituant un trouble, comme le trouble de stress post-traumatique (TSPT).

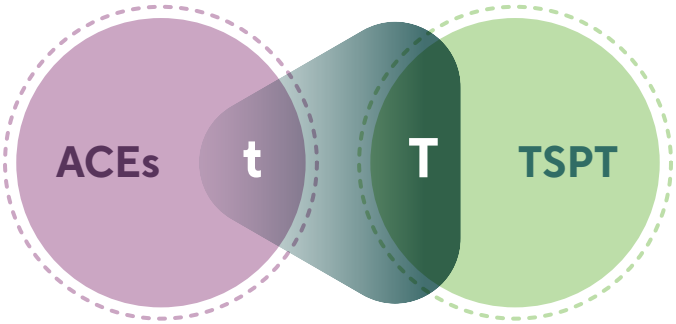
Le TSPT est un trouble spécifique qui fait l'objet d'un diagnostic établi en fonction de plusieurs critères. Tout d'abord, le DSM-V[40] précise que la personne doit avoir été confrontée à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles. Cet événement devrait être associé à certains symptômes, notamment :

- la présence d'un ou de plusieurs symptômes d'intrusion (par ex., des souvenirs envahissants, des rêves récurrents, des réactions dissociatives, etc.) ;
- l'évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatique (par ex., l'évitement des souvenirs et des émotions liés à l'événement, l'évitement des personnes, des lieux ou des objets liés à l'événement, etc.) ;
- l'altération des cognitions et de l'humeur (par ex., des croyances négatives à propos de soi-même ou du monde, un état émotionnel négatif persistant, etc.) ;
- de profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité (par ex., l'hypervigilance, l'irritabilité, les accès de colère, les problèmes de concentration, etc.)[41].

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

Ces symptômes doivent durer plus d'un mois et entraîner une souffrance ou une incapacité significative pour être utilisés dans l'établissement du diagnostic.

FIGURE 1. LE SPECTRE DES TRAUMATISMES*



ACEs: Expériences négatives de l'enfance
t: traumatismes avec un petit t

TSPT: Trouble de stress post-traumatique
T: traumatismes avec un grand T

Il est important de ne pas confondre le TSPT avec les traumatismes. De nombreuses personnes ne répondent pas aux critères établis pour le trouble de stress post-traumatique, mais présentent des symptômes liés aux traumatismes[41]. Il est important de reconnaître que les traumatismes peuvent affecter la vie d'une personne de manière significative sans qu'il y ait un diagnostic de TSPT ou d'autres troubles. C'est pourquoi l'ATTV s'attache aux effets des traumatismes au sens large, en ne se limitant pas aux troubles liés aux traumatismes. De cette manière, les outils de l'ATTV peuvent être utiles pour toutes les personnes touchées par les traumatismes et la violence, avec ou sans diagnostic de TSPT.

2.6 Pourquoi la notion de violence dans l'ATTV?

L'ATTV invite à ne pas porter le regard uniquement sur le traumatisme, mais à prendre en compte les expériences de violence précédentes et actuelles. En se concentrant trop sur des traumatismes du passé, les équipes peuvent négliger des violences qui sont en cours dans la vie d'une personne. Cela suppose de porter attention, en parallèle, aux violences interpersonnelles qui se croisent avec des formes de violences systémiques comme le racisme, les inégalités liées au genre et la pauvreté.

2.6.1 La violence systémique

La violence systémique est ancrée dans des structures, normalisée par des institutions et une expérience régulière[42]. Il s'agit plus précisément de structures sociales, économiques, politiques, juridiques, religieuses ou culturelles qui empêchent des individus, groupes et communautés de s'épanouir et d'atteindre leur plein potentiel[43]. L'inégalité d'accès aux ressources, à l'éducation et aux services de santé, notamment dans les communautés éloignées, est un

exemple de violence systémique. Ces inégalités peuvent sembler ordinaires et sont presque invisibles, car elles existent depuis longtemps et sont intégrées dans nos structures sociales. Cependant, les violences systémiques produisent des dommages et des traumatismes qui sont souvent plus subtils et plus difficiles à guérir[42].

Par exemple, la dépendance aux SPA et l'itinérance sont intimement liées à la violence systémique, qui se manifeste par la perpétuation des inégalités à travers des structures sociales et institutionnelles. Les personnes concernées font face à des barrières d'accès aux soins, au logement et à l'emploi en raison de la stigmatisation, de la discrimination et du manque de ressources adaptées. Les politiques répressives envers les personnes qui consomment des substances ou les insuffisances des services de santé et des services sociaux renforcent leur marginalisation. Ces mécanismes systémiques exacerbent les conditions précaires, créent des cycles de pauvreté et de victimisation, et limitent les possibilités de rétablissement ou de stabilité.

Il est important que le personnel du réseau de la santé et des services sociaux comprenne la violence systémique afin de mieux saisir les besoins et les expériences des personnes qu'il dessert en tenant compte de leur contexte[44]. Cela lui permet aussi de se rappeler que les contextes de vie et les histoires de ces personnes les mettent davantage à risque de vivre des violences.

Finalement, cette compréhension offre aussi la possibilité de mieux aborder les liens entre la violence interpersonnelle et les inégalités sociales. Par exemple, la violence entre partenaires intimes n'est pas uniquement un problème individuel, mais également un problème social et systémique. Une attention portée à ces liens permet en outre d'intégrer le fait, par exemple, que le taux de violence envers les femmes autochtones n'est pas un problème « culturel », mais lié au colonialisme, au racisme et à l'iniquité socio-économique.

2.6.2 Les effets de la violence systémique : stigmatisation, discrimination et barrières d'accès aux soins

L'expérience de traumatisme et de violence s'accompagne couramment d'un sentiment de honte et de culpabilité. Les personnes touchées par des violences systémiques sont également à risque de vivre de la discrimination et de la stigmatisation en lien avec la violence qu'elles ont vécue. À titre d'exemple, une femme issue d'une minorité visible et vivant de la violence entre partenaires intimes risque d'être confrontée non seulement au jugement associé à l'expérience de violence, mais également à de la stigmatisation liée au racisme systémique[44].

Quand des personnes ont été stigmatisées, discriminées et jugées dans de nombreux contextes, il est compréhensible qu'elles craignent de subir de mauvais traitements et, par conséquent, qu'elles soient réticentes à demander de l'aide et du soutien, en particulier si ces discriminations ont été vécues dans des services similaires (urgences, milieu hospitalier, services sociaux, DPJ, etc.). Une compréhension des violences systémiques permet aux organisations « d'anticiper ce qui dissuadera les personnes de recourir aux services et de créer un environnement d'acceptation qui évite de culpabiliser, de stigmatiser ou de juger les personnes qui recherchent des soins »[44(p29)] [Notre traduction].

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

Les personnes utilisatrices de SPA ainsi que les personnes en situation d'itinérance subissent de la stigmatisation, de la discrimination et du jugement dans différents contextes. Il arrive régulièrement qu'elles ne soient pas traitées avec respect ou soient empêchées d'accéder à des lieux ou à des services. Par conséquent, les équipes de soins partenaires et les organisations doivent avoir une compréhension systémique de leur réalité pour créer des environnements bienveillants et ainsi favoriser l'accès et la rétention dans les services de ces personnes.

2.7 La prévalence des traumatismes et de la violence

La prévalence des traumatismes et de la violence est parfois surprenante, car ce concept est souvent méconnu et peu abordé. De plus, les expériences traumatiques peuvent rester cachées ou être invisibles en raison de la stigmatisation et du jugement qui leur sont associés[25].

LES TRAUMATISMES ET LA VIOLENCE AU CANADA : QUELQUES CHIFFRES

32 %

des adultes rapportent avoir été victimes de maltraitance dans leur enfance (abus sexuels, mauvais traitements et/ou exposition à de la violence familiale)[45].

50 % des femmes

et

33 % des hommes

ont vécu au moins un événement de violence sexuelle ou physique[46].

Lorsque des situations de négligence étaient aussi considérées,

60 %

des personnes ont rapporté avoir vécu au moins un type de maltraitance ou de violence avant l'âge de 15 ans[47].

Environ 63 %

des personnes ont vécu une expérience traumatique au courant de leur vie[48].

2.7.1 Traumatismes, violences, dépendance et itinérance

Les études indiquent qu'un vécu traumatique et/ou marqué par la violence est étroitement lié à la consommation de SPA et à des problèmes de santé psychologique[17,49]. Ces études précisent que la consommation de substances peut être une réponse pour gérer le stress, les émotions négatives et la souffrance attribuables aux traumatismes et à la violence.

Les expériences de traumatisme et de violence sont également étroitement liées à la douleur chronique, un des principaux motifs de prescriptions d'opioïdes[1]. Les personnes qui ont vécu des violences physiques, psychologiques ou sexuelles sont davantage à risque de développer des douleurs chroniques et peuvent être, par conséquent, vulnérables à une mauvaise utilisation des opioïdes[1]. Ford-Gilboe, Campbell et Heslop soulignent que « les relations entre les traumatismes, la violence, la consommation de substances psychotropes et la douleur sont complexes, ce qui rend ces problèmes plus difficiles à gérer efficacement dans de nombreux cas »[25(p18)] [Notre traduction].

Vivre une situation d'itinérance peut être une expérience traumatisante en soi, car se retrouver à la rue est un événement dramatique marqué par une grande violence systémique. De plus, des recherches révèlent qu'un pourcentage important de personnes en situation d'itinérance ont vécu des traumatismes et de la violence[2,50,51]. Dans une étude de Torchalla et al.[50] réalisée en Colombie-Britannique auprès de 500 personnes en situation d'itinérance, 75 % des personnes sondées ont affirmé avoir subi un traumatisme et/ou de la violence dans leur enfance. Selon le dénombrement des personnes en situation d'itinérance visible au Québec en 2022, 29 % des personnes en situation d'itinérance avaient déjà été placées par la DPJ en famille d'accueil ou dans un autre milieu institutionnel[10]. En considérant qu'un placement par la DPJ se fait en général à la suite d'une déclaration de compromission de la sécurité de l'enfant, ce chiffre met en lumière les violences et les traumatismes potentiels que ces personnes ont pu subir dans leur enfance.

Les liens entre les traumatismes et l'itinérance sont complexes. Hopper et al. expliquent ce qui suit :

> Les traumatismes développementaux précoces – y compris la maltraitance des enfants, la négligence et l'instabilité de l'attachement – constituent le filigrane du récit du parcours de nombreuses personnes vers l'itinérance. La violence se poursuit à l'âge adulte pour de nombreuses personnes, les abus comme la violence domestique précipitant souvent des situations d'itinérance, et l'absence de domicile rendant les personnes vulnérables à d'autres victimisations.[2(p80)] [Notre traduction]

Il est indispensable que les équipes de soins partenaires comprennent les multiples facettes des traumatismes et de la violence que vivent les personnes utilisatrices de SPA et/ou en situation d'itinérance qui s'adressent à leurs services, car une importante majorité d'entre elles ont vécu des traumatismes et de la violence au courant de leur vie. De plus, leurs conditions de vie (précarité, itinérance, instabilité, stress, marginalisation, etc.) peuvent entraîner davantage de traumatismes et de violence. La stigmatisation qu'elles subissent augmente également leur risque de vivre de mauvais traitements et de la violence systémique.

DÉPENDANCES, TRAUMATISMES ET VIOLENCE AU CANADA : QUELQUES CHIFFRES

44,6 %

des personnes vivant avec une dépendance chronique aux opioïdes qui ont participé à un essai clinique randomisé (The North American Opiate Medication Initiative, à Vancouver) ont déclaré avoir subi des violences physiques ou sexuelles,

et **62,5 %**,

des violences psychologiques[52].

77 %

des femmes utilisatrices de SPA ont vécu des violences sexuelles dans leur enfance[54].

90 %

des femmes traitées pour des problèmes d'alcool dans des centres de traitement en Ontario ont indiqué avoir subi des traumatismes liés à des abus au cours de leur enfance ou à l'âge adulte[53].

91 %

des femmes en situation d'itinérance ont été victimes de violences physiques ou sexuelles au cours de leur vie[55].

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

41 %

des personnes transgenres ou non binaires en situation d'itinérance ont vécu de la violence sexuelle[55].

67 %

des adultes en situation d'itinérance présentent des TUS[10].

2.7.2 Traumatismes et violences chez les personnes autochtones

La recherche sur la prévalence et les effets d'événements traumatiques chez les personnes autochtones est actuellement lacunaire. Il existe peu d'études sur la prévalence du TSPT dans les communautés autochtones au Canada[56]. Par conséquent, il est difficile d'avoir des chiffres précis sur l'ampleur du phénomène, qui est souvent resté invisible.

Il est important de tenir compte du fait que les communautés autochtones ont vécu, et vivent encore aujourd'hui, des traumatismes historiques et intergénérationnels. Le Groupe de rédaction sur la santé des Autochtones du Collège royal explique ce qui suit :

> De multiples formes de génocide ont été perpétrées contre les peuples autochtones, à savoir : un génocide physique, commis au moyen de tueries de masse et ciblées ; un génocide biologique, commis en supprimant la capacité de reproduction de certains groupes de personnes ; et un génocide culturel, par la destruction de structures et de pratiques, la saisie de terres, le bannissement de langues, la persécution de chefs spirituels et l'interdiction de pratiques spirituelles.[35(p19)]

Ces événements traumatiques, attribuables notamment aux pensionnats autochtones, ont provoqué un traumatisme historique qui a d'importantes répercussions sur ces communautés. Les politiques de colonisation et les effets des traumatismes historiques et intergénérationnels ont exercé une grande influence sur les déterminants de la santé, autant individuels qu'environnementaux, de ces communautés[56]. Qui plus est, les personnes autochtones, et encore davantage celles qui utilisent des SPA et/ou sont en situation d'itinérance, vivent au quotidien des violences systémiques qui nuisent à leur qualité de vie et à leur bien-être[25].

Les recherches disponibles montrent que l'incidence de violence physique et sexuelle dans l'enfance est plus élevée dans les communautés autochtones que chez tous les autres groupes ethniques au Canada[56]. De plus, le taux de violence conjugale déclaré par les femmes autochtones au Canada est trois fois plus élevé que chez les personnes allochtones[57,58]. Les enfants autochtones sont plus fréquemment séparés de leurs parents à la suite d'un placement que les enfants allochtones, ce qui entraîne un taux élevé d'instabilité familiale[56]. Les jeunes femmes sont les plus touchées par les situations de violence en contexte autochtone. Une étude réalisée sur les violences faites aux femmes inuites montre que 74 % d'entre elles ont vécu de la violence familiale, et 46 %, de la violence sexuelle[58].

Finalement, il est important de prendre en considération le racisme systémique et la discrimination qui persistent aussi à l'intérieur du système de santé et des services sociaux. Les histoires tragiques qui ont fait la une des médias, comme la mort de Joyce Echaquan à l'hôpital de Joliette, « ne représentent que la partie visible de l'iceberg lorsqu'il s'agit de la réalité quotidienne à laquelle sont confrontées de nombreuses personnes autochtones »[44(p195)] [Notre traduction].

Le rapport final de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec (Commission Viens)[59] relève que les préjugés envers les personnes autochtones restent très répandus dans les interactions que ces derniers ont avec les milieux de soins. Les préjugés relatifs à la consommation de drogues ou d'alcool semblent particulièrement tenaces. Ce rapport souligne que de nombreuses personnes autochtones qui s'adressent aux services publics se mettent en position d'anticipation face aux discriminations qu'elles pourraient subir et conçoivent des stratégies pour « décider comment gérer le racisme [...] qu'[elles] vont rencontrer en rentrant [dans un service] »[59(p391)]. Ces expériences de discrimination ont un effet sur les personnes qui recherchent des soins (par ex., diagnostics tardifs, non-prescription d'une médication adéquate, tests de dépistage de SPA sans consentement, etc.), mais entraînent également une sous-utilisation des services par l'ensemble de la population autochtone.

TRAUMATISMES, VIOLENCES ET PERSONNES AUTOCHTONES AU CANADA : QUELQUES CHIFFRES

Environ 40 %

Environ 4 personnes autochtones sur 10 ont vécu, avant l'âge de 15 ans, de la violence sexuelle ou physique de la part d'un adulte[60].

Environ 20 %

De 2018 à 2022, environ 1 victime de féminicide sur 5, était une personne autochtone[61].

6 fois plus

De 2015 à 2020, le taux moyen d'homicides ayant fait une victime autochtone était six fois supérieur au taux d'homicides ayant fait une victime allochtone[60].

12 fois plus

Les femmes et les filles autochtones sont 12 fois plus susceptibles d'être assassinées ou portées disparues que les femmes et filles des autres groupes ethniques au Canada[62].

Environ 33 %

Environ un tiers des personnes autochtones ont vécu de la discrimination de 2014 à 2019. Ces personnes ont également été plus susceptibles d'être la cible d'un crime violent en lien avec cette discrimination[60].

2.7.3 Traumatismes et violences basées sur le genre

Les violences basées sur le genre (VBG) désignent « tout type d'acte préjudiciable perpétré contre une personne ou un groupe de personnes en raison de leur sexe, de leur genre, de leur orientation sexuelle et/ou de leur identité de genre, réels ou perçus »[63]. Cette violence peut prendre de multiples formes, comme la violence physique, économique, sexuelle et psychologique.

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

Au Canada, les personnes qui sont davantage touchées par les VBG sont[64] :

- les femmes, les adolescentes et les filles (plus particulièrement autochtones et issues de minorités visibles) ;
- les personnes bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queers, intersexuées et les autres personnes ayant diverses identités sexuelles et de genre (LGBTQIA2+) ;
- les femmes qui vivent dans les régions nordiques, rurales ou éloignées ;
- les femmes en situation de handicap.

La recherche montre également que les femmes noires et les nouvelles arrivantes au Canada sont particulièrement touchées par les VBG[64].

Les violences et les traumatismes vécus par les femmes, les personnes transgenres et les personnes issues de la diversité peuvent avoir une incidence sur leur consommation de substances. Au cours des dernières années, les répercussions des traumatismes et de la violence ainsi que leur interrelation avec la consommation de substances par les femmes ont été davantage identifiées dans la recherche et la pratique clinique[65]. À titre d'exemple, il ressort **qu'environ 80 % des femmes qui recherchent des soins pour des TUS ont subi de la violence sexuelle ou physique au cours de leur vie**[66]. Dans la foulée de la publication de nombreuses recherches montrant comment les traumatismes, le genre et le sexe influent sur la consommation des personnes concernées, il est important que les services en tiennent compte dans la prise en charge de ces dernières.

TRAUMATISMES ET VIOLENCES FONDÉES SUR LE GENRE AU CANADA : QUELQUES CHIFFRES

5 fois plus

Les femmes sont 5 fois plus à risque que les hommes d'être victimes de violences sexuelles[67].

59 %

des personnes transgenres ont vécu des violences sexuelles ou physiques[68].

En 2021 au Québec, les femmes représentaient

76,4 %

des victimes d'infractions commises envers une ou un partenaire ou ex-partenaire intime déclarées par la police[69].

30 %

des femmes déclarent avoir vécu au moins une agression sexuelle à partir de l'âge de 15 ans[67].

60 %

des femmes LGBTQIA2+ ont vécu des violences entre partenaires intimes, alors que ce taux est de

44 %

chez les femmes hétérosexuelles[68].

2.8 Intersectionnalité et compétence systémique

Il existe de nombreux types de violence et d'événements traumatiques. Ces événements ne touchent pas toujours les mêmes personnes, ni de la même manière. Dans les services de santé et les services sociaux, les équipes travaillent régulièrement avec des personnes ayant de multiples appartenances et ayant vécu les effets complexes de différents traumatismes. Les équipes sont également confrontées à des dispositions systémiques et sociales qui désavantagent certaines communautés.

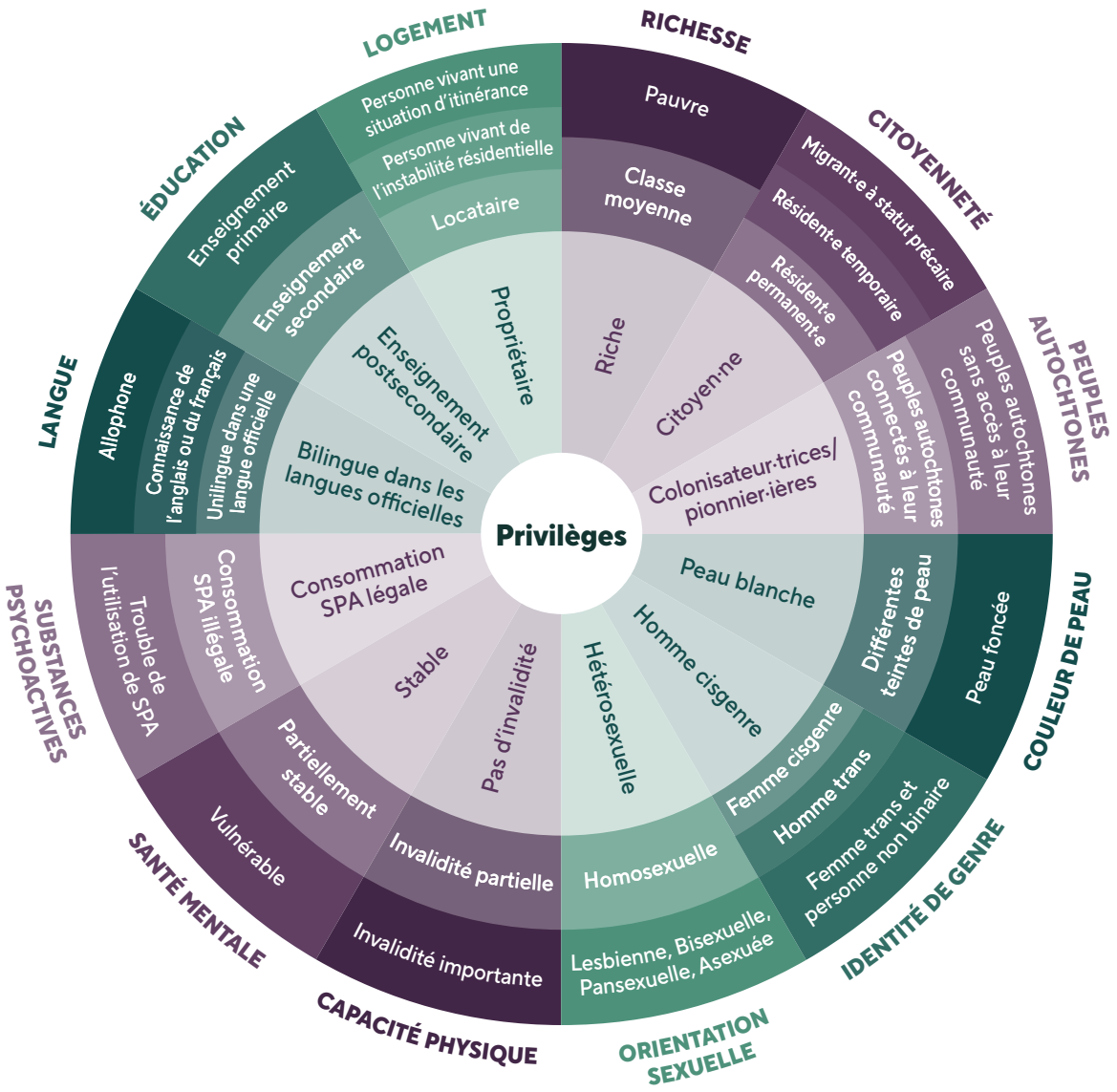
L'intersectionnalité se définit comme « ...des formes particulières d'oppressions conjuguées, par exemple les croisements de la race et du sexe, ou de la sexualité et de la nation ». Le concept d'intersectionnalité « ...nous rappelle que l'oppression ne peut être réduite à un seul type fondamental et que les oppressions se conjuguent pour produire de l'injustice »[70].

L'appartenance à plusieurs groupes défavorisés ou discriminés peut en effet accroître le risque et la vulnérabilité d'une personne face aux traumatismes et à la violence[71]. Par exemple, une jeune femme autochtone en situation d'itinérance et un homme en situation de handicap et utilisateur de SPA feront face à un risque plus élevé de traumatismes ou de violence. La prise en compte de ces intersections permet aux équipes de soins partenaires de mieux cerner les traumatismes, de repérer les forces et le vécu unique des personnes et de mettre en place des approches sur mesure afin de mieux répondre à leurs besoins[1].

Cette appréciation permet également aux équipes de mieux comprendre l'intersection entre certaines formes de traumatisme et de violence interpersonnelle, par exemple la violence entre partenaires intimes et des violences systémiques comme la pauvreté ou le racisme. Il s'agit du développement d'une **compétence systémique**, qui permet aux équipes de s'éloigner des explications individualistes ou biologisantes face à des inégalités sociales et de santé, en tenant compte des difficultés créées par des dispositifs sociaux inéquitables[44]. De plus, cette compétence systémique permet aux équipes de prévoir certains enjeux, liés à la perception des pouvoirs et des privilèges, qui pourront influer sur les soins et services. La roue des privilèges, à la page suivante, permet d'illustrer le concept d'intersectionnalité et de privilèges.

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

FIGURE 2. LA ROUE DES PRIVILÈGES*



Plus une personne est au centre, plus elle est privilégiée, c'est-à-dire qu'elle a facilement accès à des ressources comme un emploi ou un logement. Plus elle cumule les attributs loin du centre (intersectionnalité), plus les situations d'oppression sont possibles pour elle. Cette roue est un outil qui permet de réfléchir à ces questions et d'ouvrir des espaces de discussion.

*Inspirée de la roue des privilèges de Regroupement féministe du Nouveau-Brunswick et celle de Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada - Stratégie de lutte contre le racisme 2.0.

Le développement d'une compétence systémique et d'une vision intersectionnelle aide les services et les équipes de soins partenaires à[44] :

- mieux anticiper les barrières et les obstacles à leurs services, y compris les barrières relationnelles liées aux dynamiques de pouvoir et de privilèges. Prendre conscience de ces barrières permet de les rendre explicites, d'en discuter avec la personne, puis de mettre en place des mesures d'adaptation qui favoriseront son confort ;
- miser sur un environnement exempt de culpabilisation, de stigmatisation ou de jugement envers les personnes qui s'y adressent ;

- accepter la différence, être ouverts d'esprit, être ouverts à une nouvelle manière ou méthode proposée ;
- reconnaître les barrières à la santé, mettre l'emphase sur les ressources systémiques et adopter une approche basée sur les forces et les capacités ;
- reconnaître en faisant preuve de compassion leurs propres limites à effectuer des changements structuraux, tout en valorisant leurs efforts ;
- comprendre que les histoires et les conditions de vie des personnes peuvent les rendre plus à risque de vivre des violences ;
- créer les bonnes conditions pour mettre en œuvre l'ATTV et assurer le bien-être du personnel (voir chapitres 3, 4 et 5 du présent guide) ;
- favoriser la compassion et la compréhension envers les personnes, plutôt que le jugement et les reproches.

L'importance de la compétence systémique dans l'amélioration du bien-être des équipes est approfondie dans le chapitre 4 de ce guide.

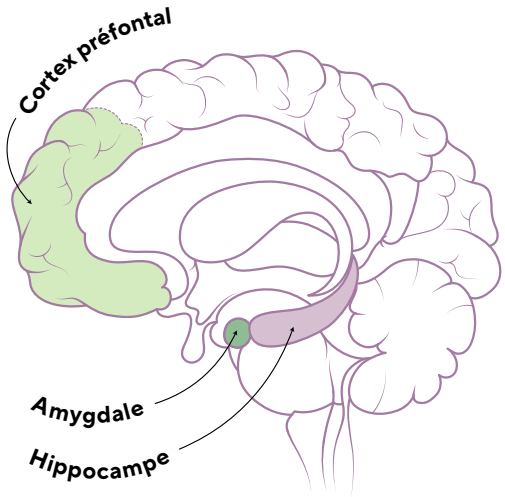
2.9 Les effets du traumatisme et de la violence

2.9.1 Les traumatismes et le cerveau

Le cerveau humain est programmé pour assurer la survie. Dans une situation de danger ou de stress, le cerveau s'adapte afin de favoriser la protection, déclenchant des réactions normales face au stress ou au danger. Cependant, à la suite d'expériences de traumatismes, il peut commencer à fonctionner différemment, et certaines structures et hormones du cerveau peuvent être modifiées, parfois à long terme, ce qui influence les réactions émotionnelles et comportementales, souvent sans que la personne en ait conscience[23].

Les hormones du stress, comme le cortisol et l'adrénaline, jouent un rôle essentiel dans la réponse de survie du corps dans un contexte de traumatisme aigu. Cependant, les traumatismes chroniques ou répétitifs peuvent entraîner des perturbations des hormones de stress et de leurs récepteurs affectant particulièrement trois zones du cerveau soit l'amygdale, l'hippocampe et le cortex préfrontal[72] :

FIGURE 3. ZONES DU CERVEAU AFFECTÉES



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

L'amygdale agit comme un détecteur de danger[17,72]. Elle analyse l'environnement pour repérer les menaces. Après un traumatisme, elle peut devenir hyperactive, et réagir de façon excessive à des situations qui ne sont pas réellement dangereuses, mais qui rappellent des éléments du traumatisme passé. Par exemple, elle pourrait signaler un danger potentiel en présence de **déclencheurs *(triggers)*** qui rappellent des événements traumatiques passés (par ex. le retour sur un lieu où a eu lieu un traumatisme, la rencontre d'une personne du même genre et âge que l'agresseur, un conflit conjugal faisant craindre l'abandon subi dans l'enfance). Cette hyperactivation peut entraîner de l'hypervigilance, des réactions émotionnelles intenses, ou une réactivation facilitée des souvenirs traumatiques[71].

L'hippocampe joue un rôle essentiel dans l'organisation et le stockage des souvenirs et dans la capacité à distinguer le passé du présent[17,73]. Lorsqu'il est affecté par le stress, il peut enregistrer les souvenirs de manière fragmentée ou confuse, ce qui explique que certaines personnes traumatisées aient des flashbacks, des souvenirs confus ou de la difficulté à se rappeler certains détails du traumatisme. L'hippocampe fragilisé a une capacité réduite à réguler les réponses au stress et contribue à la survenue d'épisodes d'anxiété et d'hypervigilance. Il a aussi du mal à différencier les souvenirs traumatiques de la réalité présente, ce qui renforce l'impression de danger imminent lorsque des déclencheurs surviennent.

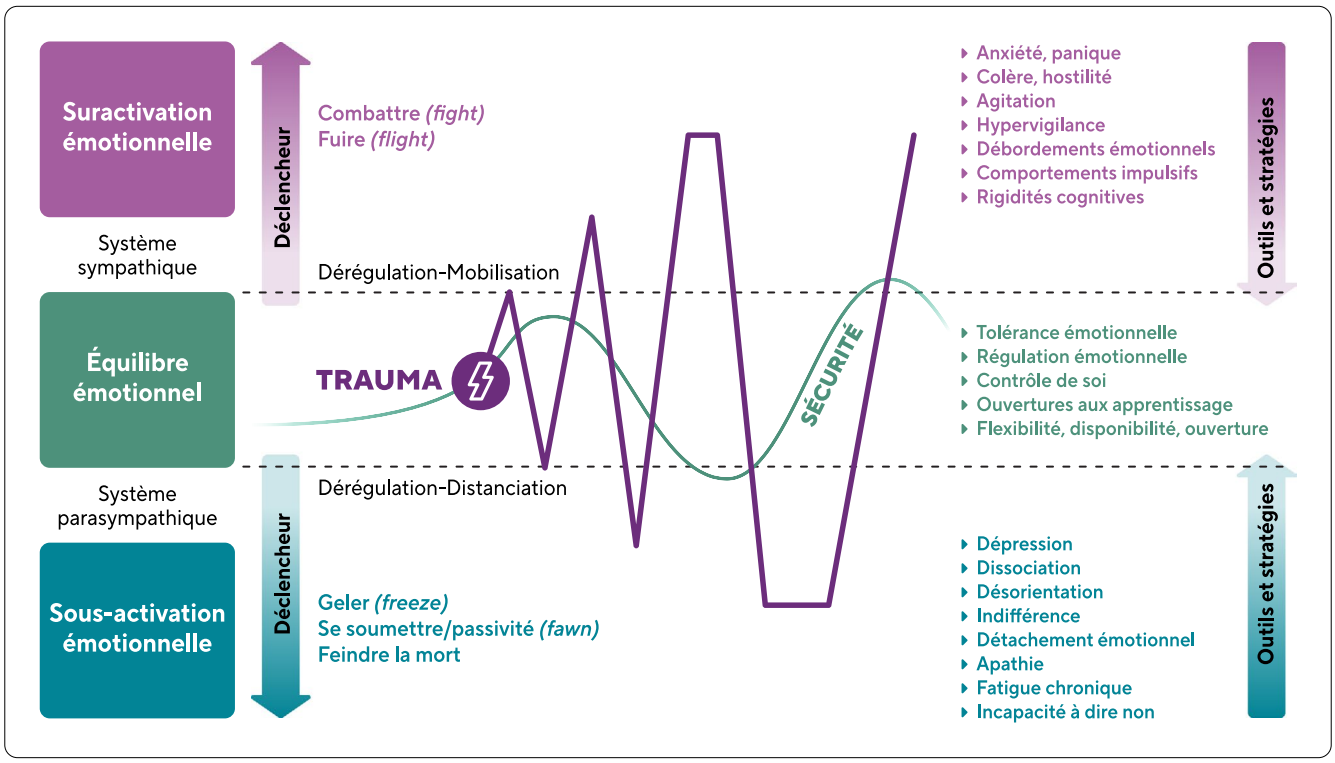
Le cortex préfrontal est responsable des fonctions exécutives comme la prise de décision, la régulation émotionnelle et le contrôle des impulsions[73]. Lors d'un traumatisme, cette partie du cerveau devient moins accessible, entraînant plus de difficulté dans le contrôle des émotions et du stress, dans la facilité à planifier et à analyser avant de prendre une décision ainsi que dans les capacités de concentration[72].

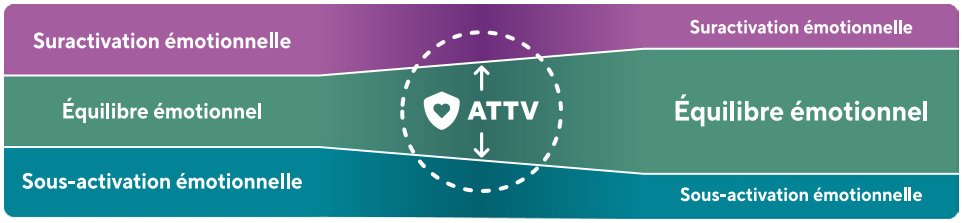
Les événements traumatiques sont susceptibles de modifier de manière durable les structures du cerveau, ce qui peut entraîner des problèmes de mémoire, d'hypervigilance ainsi que des difficultés à réguler l'état émotionnel[73]. Cela permet de mieux saisir pourquoi certaines personnes réagissent fortement à des situations qui semblent banales. Leurs réactions ne sont pas exagérées ni irrationnelles : elles sont le résultat de mécanismes de survie profondément ancrés dans le cerveau. Reconnaître cela permet de les accompagner avec plus de compréhension, de patience et de compassion.

2.9.1.1 Les défenses de survie et la fenêtre de tolérance

Le cerveau est équipé d'un système de protection automatique qui s'active face à une menace. Ces défenses de survie ne sont pas volontaires, elles sont déclenchées en quelques millisecondes par le tronc cérébral, sans que la personne en ait conscience. Des expériences de traumatismes peuvent engendrer des réponses de survie qui vont ressurgir face à des stresseurs ou à des déclencheurs qui rappellent un événement traumatique[74].

FIGURE 4. LA FENÊTRE DE TOLÉRANCE





La fenêtre de tolérance représente l'état d'équilibre dans lequel il est possible de réguler ses émotions et de réfléchir clairement. Dans cette zone de sécurité, la personne est dans un état de disponibilité et d'ouverture. Toutefois, en présence d'un stresseur ou d'un déclencheur qui rappelle un traumatisme passé, la personne peut sortir de cette fenêtre de tolérance et basculer vers des réactions de survie qui peuvent être regroupées en deux catégories soit :

1. La suractivation émotionnelle : combattre *(fight)* et fuir *(flight)* → le premier instinct, face au danger, est de mobiliser le système nerveux sympathique afin de préparer le corps à combattre ou à fuir. Généralement, avec cette poussée d'adrénaline, le cœur bat vite et fort, la respiration est rapide, la température du corps augmente, et la personne ressent de la tension et de l'agitation.

2. La sous-activation émotionnelle : geler *(freeze)*, se soumettre/passivité *(fawn)*, feindre la mort → si le système nerveux juge que les réponses mobilisantes ne sont pas envisageables (par ex. s'il n'y a pas d'issue ou que le prédateur est beaucoup trop grand), il favorisera les défenses immobilisantes. Dans l'état de gel, le corps est très tendu et l'activation interne est considérable (le cœur bat vite, la respiration est superficielle), mais vue de l'extérieur, la per-

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

sonne est immobile et muette, espérant se rendre invisible au prédateur. Cet état est exigeant et ne peut être conservé longtemps ; ainsi, après 10 à 15 secondes, le corps passe en état d'hypoactivation – feindre la mort. Dans cet état, le rythme cardiaque ralentit, le corps s'engourdit et devient lourd, froid, passif.

Les personnes ayant vécu un traumatisme ont souvent une fenêtre de tolérance plus étroite, ce qui signifie qu'elles réagissent plus rapidement et fortement aux déclencheurs. Lorsqu'une personne sort de sa fenêtre de tolérance, elle n'est plus disponible pour raisonner ou s'engager activement dans activités cognitives. Il faut d'abord l'aider à retrouver un état de sécurité grâce à des outils et stratégies d'apaisement (ancrage, respiration, soutien).

2.9.2 Les traumatismes, le corps et le bien-être

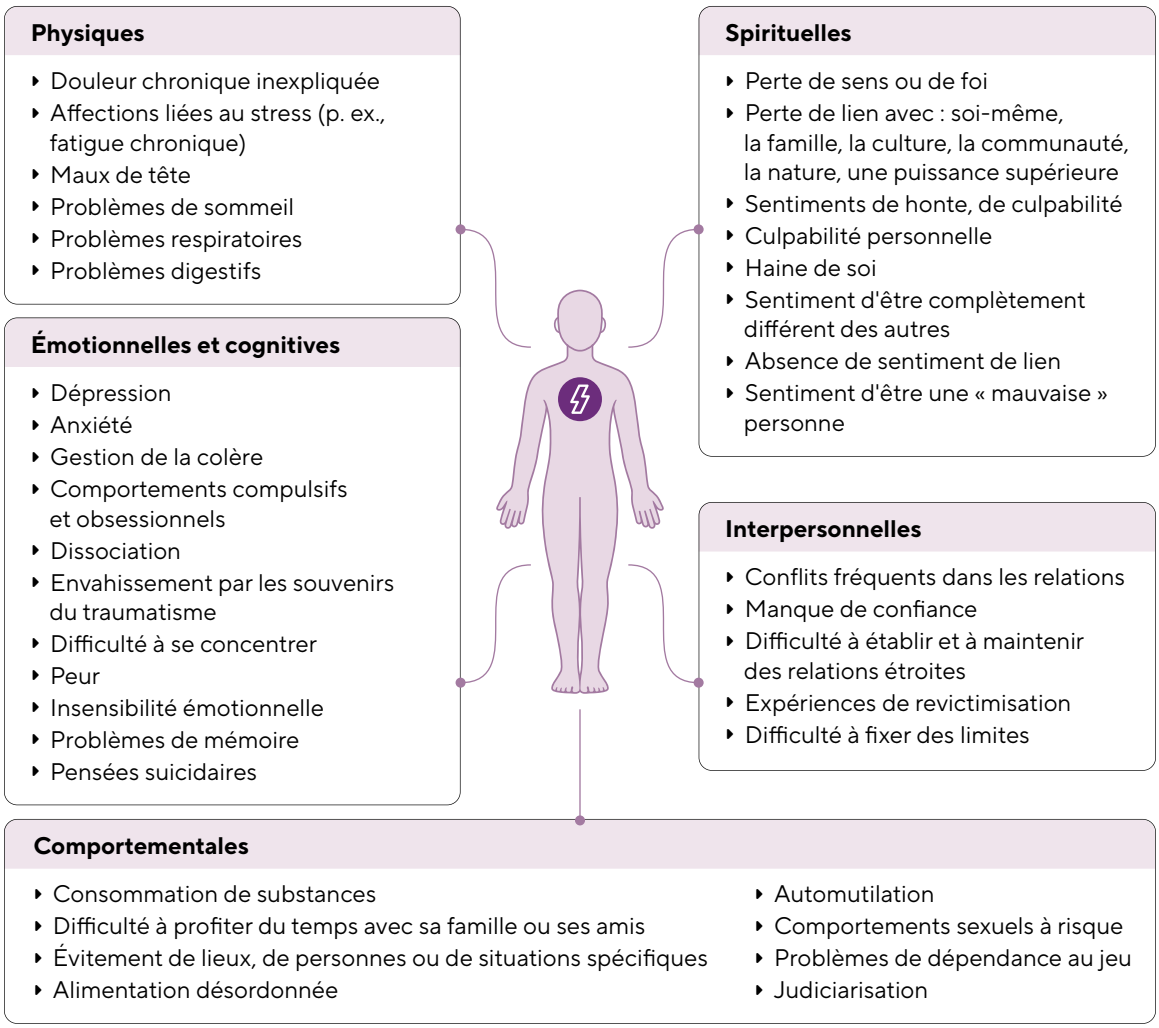
Les niveaux élevés de cortisol dans le cerveau, produits en lien avec des traumatismes antérieurs, peuvent avoir des répercussions sur tous les systèmes du corps et entraîner des problèmes de santé de courte ou de longue durée. Il a également été démontré que des traumatismes dans l'enfance provoquent des perturbations physiologiques qui persistent à l'âge adulte, comme des altérations de la fonction immunitaire et des augmentations des marqueurs inflammatoires[75]. Ces répercussions peuvent rendre les personnes touchées par les traumatismes à diverses pathologies, dont les suivantes[75] :

- Les douleurs chroniques
- Les maladies pulmonaires et cardiaques chroniques
- Les maladies du foie et le cancer du foie
- Les maladies auto-immunes
- L'asthme

Certains comportements à risque (consommation de substances psychoactives, tabagisme, certaines pratiques sexuelles) peuvent être des moyens de soulager la souffrance émotionnelle ou physique attribuable au traumatisme et les problèmes de santé qui en résultent[25]. Les rapports entre les traumatismes, la violence et les comportements à risque, y compris la consommation de SPA, sont largement documentés[75].

Les effets des traumatismes et de la violence ne se limitent pas aux pathologies physiques. La figure à la page suivante, adaptée du *Trauma-Informed Practice Guide*, du BC Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council[17], montre des exemples de conséquences qui peuvent en découler.

FIGURE 5. CONSÉQUENCES DES TRAUMATISMES ET DE LA VIOLENCE*



*Inspirée du : *Trauma-Informed Practice Guide*, du BC Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council

2.9.3 La retraumatisation

Lorsqu'un élément du présent rappelle un événement traumatisant antérieur (ton de la voix, impressions physiques, environnement, personne évoquant l'événement traumatique, sentiment de perte de contrôle, etc.), le cerveau peut répondre à cette perception de menace comme si un danger était en train de se produire. C'est ce qui s'appelle un **déclencheur** et cela peut provoquer des réactions de peur, de panique ou de colère susceptibles d'apparaître d'un coup et sans que la cause soit compréhensible[25]. **Ces réponses sont automatiques et ne sont pas sous le contrôle conscient de la personne**.

Selon le *Trauma-Informed Organizational Change Manual* de l'ITTIC :

> La retraumatisation est une interaction, une procédure ou même un élément de l'environnement physique qui reproduit littéralement ou symboliquement le traumatisme d'une personne, ce qui déclenche les émotions et les cognitions associées à l'expérience initiale.[5(p19)] [Notre traduction]

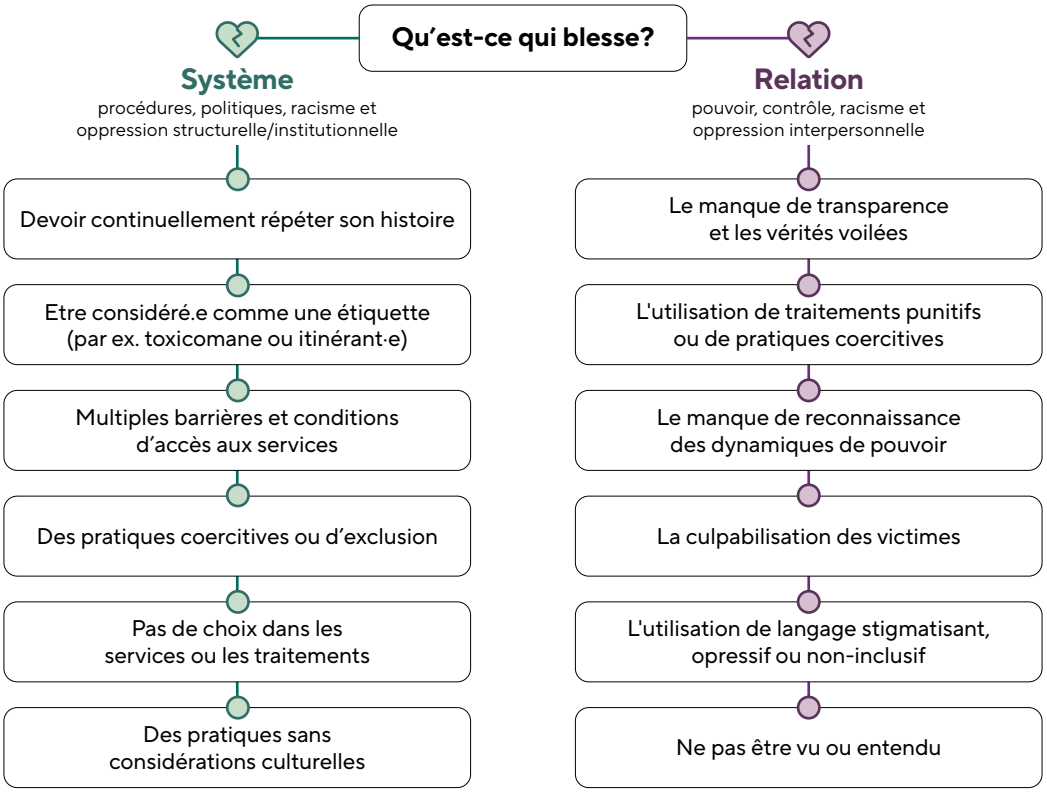
© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

Ce qui déclenche la retraumatisation peut être perceptible ou compréhensible pour autrui, comme le grand stress d'une personne ayant survécu des abus sexuels lorsqu'elle est touchée sans son accord. Mais des déclencheurs non perceptibles, et plus difficilement compréhensibles pour autrui, peuvent également provoquer une expérience de retraumatisation, par exemple, entendre un son qui rappelle l'événement traumatique ou interagir avec une personne ayant des traits rappelant cet événement.

Plus largement, toute situation où une personne ne se sent pas en contrôle, où elle sent qu'elle est soumise à des forces extérieures sans qu'on prenne en compte son vécu particulier, peut rappeler le traumatisme, qui comporte dans sa définition même une expérience d'impuissance face à un pouvoir externe.



FIGURE 6. RETRAUMATISATION : QU'EST-CE QUI BLESSE?*



*Inspirée de : The Institute on Trauma and Trauma-Informed Care (ITTIC), University of Buffalo. (2022). *Trauma informed organization change manual.*

Une sensibilisation aux traumatismes et à la violence permet aux équipes et aux établissements de réduire les risques de retraumatisation, de mieux cerner les effets de ceux-ci et d'adapter leurs services pour améliorer l'accueil des personnes ayant vécu des expériences de traumatismes et de violence. Étant donné la forte prévalence de traumatismes dans la population, tout particulièrement chez les personnes utilisatrices de SPA et/ou en situation d'itinérance, il est indispensable de porter une attention accrue à la retraumatisation.

2.9.4 Les signes d'une réaction aux traumatismes ou à une expérience de retraumatisation

La sensibilisation aux traumatismes et à la violence implique que le personnel soit à même de reconnaître de possibles réactions aux traumatismes et à la violence. Celles-ci peuvent également survenir en présence d'un déclencheur qui provoque une expérience de retraumatisation.

Voici quelques réactions possibles[1] :

- Accès d'émotions fortes comme la colère ou la tristesse
- Modification de la respiration (hyperventilation ou apnée)
- Accélération du rythme cardiaque
- Incapacité à se concentrer, regard dans le vide, décrochage de la conversation
- Sudation importante
- Apathie, désorientation, dissociation
- Tremblements ou réactions de sursaut

Reconnaître ces signes permet aux équipes de répondre de manière adéquate à des réactions en lien avec les traumatismes et la violence ainsi que d'ouvrir des espaces de discussion sur les traumatismes et la violence avec les personnes accompagnées. De même, percevoir les signes indiquant qu'une personne est en train de quitter sa fenêtre de tolérance (cf. 2.9.1.1) permet aux membres de l'équipe d'utiliser des techniques d'ancrage et de régulation émotionnelle afin de diminuer l'hyperactivation ou l'hypoactivation et ainsi favoriser le retour de la personne à la sécurité.

Les réponses possibles à une expérience de retraumatisation

Les réponses que les membres du personnel soignant peuvent apporter en cas d'expérience de retraumatisation varient selon leur relation avec la personne concernée et leur rôle dans le service. Cependant, plusieurs étapes importantes aident à trouver une réponse qui tienne compte des traumatismes et de la violence et prévienne les retraumatisations[1] :

1. **Se poser la question : « Qu'est-ce qui serait utile pour la personne ici et maintenant? »** Par exemple, avoir une personne de confiance à côté d'elle, se mettre un moment au calme, aller fumer une cigarette, utiliser un outil d'apaisement afin qu'elle puisse retrouver sa fenêtre de tolérance, etc.

2. **Quand le moment est propice, revenir sur l'expérience avec la personne.** Il s'agit d'essayer de comprendre ce qui a déclenché la réaction et de voir s'il existe des manières d'adapter l'accompagnement pour en tenir compte. Par exemple, si beaucoup de bruit déclenche de fortes émotions pour une personne, il est peut-être envisageable qu'elle attende l'heure de son rendez-vous dans un bureau plus calme à l'avenir. Il peut aussi être intéressant d'utiliser un outil comme la fenêtre de tolérance afin de discuter avec la personne de sa réaction et des pistes pour la suite de l'accompagnement.

3. **Accompagner la personne vers une meilleure compréhension de l'événement.** Il s'agit d'expliquer à la personne que sa réaction était normale face à un traumatisme ou à la violence (effet de validation). Cette étape ainsi que des explications sur les effets des traumatismes sur le cerveau (cf. section 2.9.1) permettent à la personne de mieux comprendre les déclencheurs auxquels elle est sensible et de développer de la compassion et de la bienveillance envers elle-même.

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

2.9.5 La sensibilisation aux traumatismes

La sensibilisation aux traumatismes et à ses effets peut aider les équipes de soins partenaires à mieux décoder ce qui se passe chez les personnes qu'elles accompagnent. Cette sensibilisation passe souvent par la formation et des supervisions cliniques (cf. chapitre 5 du présent guide). Cela permet aux équipes de reconnaître certaines réactions habituellement interprétées comme de mauvais comportements ou des déficits chez une personne plutôt que comme des signaux de détresse liés à des traumatismes antérieurs. Cette compréhension offre la possibilité de contextualiser, de comprendre et de valider les réactions[25].

EXEMPLES POUR COMPRENDRE LES RÉACTIONS AUX TRAUMATISMES

ÉVÉNEMENT	RÉACTION COURANTE	INTERVENTION TENANT COMPTE DES TRAUMATISMES ET DE LA VIOLENCE
Une personne attend en file à la pharmacie. Elle bouge dans tous les sens, semble agitée. Quand une autre personne est appelée avant elle, elle crie : « J'étais là en premier! Partout où je vais, tout le monde m'ignore! »	Le pharmacien essaie de calmer la personne : « SVP, calmez-vous. » Mais elle continue à être agitée. Le pharmacien se demande si la personne présente un danger. Il demande à sa collègue d'appeler la police.	Le pharmacien explique calmement que son équipe est en train de préparer sa prescription et qu'il est désolé du temps d'attente. Il lui propose de l'eau et un endroit calme pour s'asseoir.
Une personne suivie par une équipe spécialisée en dépendance ne se présente pas à ses rendez-vous avec le psychiatre depuis quelques mois. Plusieurs discussions ont eu lieu entre l'intervenante et la personne au sujet de ces absences, sans que cette dernière en explique la raison. La personne semble inconfortable, mais n'exprime pas clairement ses besoins.	L'intervenante commence à s'impatienter en raison du manque de motivation de la personne. Elle lui explique que son suivi ne pourra pas continuer si elle n'exprime pas ses besoins lors des rendez-vous. Que ceux-ci servent à échanger. De plus, les rencontres avec le psychiatre constituent une étape importante pour son rétablissement et font partie du plan d'intervention qui a été établi conjointement.	L'intervenante comprend que la personne a peut-être besoin d'un peu (ou de beaucoup) de temps et de mise en confiance avant d'y aller. Elle lui confirme que son inconfort est normal et lui propose différentes possibilités pour faciliter la tenue des rendez-vous : l'accompagner ou commencer par des téléconsultations, s'y rendre avec son animal de compagnie, etc. Elle ajoute que ces rencontres sont destinées à l'aider, mais qu'elle a besoin d'elle pour les planifier selon ses besoins.
Une personne en situation d'itinérance cherche à recevoir des services d'un centre de jour dont on lui a parlé. Bien que très hésitante, elle finit par s'y rendre avec son chien, de qui elle ne se sépare jamais.	L'intervenant refuse de laisser entrer le chien de la personne, mentionnant que ce sont les règles du centre et qu'elle ne peut pas faire d'exception. Elle lui donne le choix d'entrer et de laisser son chien dehors ou de repartir avec son chien.	Le centre a prévu des cages pour les animaux afin de permettre aux personnes en situation d'itinérance qui ont des animaux de rester avec eux et d'éviter qu'ils en soient séparés. L'intervenant explique que la personne est la bienvenue avec son chien, et qu'il va installer le chien dans une cage dans l'espace réservé à cette fin, où une gamelle d'eau lui sera apportée.

2.10
Mieux comprendre les traumatismes et la violence : concepts clés

- Un traumatisme est une réponse physique, émotionnelle et psychologique à un événement ou à une série d'événements dépassant la capacité d'une personne à y faire face et altérant le fonctionnement du cerveau, notamment de l'amygdale, de l'hippocampe et du cortex préfrontal. Ces changements neurobiologiques entraînent des réactions de peur et d'hypervigilance ainsi que des troubles de mémoire et des difficultés de régulation émotionnelle.
- Les trois composantes importantes pour comprendre le traumatisme sont appelées les 3 Es : Événement(s) négatif(s) + Expérience individuelle de l'événement + Effets.
- Un traumatisme n'est pas défini par l'événement en lui-même, mais par ses effets sur la personne et sa perception de sécurité et de contrôle.
- Les traumatismes peuvent affecter la vie d'une personne de manière significative sans avoir reçu un diagnostic de trouble de stress post-traumatique ou d'autres troubles associés aux événements traumatiques.
- Les violences peuvent être de différentes natures et se produire à tout âge de la vie. Cependant, certains groupes de personnes sont davantage à risque de vivre des violences (par ex., les enfants, les femmes, les personnes autochtones, les personnes LGBTQIA2+). Pour cette raison, il est important de prendre en compte le caractère intersectionnel des violences.
- La violence systémique désigne les inégalités et les oppressions ancrées dans les structures sociales, économiques et institutionnelles qui empêchent certaines personnes ou certains groupes de jouir pleinement de leurs droits et des possibilités qui s'offrent à eux. Elle se manifeste par des discriminations, des stigmatisations et des barrières dans des domaines comme la santé, le logement et l'emploi. Ces conséquences sont souvent invisibles, car normalisées.
- Les personnes utilisatrices de SPA ou en situation d'itinérance ont très souvent vécu des traumatismes et de la violence. Leurs conditions de vie peuvent également les mettre davantage à risque de vivre des violences au quotidien.
- Comprendre la fenêtre de tolérance peut aider une personne à apaiser son système nerveux et à retrouver un état de sécurité grâce à des techniques d'auto-apaisement et d'ancrage.
- Savoir détecter et reconnaître les signes de traumatisme et de retraumatisation peut aider les équipes et les organisations à mieux comprendre les défis que vivent les personnes touchées par les traumatismes et la violence et à réagir de manière adéquate face à ceux-ci, notamment en utilisant le concept de la fenêtre de tolérance.
- Étant donné la forte prévalence de traumatismes dans la population, et plus particulièrement pour les personnes utilisatrices de SPA et/ou en situation d'itinérance, une attention portée sur la retraumatisation est indispensable.

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

CHAPITRE 3

L’approche tenant compte des traumatismes et de la violence (ATTV)



3. L'approche tenant compte des traumatismes et de la violence (ATTV)

3.1 L'émergence des pratiques tenant compte des traumatismes

Bien avant que la formule « tenant compte des traumatismes » ne soit utilisée, des équipes fondaient leurs interventions sur les valeurs et concepts qui y sont associés pour accompagner les personnes touchées par des traumatismes. L'avènement du mouvement féministe, les voix des personnes ayant survécu à des agressions sexuelles et à des violences entre partenaires intimes ainsi que le travail d'équipes multidisciplinaires sur la maltraitance infantile ont favorisé le développement de pratiques tenant compte des effets des traumatismes.

Ces expériences de terrain novatrices ont été renforcées par un corpus scientifique croissant sur les effets d'expériences de traumatismes sur l'être humain et sur les manières dont les équipes peuvent accompagner ces personnes vers le rétablissement[76]. Durant les années 1990, la SAMHSA a été l'instigatrice de nombreuses conférences nationales et de recherches visant à produire des connaissances sur les effets des traumatismes. L'objectif de ces travaux était de développer des interventions et d'évaluer les services destinés aux personnes ayant vécu des traumatismes. En 2001, la SAMHSA a financé la National Child Traumatic Stress Initiative afin de renforcer les connaissances sur les traumatismes des enfants et de développer des interventions pour cette population[19]. Par la suite, d'autres organisations ont vu le jour, dont le National Child Traumatic Stress Network et le National Center for Trauma-Informed Care[19,76].

3.2 L'évolution vers une approche tenant compte des traumatismes et de la violence (ATTV)

Depuis quelques années, nous assistons à une évolution des pratiques tenant compte des traumatismes vers une approche tenant compte des traumatismes *et de la violence*. Cette approche s'est développée sur les bases, les principes et les valeurs des pratiques tenant compte des traumatismes utilisées auparavant. Elle prône, à l'instar des pratiques tenant compte des traumatismes, l'importance de la prise en compte des traumatismes dans les services et les organisations et des interventions adaptées à la réalité des personnes qui les ont vécus.

Cependant, l'ajout de la violence dans l'approche tenant compte des traumatismes vient élargir la portée de l'approche pour prendre en considération :

- les conditions sociétales et socioculturelles (comme la classe sociale, le genre, les spécificités des communautés en région éloignée ou l'ethnicité) ;
- la violence que vivent les personnes (comme les discriminations et la stigmatisation) ;
- la violence systémique et institutionnelle, y compris les pratiques et les politiques portant atteinte aux personnes (comme le racisme, le sexisme et l'hétérosexisme) ;
- la responsabilité des organisations et des services à adapter les prestations de soins en fonction de ces éléments[77].

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

L'approche tenant compte des traumatismes et de la violence élargit le concept des pratiques tenant compte des traumatismes pour prendre en considération les effets croisés de la violence systémique et interpersonnelle et des inégalités systémiques – y compris la stigmatisation, la discrimination et les préjugés – sur la vie d'une personne.[77(p73)] [Notre traduction]

Cette évolution est importante pour les services spécialisés dans l'accompagnement des personnes utilisatrices de SPA et/ou en situation d'itinérance. Ces dernières vivent régulièrement des violences, de la discrimination et de la stigmatisation et leurs parcours sont compliqués par la violence systémique et les inégalités sociales de santé[A].

Toute personne avec une expérience passée de traumatisme peut également être en train de vivre une violence interpersonnelle, par exemple de la maltraitance, de la violence entre partenaires intimes ou du harcèlement. Cela est d'autant plus vrai pour des personnes en situation de grande précarité, car leurs conditions de vie peuvent leur mettre davantage à risque de vivre de la violence.

Par conséquent, il est primordial que les équipes et les services soient sensibilisés non seulement aux traumatismes que ces personnes ont pu vivre dans le passé, mais également à ces violences qui peuvent être en cours, ou même, vécues à l'intérieur même des services de soins[77].

A Les inégalités sociales de santé sont des différences de santé entre les individus liées à des facteurs ou critères sociaux (classe sociale, catégorie socioprofessionnelle, catégorie de revenu, niveau d'études, etc.)[78].

Service spécifique aux traumatismes ou service tenant compte des traumatismes et de la violence?

L'approche tenant compte des traumatismes et de la violence prend en considération l'importance des expériences intersectionnelles des traumatismes vécus par les personnes. Par conséquent, elle reconnaît que, bien que le traitement des traumatismes soit fondamental, des interventions et des pratiques tenant compte des traumatismes devraient également être proposées dans une multitude de contextes et de services[17]. Il s'agit bien de deux types de services qui sont complémentaires pour les personnes touchées par les traumatismes.

Services spécifiques aux traumatismes

Les services spécifiques aux traumatismes mettent en place des traitements cliniques et des suivis spécialisés pour accompagner les personnes ayant vécu des traumatismes vers une amélioration de leur qualité de vie. Ces services peuvent offrir, par exemple, des thérapies axées sur les traumatismes ou des suivis spécifiques axés sur les expériences traumatiques.

Services tenant compte des traumatismes et de la violence

Les services tenant compte des traumatismes et de la violence se distinguent par le fait que leur mission principale n'est pas le traitement des traumatismes. Toutefois, ils comprennent et prennent en considération les effets des traumatismes dans tous les aspects de leurs interventions et services[17]. Ces services s'engagent à instaurer une culture de confiance et à créer des espaces de sécurité qui limitent les possibilités que les personnes impliquées dans ces services, autant les personnes qui utilisent les services que le personnel, vivent des événements traumatiques ou une retraumatisation[77,79]. En résumé, les services tenant compte des traumatismes et de la violence interviennent auprès de chacune des personnes accompagnées avec une compréhension de base des effets que les traumatismes et la violence pourraient avoir sur elle[79]. C'est à cette fin que l'ATTV a été développée.

Les membres des équipes de services tenant compte des traumatismes et de la violence devraient connaître les prestations de soins et de services spécifiques axées sur les traumatismes disponibles dans leur région et être capables de les proposer à des personnes qui souhaitent les consulter. Ces deux types de services peuvent ainsi travailler ensemble pour accompagner les personnes touchées par des traumatismes.

3.3 L'intégration d'une compréhension de la violence systémique

La particularité de l'ATTV réside dans l'intégration d'une compréhension de la violence systémique que les personnes peuvent vivre et de l'influence de cette violence sur les inégalités sociales et de santé. Cela implique également la prise en compte des discriminations et de la stigmatisation auxquelles ces personnes peuvent être confrontées, autant dans un contexte sociétal que dans les services. Une attention portée à la violence systémique est fondamentale pour comprendre les expériences et les besoins des personnes touchées par les traumatismes[77]. Cette forme de violence est davantage approfondie dans le chapitre 2 du présent guide.

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

Selon Wathen et Varcoe[77], la prise en compte de la violence systémique est nécessaire pour plusieurs raisons. Les personnes ayant vécu des traumatismes et de la violence ont souvent été jugées, stigmatisées et discriminées en lien avec leurs expériences de traumatisme. Cela est d'autant plus vrai pour les personnes qui consomment des SPA et/ou vivent en situation d'itinérance, qui sont confrontées à de multiples formes de stigmatisation associées à la perception négative de la consommation, à la santé psychologique et à l'instabilité résidentielle[1,51]. Ces expériences négatives peuvent décourager ces personnes de solliciter des soins et du soutien par crainte d'être jugées ou en raison d'expériences négatives vécues dans les services par le passé. Par conséquent, la violence systémique peut limiter leur accès aux services de santé et aux services sociaux. Les services utilisant l'ATTV peuvent prévoir les éléments et les obstacles susceptibles de poser un problème pour les personnes et ainsi créer des espaces accueillants et libres de stigmatisation[77].

De plus, les données probantes indiquent que les personnes en situation d'itinérance et/ou qui consomment des substances sont confrontées à des barrières inéquitables à la santé et au bien-être[80]. Comprendre les contextes d'inégalités de santé des personnes et leur lien avec les conditions systémique aide à mettre en place un accompagnement empathique et bienveillant, évitant ainsi le jugement et la récrimination, par exemple, en nommant les considérations systémiques qui ont une incidence sur les choix de la personne : *« Je peux imaginer que ça ne doit pas être simple de suivre ce traitement de manière régulière quand vous êtes inquiète et que vous vous demandez où vous allez dormir le soir. »* Ou en reconnaissant que la personne a peut-être vécu des expériences difficiles dans le réseau de la santé et des services sociaux et en explicitant votre engagement envers son bien-être dans votre service : *« Je ne sais pas comment vous avez vécu vos dernières expériences avec les services de santé, mais aujourd'hui, je vais faire de mon mieux pour que vous viviez la meilleure expérience possible. »*

Finalement, la compréhension des contextes d'inégalités systémiques permet aux équipes de réaliser que les situations dans lesquelles vivent les personnes qu'elles accompagnent mettent ces dernières à risque de vivre davantage de traumatismes et de violence. Cela leur permet aussi de mieux saisir la nécessité de travailler avec elles afin de réduire ces risques[77].

3.4 Les principes de l'approche tenant compte des traumatismes et de la violence

L'ATTV se fonde sur quatre principes qui vont de concert et qui mobilisent les concepts abordés plus haut. Dans l'approche tenant compte des traumatismes et de la violence, les équipes de soins partenaires et les organisations s'engagent à ce qui suit[77] :

1. Sensibiliser le personnel et les personnes qui utilisent les services aux traumatismes et à la violence.
2. Assurer la sécurité émotionnelle et physique de toutes les personnes au sein des services.
3. Créer des espaces de collaboration et d'autonomie décisionnelle.
4. Construire l'ensemble des interventions en s'appuyant sur les forces et la résilience des personnes.



Les premiers pas individuels vers une approche tenant compte des traumatismes et de la violence

Chaque principe abordé dans ce guide nécessite la mise en œuvre de stratégies précises à chacun des niveaux de l'organisation (individu, équipe, organisation). Il est en outre important de se rappeler que la mise en place de ces principes passe également par des actes relativement simples, tout au long de l'accompagnement d'une personne. C'est pourquoi ce guide présente, avec chaque principe de l'ATTV, les premiers pas qui peuvent être mis en œuvre facilement, à l'échelle individuelle ou dans une équipe de soins partenaire.

Chaque membre du personnel a son rôle à jouer pour mettre en place ou favoriser la mise en place d'une approche tenant compte des traumatismes et de la violence dans son contexte de travail.

De plus, l'introduction de ces premiers pas est souvent vécue comme motivante et gratifiante par le personnel et les personnes accompagnées, et ce, pour plusieurs raisons. Par exemple, les équipes travaillant auprès des personnes utilisatrices de SPA et/ou en situation d'itinérance trouvent souvent des correspondances entre leurs valeurs professionnelles et personnelles et les principes de l'ATTV. De plus, les équipes établissent souvent des liens entre les principes de l'ATTV et des approches d'intervention qu'elles préconisent déjà. À titre d'exemple, la posture d'accueil et de non-jugement de la réduction des méfaits, déjà utilisée dans le domaine, présente des liens importants avec l'ATTV, ce qui peut élargir le sens que les équipes accordent à leurs interventions. Finalement, l'instauration de relations empreintes de respect entre les équipes et les personnes accompagnées favorise de meilleurs environnements et de meilleures relations de travail pour tout le monde[77].

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

FIGURE 7. L'ATTV ET LA RÉDUCTION DES MÉFAITS : DES APPROCHES INTERDÉPENDANTES

ATTV		Réduction des méfaits
Reconnaît les effets des traumatismes et de la violence et œuvre pour réduire les risques de retraumatisation.	↔	Reconnaît, de façon pragmatique, que la consommation de substances fait partie de notre monde. Reconnaît les répercussions de la criminalisation et de la stigmatisation de l'utilisation de SPA et du phénomène de l'itinérance.
Reconnaît que certains êtres humains ont vécu des événements difficiles et que la prise en compte de ces événements et de leurs conséquences est fondamentale pour leur dignité et sécurité.	↔	Reconnaît, par principe d'humanisme, la valeur et la dignité de toute vie humaine.
Accueille sans jugement et sans obligation de divulgation.	↔	Fournit des services et des ressources sans jugement ni coercition. Respecte l'autonomie, soit la capacité de penser, de décider, de prendre des risques et d'agir librement de sa propre initiative.
Affirme que les personnes concernées par les situations sont les expertes de leur situation et des pistes de changement. Mise sur la collaboration, les forces de la personne et le partage du pouvoir afin de lui donner le plus de contrôle possible.	↔	Affirme que les personnes concernées par les situations sont elles-mêmes les principaux agents du changement. Adopte une posture d'intervention à petits pas, basée sur les objectifs de la personne et l'amélioration de la qualité de vie.
Accorde une grande importance à la violence systémique et aux traumatismes qui en découlent, ainsi qu'aux dynamiques de pouvoir. Met en place un maximum de sécurité culturelle.	↔	Reconnaît que les inégalités sociales, comme la pauvreté, les difficultés d'accès au logement ainsi que les traumatismes, affectent à la fois la vulnérabilité des personnes et leur capacité à y faire face efficacement.

3.4.1

Sensibiliser le personnel et les personnes qui utilisent les services aux traumatismes et à la violence

La connaissance des traumatismes et de la violence et de leurs conséquences sur la vie des personnes concernées, ainsi que sur celle du personnel, est le fondement de l'ATTV[1,5,77,79]. Cette sensibilisation implique que les équipes comprennent les différentes formes de traumatismes, qu'elles soient en mesure de cerner leurs répercussions et qu'elles puissent transmettre ces connaissances aux personnes qu'elles accompagnent.

Cette sensibilisation est également importante afin d'éviter que les interventions et les services ne provoquent involontairement la **retraumatisation** des personnes et/ou des membres du personnel ayant vécu des traumatismes.

La prise en compte des informations contenues dans le chapitre 2 du présent guide est déjà un premier pas vers la sensibilisation aux différentes formes de traumatismes et de violence ainsi qu'à leurs effets. Cependant, pour mieux sensibiliser l'ensemble du personnel, il est nécessaire que les services mettent en place des formations spécifiques sur les traumatismes et la violence.

Pour les équipes, la sensibilisation aux traumatismes et à la violence passe, en premier lieu, par la réalisation que les traumatismes sont courants. Toute personne qui s'adresse à leurs services, plus particulièrement les personnes vivant des situations d'exclusion, de stigmatisation et de discrimination, peut avoir des antécédents, parfois inconnus, de traumatisme et de violence. En partant de ce principe, elles mettent en place des interventions en observant une **précaution universelle**. C'est-à-dire qu'elles considèrent que **toute personne qui s'adresse à leur service** peut avoir vécu une expérience de traumatisme et qu'elles adaptent de manière préventive leur accompagnement en conséquence[5,77].



Précaution universelle: considérer que toute personne peut avoir vécu une expérience de traumatisme et adapter pour chacune son accompagnement en conséquence.

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

La sensibilisation aux traumatismes et à la violence : premiers pas pour la pratique

Lorsqu'une personne adopte une approche tenant compte des traumatismes et de la violence, elle doit réorienter ses réflexions et se demander : « Qu'est-il arrivé à cette personne ? », plutôt que : « Qu'est-ce qui ne va pas chez cette personne ? »

En accompagnant chaque personne en observant un principe de précaution universelle, les équipes de soins partenaires et les services réduisent les risques de retraumatisation et adoptent des pratiques favorisant la prise en compte des traumatismes et de la violence. Dans ce sens, aucune obligation de divulgation d'expériences de traumatisme ou de violence n'est nécessaire pour que les personnes utilisant les services soient accompagnées selon les principes de l'ATTV. Il est même très important que ces partages d'expériences puissent se faire de manière libre et volontaire, et uniquement au moment où les personnes se sentent suffisamment en confiance pour en parler.

Les équipes de soins partenaires peuvent mettre en place de bonnes pratiques, comme les suivantes :

- ★ Réaliser pleinement que les expériences traumatiques sont très fréquentes et tenir ainsi pour acquis qu'une grande partie des personnes en situation de précarité ont vécu à des degrés divers des expériences d'adversité qui ont une influence sur leurs difficultés présentes.
- ★ Comprendre que les réactions et les comportements des personnes (par ex., la colère, le refus de traitement, la méfiance, l'opposition) sont souvent des réactions à des traumatismes antérieurs ou à des expériences de violence actuelles.
- ★ Comprendre que les TUS et les expériences de traumatisme et de violence sont intimement liés. Soutenir les personnes en reconnaissant que leur consommation de substances peut être une manière de faire face à ces expériences et de tenter de soulager leur souffrance.
- ★ Faire le lien entre le refus de certains services et les traumatismes et la violence (par ex., la non-utilisation des ressources d'hébergement où il y a une grande promiscuité, la sous-représentation des femmes dans un service mixte, etc.).
- ★ Réagir avec délicatesse aux divulgations sur des expériences de traumatisme ou de violence – c'est-à-dire croire les propos de la personne, valider son histoire et s'intéresser à sa sécurité et à son bien-être.
- ★ Être informé des programmes et des services offerts dans la région qui proposent des traitements spécifiques pour les traumatismes et penser à orienter la personne vers ces services lorsque cela est pertinent.
- ★ Partager les connaissances sur les liens entre les traumatismes et les TUS avec les personnes concernées afin qu'elles puissent avoir une meilleure compréhension de la façon dont leurs expériences peuvent influer sur leur santé, leur bien-être, leurs comportements et leurs réactions dans certaines situations. Cette compréhension peut favoriser chez elles l'autocompassion et la bienveillance. Comprendre que la consommation de SPA peut être une réponse normale à la souffrance peut aider à réduire le sentiment de honte.
- ★ Reconnaître les stratégies que les personnes ont mises en place pour faire face à l'adversité et soulager leur souffrance, en croyant en leurs capacités de développement et de guérison.
- ★ Proposer, si les personnes le souhaitent, des techniques de régulation des émotions, d'ancrage et d'auto-apaisement.

3.4.2

Assurer la sécurité émotionnelle et physique de toutes les personnes au sein des services

La sécurité émotionnelle et physique est primordiale dans l'ATTV. Cette sécurité est d'autant plus importante que les personnes ayant vécu des traumatismes ou vivant des violences peuvent se sentir rapidement et en permanence en danger. Les personnes en situation d'itinérance ou utilisatrices de SPA sont régulièrement victimes d'abus de pouvoir et/ou ont des conditions de vie difficiles, voire dangereuses[1]. Afin de pouvoir accéder facilement aux services, et de participer pleinement à leur trajectoire de soins, ces personnes ont besoin de se sentir en grande sécurité.

La sécurité du personnel est également à prendre en considération dans l'ATTV. Une sensibilisation au stress, à l'épuisement professionnel et au traumatisme vicariant, ainsi que la mise en place de mesures pour y faire face, sont des aspects importants de cette approche. Ces éléments sont abordés de manière approfondie dans le chapitre 4 du présent guide.

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

La sécurité émotionnelle et physique : premiers pas pour la pratique

Les personnes qui ont vécu un traumatisme et/ou de la violence doivent se sentir en sécurité pour pouvoir s'engager dans leur parcours de soins ou d'accompagnement.

L'ensemble du personnel d'un établissement a un rôle à jouer pour favoriser le sentiment de sécurité et de confiance chez les personnes qui ont vécu des traumatismes et de la violence. L'attitude de la personne qui répond au téléphone, l'accueil dans une salle d'attente et le langage employé lors des prises de rendez-vous ne sont que quelques exemples de situations importantes pour instaurer un climat de sécurité et de confiance.

Pour les équipes de soins partenaires, l'accent sera mis sur la transparence, l'authenticité, la confiance et la sécurité émotionnelle et physique des personnes accompagnées. Il est également primordial que le personnel crée les conditions nécessaires au renforcement de la sécurité culturelle, plus particulièrement avec les membres des communautés culturelles ainsi qu'avec les personnes autochtones, afin d'éviter toute forme de discrimination.

Afin de renforcer le sentiment de sécurité, les équipes peuvent mettre en place certaines bonnes pratiques, dont les suivantes :

- ★ S'intéresser aux expériences de traumatisme et de violence que les personnes vivent ou ont pu vivre, tout en respectant leurs limites et leur confort. Cela implique que toute divulgation d'expérience de traumatisme doit se faire au rythme de la personne et n'est pas obligatoire.
- ★ S'assurer que la personne se sente en sécurité lors des discussions sur les traumatismes et la violence. Verbaliser le fait qu'elle a le droit, en tout temps, de ne pas répondre à des questions et rester attentif à son langage non verbal, qui pourrait renvoyer des signaux d'inconfort.
- ★ Établir un climat de confiance en expliquant les politiques de l'établissement en matière de confidentialité, de consentement éclairé et de partage des renseignements. Il est également important de veiller à ce que ces politiques soient respectées dans le cadre des interventions.
- ★ Accompagner les personnes en adoptant une attitude sans jugement. Cela demande de rester en phase avec son propre vécu et ses représentations afin de prendre conscience des jugements et des réactions qui, inévitablement, pourraient survenir dans la relation.
- ★ Prêter une grande attention aux mots qui sont utilisés et éviter tout langage stigmatisant ou basé sur les déficits. Favoriser l'utilisation d'un vocabulaire respectueux, centré sur la personne, déstigmatisant et inclusif (cf. encadré « L'importance du langage »).
- ★ Rendre rapidement explicites toutes les informations liées à l'accompagnement de la personne, par exemple les attentes, les règles, les droits, les rôles, etc. Le fait de rendre explicites les règles et de les énoncer à l'avance diminue les risques d'escalade et permet d'établir une relation empreinte de respect. S'assurer que ces informations sont également disponibles par écrit dans un langage simple et accessible.
- ★ Expliquer à l'avance à la personne ce que vous allez faire et pourquoi. Cela vous permet d'être une figure cohérente, transparente et prévisible pour la personne qui utilise vos services.

- ★ Prendre conscience des aspects de la prise en charge et/ou des particularités de l'établissement qui pourraient constituer des « déclencheurs », par exemple les tests urinaires non annoncés, la présence de portes barrées, le manque d'intimité, les questions intrusives au moment de l'admission, des environnements où il y a de l'agitation, la présence de personnel de sécurité, etc. De plus, il est important d'élaborer des stratégies pour minimiser les effets de ces derniers.
- ★ Poser des questions aux personnes accompagnées sur leurs besoins en matière de sécurité émotionnelle et physique. Il est aussi important de faire preuve d'ouverture et de curiosité à l'égard de la culture et des intérêts des personnes accompagnées.
- ★ Faire un bilan avec la personne en fin d'entretien afin de savoir comment elle s'est sentie, comment s'est déroulée l'intervention et comment les choses pourraient être adaptées pour favoriser un plus grand confort et une plus grande sécurité les fois suivantes.
- ★ Prévoir des plans de sécurité avec les personnes touchées par les traumatismes et la violence. Ces plans devraient comporter une liste des facteurs de stress, des stratégies utiles et le nom des personnes auprès desquelles les personnes se sentent en sécurité.
- ★ Apprendre à accepter les moments de silence et les questions sans réponse.
- ★ Respecter le rythme des personnes en ne perdant jamais de vue que des personnes utilisatrices de SPA ou en situation d'itinérance peuvent avoir de la méfiance envers le réseau de la santé et des services sociaux et/ou les équipes de soins partenaires. Les conséquences de leurs traumatismes sont susceptibles de teinter la relation et de provoquer des comportements qui peuvent représenter un défi dans le cadre d'une intervention. Ces personnes ont peut-être besoin de plus de temps pour établir des relations de confiance où elles se sentent en sécurité.

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025



L'importance du langage

Le langage est un outil important dans tout travail d'accompagnement. Il peut également être un vecteur puissant de jugement, de discrimination et de stigmatisation. Par conséquent, le choix des mots est primordial, autant dans la relation avec les personnes utilisatrices des services que dans les équipes, les services et les organisations.

Des études réalisées sur les effets de stigmatisation du langage utilisé autour des personnes utilisatrices de SPA ont montré qu'un simple changement de terminologie peut modifier de manière importante la réponse du personnel soignant et réorienter les pistes de traitement d'une approche plus répressive vers une réponse bien plus bienveillante et thérapeutique[81].

L'ATTV encourage les équipes, les services et les organisations à réfléchir au langage employé afin d'établir une communication empreinte de respect, de dignité et de sécurité émotionnelle. De nombreux guides de référence existent pour aider à trouver les termes les plus respectueux lorsqu'on parle de différents sujets. Dans le domaine des dépendances et de l'itinérance, des réseaux de pairs ont également écrit des recommandations pour déterminer le langage stigmatisant et offrir des options respectueuses des solutions de rechange respectueuses et orientées sur les capacités des personnes[82].

Le Réseau International des Consommateurs de drogues (*International Network of People who Use Drugs* ou INPUD en anglais) propose 10 conseils pour adopter un langage respectueux et approprié. Bien que ces conseils soient axés sur le langage lié aux dépendances, ils sont aussi très utiles pour traiter de l'adoption d'un langage respectueux pour tout le monde[82] :

1. Utiliser un langage centré sur la personne et ne pas définir les gens par leur usage de drogue, leur situation de vie ou leur pathologie (par ex., une personne utilisatrice de SPA et non pas un toxicomane ou un *junky*, une personne en situation d'itinérance et non pas un itinérant ou une itinérante).

2. Demander à la personne de confirmer que les termes choisis lui correspondent.

3. Privilégier des termes orientés sur les forces et les capacités de la personne. Mettre l'accent sur l'action et l'autonomie décisionnelle (par ex., au lieu de dire « La personne n'est pas motivée », dire plutôt « La personne ne souhaite pas suivre actuellement ce plan d'intervention. »)

4. Éviter la banalisation, la victimisation ou le sensationnalisme dans le langage employé (par ex. : « Il est accro. »).

5. Utiliser un langage accessible, en prêtant attention aux dynamiques de pouvoir. Cela implique de réduire l'usage du jargon médical et de s'appliquer à avoir un discours clair et compréhensible, tout particulièrement avec les personnes dont le français n'est pas la langue maternelle.

6. Ne pas faire de suppositions sur l'identité de genre ou l'orientation sexuelle d'une personne. Privilégier un langage et des termes inclusifs (par ex., dire « partenaire » au lieu de « femme » ou « mari »).

7. Tenir compte du contexte dans lequel le langage est utilisé. Certains termes peuvent être employés au sein d'une communauté afin de revendiquer une identité, mais peuvent être stigmatisants s'ils sont utilisés par d'autres (par ex., « *junky* » ou « toxico »).

8. Adopter un langage soulignant l'autonomie décisionnelle et le pouvoir d'agir des personnes. Il est donc important de ne pas employer un langage qui rabaisse l'autre ou qui lui donne l'impression d'être un enfant, une victime ou un incapable.

9. Prendre en compte l'avis des personnes utilisatrices de SPA et en situation d'itinérance ainsi que leur façon de voir les choses, car elles sont les expertes de leur propre vie. Demandez-leur leur opinion et croyez en leurs conseils!

10. La communication n'est pas uniquement verbale. Il est donc important d'utiliser un langage non verbal et paraverbal respectueux (par ex., un ton de voix chaleureux, un langage corporel respectant l'intimité de l'autre, tout en restant à proximité, etc.) pour clarifier la communication et montrer le respect dont on fait preuve envers la dignité de l'autre.

Exemples d'expressions à proscrire		**Exemples d'expressions à privilégier**
Cette personne a un trouble de la personnalité.	→	Je trouve cela difficile d'accompagner cette personne.
Cette personne manque de motivation.	→	Qu'est-ce qu'on peut faire pour diminuer les barrières d'accès pour cette personne?
Tu seras exclu de notre service d'hébergement si tu ne te plies pas aux règles de la maison.	→	Est-ce que quelqu'un vous a expliqué les règles pour bien vivre ensemble au centre d'hébergement? Est-ce qu'il y a des éléments dont nous devons discuter ensemble pour que tout se passe bien pour vous ici?
Si vous n'êtes pas content avec notre proposition de traitement, vous pouvez aller ailleurs.	→	Comment trouver un compromis acceptable pour nous deux?
Vous devez signer un contrat pour avoir un service avec nous.	→	Voici ce à quoi on s'engage à vous offrir et ce à quoi on s'attend de votre part. Est-ce que cela vous convient et avez-vous des choses à ajouter?

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025



La sécurité culturelle

Les facteurs culturels jouent un grand rôle dans la perception des personnes qui ont vécu des traumatismes et/ou qui vivent de la violence. Ces facteurs vont également influer sur la nature des soutiens qu'elles trouvent pertinents et la manière dont elles perçoivent la sécurité culturelle. Des communautés autochtones et des communautés culturelles font face à des traumatismes lorsque leurs membres vivent ou ont vécu du dénigrement ainsi que des tentatives d'assimilation ou de génocide[79]. Les personnes autochtones doivent encore composer, à ce jour, avec les répercussions des traumatismes intergénérationnels et historiques qu'elles ont vécus[35,79]. De plus, les personnes autochtones et les personnes issues de minorités visibles vivent de manière constante des discriminations et des expériences de stigmatisation. Par conséquent, la sécurité culturelle est cruciale dans la mise en place de l'ATTV et doit être au cœur de chacune des interventions.

Selon la First Nations Health Authority :

> La sécurité culturelle est un résultat basé sur un engagement respectueux qui reconnaît et s'efforce d'aborder les déséquilibres de pouvoir inhérents au système de santé. Elle se traduit par un environnement sans racisme et discrimination dans lequel les personnes se sentent en sécurité lorsqu'elles reçoivent des soins de santé.[83] [Notre traduction]

La mise en place d'interventions respectant la sécurité culturelle améliore les relations entre les prestataires de service[1], favorise une guérison fondée sur la compassion et minimise le risque de retraumatisation des membres autochtones ainsi que des personnes issues d'autres communautés marquées par les traumatismes[79,83].



3.4.3

Créer des espaces de collaboration et d'autonomie décisionnelle

Les services qui agissent selon les principes de l'ATTV ont à cœur de développer des espaces de collaboration qui accordent un maximum d'autonomie décisionnelle aux personnes accompagnées. Ces espaces permettent de renforcer l'autodétermination et la dignité. Pour ce faire, les équipes mettent en place des relations de collaboration permettant d'agir « avec » et non pas « pour » ou « à la place » des personnes.

Les expériences de traumatismes laissent comme séquelles des sentiments d'impuissance et de perte de contrôle. En accordant un maximum d'autonomie décisionnelle aux personnes, les équipes accompagnent un mouvement de reprise de pouvoir et de contrôle qui leur est bénéfique[1]. Accompagner ce mouvement est d'autant plus important à l'intérieur des services, car ceux-ci peuvent représenter le pouvoir et le contrôle pour les personnes accompagnées, en raison de violences, de discriminations et/ou d'expériences négatives vécues dans le passé.

L'instauration de rapports basés sur la collaboration implique une réflexion sur le partage du pouvoir et de l'expertise au sein des services. Les personnes qui s'adressent aux services doivent être considérées comme des expertes de leur situation et de leur vie. Par conséquent, elles devraient également participer à chaque étape de leur trajectoire de soins[1,5,79]. Les équipes partagent leur expertise et leurs connaissances, alors que les personnes accompagnées proposent leur avis sur ce qui serait utile pour elles et sur les capacités, compétences et ressources qu'elles peuvent apporter. Ce principe devrait également être mis en œuvre au niveau organisationnel, avec une possibilité de collaboration et de prise en compte de la voix des personnes concernées dans l'organisation et l'évaluation des services.

En proposant des services axés sur la collaboration, les personnes utilisatrices de SPA et/ou en situation d'itinérance peuvent rétablir des relations positives avec le réseau de la santé et des services sociaux. Ces liens favorisent l'amélioration de la qualité de vie et encouragent le recours et l'adhésion aux soins[1].

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

3.4.3
Créer des espaces de collaboration et d'autonomie décisionnelle

Collaboration et autonomie décisionnelle : premiers pas pour la pratique

Reconnaître les personnes utilisatrices de SPA et/ou en situation d'itinérance comme étant les expertes de leur propre situation contribue à lutter contre le sentiment d'impuissance engendré par les expériences de traumatismes.

Un maximum d'autonomie décisionnelle devrait être proposé aux personnes afin de favoriser leur participation aux soins et aux services. Cela implique de l'humilité et l'adoption d'une posture d'apprentissage lorsqu'il s'agit de comprendre l'expérience d'autrui[83].

Un climat de collaboration peut être mis en place par les équipes de nombreuses manières, dont les suivantes :

- ★ Préciser les renseignements personnels, par exemple, la manière de communiquer avec la personne, son nom et son prénom, le pronom qu'elle utilise. S'il y a des questions ou des incertitudes, poser des questions avec respect.
- ★ Demander à la personne si elle a une préférence pour le genre du membre de l'équipe qui s'occupera d'elle.
- ★ Accepter qu'il puisse être judicieux de transférer la personne à d'autres collègues si la relation thérapeutique est difficile ou délétère.
- ★ Proposer des choix à chaque étape de l'intervention lorsque cela est possible, et expliquer les interventions qui sont prévues. Par exemple : « Seriez-vous d'accord que nous fassions une prise de sang maintenant? », « Est-ce que vous êtes d'accord que nous parlions de votre consommation d'alcool? »
- ★ Dire de manière explicite à la personne qu'elle a le droit de ne pas répondre à des questions qui la mettent mal à l'aise.
- ★ Explorer avec la personne les méthodes traditionnelles ou propres à sa culture auxquelles elle aimerait avoir recours (par ex., le ressourcement sur le territoire, la tente de sudation, le recours aux services d'un aîné, etc.).
- ★ Explorer les obstacles auxquels la personne pourrait être confrontée dans le cadre d'un suivi (par ex., le transport, la langue, la garde des enfants, l'horaire des rendez-vous, etc.).
- ★ S'intéresser aux soutiens que la personne peut avoir dans son réseau (partenaire, famille, camarades, personne intervenante, organismes communautaires, autres équipes dans le RSSS, pairs, etc.) et proposer leur implication.
- ★ Proposer que les soins soient dispensés dans un centre de santé de la communauté (prise de sang, pansement, etc.) si cela est possible et si c'est le souhait de la personne. Elle pourrait se sentir plus à l'aise d'être dans sa communauté. Veiller à valider tout cela avec la personne.
- ★ Demander à la personne si elle souhaite être accompagnée par un agent navigateur de services (CISSS/CIUSSS).
- ★ Utiliser un langage qui rend la collaboration explicite. Par exemple : « Votre avis est important à chaque étape du processus. » ou « Par quoi devrions-nous commencer? Qu'est-ce qui est actuellement le plus important pour vous? »
- ★ Considérer toutes les décisions avec un regard collaboratif.
- ★ Demander régulièrement à la personne d'effectuer un retour sur son expérience et sa satisfaction à l'égard du processus. S'enquérir de ses attentes, de ses envies ou de ses préoccupations au sujet du suivi proposé.



3.4.4

Construire l'ensemble des interventions en s'appuyant sur les forces et la résilience de la personne

Chaque personne qui utilise les services a des forces et des compétences propres. L'ATTV accompagne les équipes dans la mise en place d'interventions qui permettent aux personnes:

- de cerner leurs forces et leurs compétences ;
- de les mobiliser et de les développer ;
- d'augmenter leurs capacités d'adaptation et d'autorégulation ;
- et d'améliorer leur résilience.

Le guide clinique *Pratique tenant compte des traumatismes et la crise des opioïdes*, rédigé par le Centre d'excellence pour la santé des femmes, en Colombie-Britannique, explique qu'il est important de considérer « "ce qui fonctionne" et la façon d'accroître la part de "ce qui fonctionne" plutôt que de se concentrer principalement sur la détection et l'élimination des problèmes »[1]. Cette vision va à l'encontre d'une approche focalisée sur les déficits ou les pathologies auxquels les personnes utilisatrices de SPA et/ou en situation d'itinérance sont souvent confrontées. Un travail misant sur les forces d'une personne ne nie pas l'existence des difficultés qu'elle peut avoir. Au contraire, il permet de reconnaître que les défis peuvent faire émerger des possibilités de développement chez l'individu[84].

L'acquisition et le renforcement des compétences favorisent le rétablissement et la résilience chez les personnes ayant vécu ou vivant des traumatismes et de la violence. Construire sur les forces implique également l'accompagnement des personnes vers une meilleure compréhension de leurs déclencheurs liés à leurs traumatismes et le développement de capacités de gestion de ceux-ci. En pratique, cela peut donner aux personnes des outils pour revenir dans leur fenêtre de tolérance, se calmer, se concentrer et se recentrer[17,79].

Ce regard sur les forces peut également être porté sur le plan collectif et communautaire. De nombreuses problématiques qui touchent des communautés (par ex., le racisme, la pauvreté, le sexisme, les effets du colonialisme, la discrimination envers des personnes LGBTQIA2+) sont liées aux expériences de traumatismes et de violence. Dans différentes communautés, de nombreux projets et initiatives sont mis en place pour contrer la stigmatisation et favoriser la résilience. Ces initiatives se basent sur les forces et les compétences de la communauté et s'appuient sur la dignité, l'espoir, la sécurité et l'entraide.

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

3.4.4
Construire l'ensemble des interventions en s'appuyant sur les forces et la résilience de la personne

Construire avec les forces : premiers pas pour la pratique

Construire avec les forces implique la reconnaissance de la résilience et des forces déployées par les personnes pour survivre, grandir et même s'épanouir en dépit de l'adversité.

Un accompagnement basé sur l'acquisition et le renforcement des compétences est essentiel pour favoriser la guérison des personnes ayant vécu des traumatismes. Dans ce sens, il est important de reconnaître les efforts que les personnes déploient au quotidien pour faire face à des situations de vie difficiles et de s'y intéresser. Il est également nécessaire d'accompagner les personnes dans l'acquisition d'outils et d'une meilleure compréhension des réactions qu'elles peuvent avoir en raison de leurs traumatismes.

Pour les équipes, ce principe peut être mis en pratique de différentes manières :

- ★ Cerner les forces et les compétences que les personnes possèdent et les aider à les reconnaître (par ex., l'organisation et l'ingéniosité nécessaires pour dormir dehors l'hiver ou pour changer continuellement de lieu de résidence, etc.).
- ★ S'intéresser aux espoirs, aux possibilités et aux solutions de chaque personne, plutôt que de s'attarder uniquement aux obstacles, aux problèmes et aux vulnérabilités (par ex., en utilisant une question « baguette magique » : « Si tu avais une baguette magique, qu'aimerais-tu voir changer dans ta vie? »)
- ★ Accompagner les personnes dans le développement d'outils pour reconnaître leurs déclencheurs, ce qui fait qu'elles sortent de leur fenêtre de tolérance ainsi que les moyens qui existent pour qu'elles retrouvent calme et sécurité et puissent se recentrer. Utiliser et expérimenter ces outils avec elles.
- ★ Considérer les comportements d'adaptation de la personne (par ex., l'utilisation de SPA, le non-recours aux services, etc.) comme des stratégies de survie et explorer avec elle d'autres moyens d'adaptation et de régulation.
- ★ Célébrer et partager les réussites des personnes.
- ★ Favoriser les possibilités pour les personnes de contribuer à la communauté et d'utiliser leurs compétences (par ex., le travail par les pairs, l'implication dans des associations, etc.).



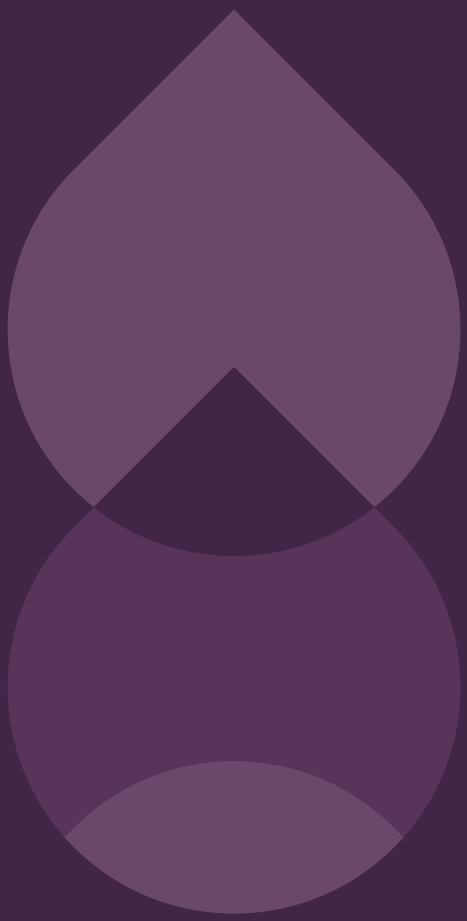
3.5 L'ATTV : concepts clés

- L'approche tenant compte des traumatismes et de la violence élargit le concept de pratique tenant compte des traumatismes en considérant l'importance que la violence et les inégalités systémiques peuvent avoir sur les personnes utilisatrices des services. Elle reconnaît que ces facteurs influencent leur santé, leur bien-être et leur accès aux soins.
- Les services peuvent prendre en compte les traumatismes et la violence vécus par les personnes utilisatrices sans être des services spécifiques dans le traitement des traumatismes. L'objectif est de réduire les risques de retraumatisation et d'offrir un cadre où les personnes se sentent écoutées, comprises, respectées et soutenues.
- Les quatre principes de l'ATTV (sensibilisation, sécurité, collaboration et travail avec les forces) peuvent être simples à mettre en place et s'adaptent à tout contexte. Ces principes peuvent être utilisés par des membres du personnel, des équipes, des services et des organisations.
- L'ATTV contribue également à améliorer les conditions de travail du personnel en favorisant un climat bienveillant, en limitant la détresse morale et en valorisant les stratégies de soutien mutuel au sein des équipes.

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

CHAPITRE 4

Travailler avec des personnes touchées par les traumatismes et la violence



4. Travailler avec des personnes touchées par les traumatismes et la violence

Travailler avec des personnes ayant vécu des traumatismes et de la violence est exigeant et peut être épuisant sur le plan émotionnel. Cependant, ce travail peut également être gratifiant et épanouissant.

Les expériences et les situations que les personnes partagent peuvent susciter de nombreuses émotions pour les équipes de soins partenaires, y compris de la tristesse, de la colère, de la frustration, de l'incrédulité et un sentiment d'injustice et d'impuissance. Sans négliger le fait qu'entendre des récits de traumatismes et de violence peut également renvoyer les membres de l'équipe à leurs propres histoires de traumatismes.

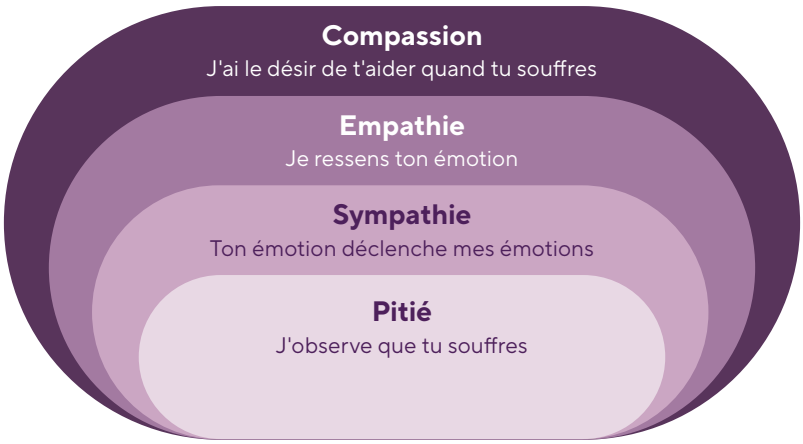
C'est pourquoi l'un des principes importants de l'ATTV est d'assurer le bien-être et la sécurité de tout le monde, y compris des membres de l'équipe de soins partenaire[85].

4.1 Pitié, sympathie, empathie et compassion : un aperçu des différences

Lorsqu'une personne est face à la souffrance d'autrui, il est tout à fait normal qu'elle ressente des émotions. Il est nécessaire que ces émotions fassent partie de l'interaction afin de construire des relations d'accompagnement ancrées dans l'authenticité. Cependant, suivant la nature des émotions ressenties, ces dernières peuvent constituer des obstacles, autant dans la relation que pour le bien-être de l'individu.

Bien que les termes « pitié », « sympathie », « empathie » et « compassion » soient souvent utilisés de manière interchangeable dans le langage courant, il existe de grandes différences entre ces quatre émotions. Le travail auprès des personnes touchées par les traumatismes et les violences nécessite de bien comprendre ces différentes émotions et de porter attention à leurs effets sur la relation et la pratique.

FIGURE 8. LES ÉMOTIONS RESSENTIES*



*Inspirée de *Potential Project*, Harvard Business Review

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

La pitié : Selon le dictionnaire Larousse, la pitié désigne le « sentiment qui porte à compatir aux souffrances ou à la faiblesse d'autrui, à le considérer avec commisération, à le traiter avec une indulgence particulière »[86]. La pitié est une émotion qui instaure une distance entre les deux personnes impliquées dans la relation. Elle place la personne qui entend le récit de souffrance de l'autre dans une posture d'observatrice, éloignée et passive face à la détresse.

La sympathie : La sympathie est également une émotion qui implique une posture de passivité face à la souffrance d'autrui mais, à la différence de la pitié, elle comporte un intérêt et un souci pour le bien-être de l'autre.

L'empathie : L'empathie se caractérise par la capacité de partager les émotions d'autrui. Elle permet de laisser résonner en soi les expériences positives et négatives de l'autre et de ressentir soi-même la joie ou la douleur associée à ces expériences[87]. Si le partage d'émotions positives peut être source de joie et de plaisir, le partage de souffrance s'avère être plutôt source de détresse et d'épuisement pour les équipes qui travaillent auprès des personnes touchées par les traumatismes et la violence. L'empathie peut également entraîner une confusion entre soi-même et autrui, notamment quand la souffrance de d'une personne entre en résonance avec les souffrances de l'autre.

La compassion : À la différence de l'empathie, la compassion n'implique pas le partage d'émotions avec la personne touchée par la souffrance. Elle se caractérise par des sentiments de bienveillance, d'inquiétude et d'attention à l'égard de l'autre, ainsi que par une forte motivation à améliorer son bien-être[87]. Cette émotion conduit à l'adoption d'une posture proactive et solidaire face à la souffrance d'autrui. Il est intéressant de relever que des recherches démontrent que la capacité à éprouver de la compassion n'est pas uniquement liée aux caractéristiques d'une personne ou d'une situation, mais peut également découler de formations à la compassion et de pratiques de méditation[87].

Les recherches comportementales sur les émotions dans la relation à la souffrance sont actuellement soutenues et élargies par les neurosciences sociales. Depuis une dizaine d'années, cette discipline relativement nouvelle étudie les émotions dites sociales comme l'empathie et la compassion. En utilisant l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle, ces études relèvent des particularités sur le plan neurologique chez les personnes éprouvant des émotions d'empathie et de compassion ainsi qu'une plasticité neuronale sous-jacente à la capacité de ressentir ces deux émotions[87,88]. Ces études permettent d'établir des rapports entre des problèmes de santé liés au travail avec des personnes en souffrance (par ex., l'épuisement professionnel et la fatigue d'empathie) et le partage excessif d'affects négatifs que peut entraîner l'empathie[88].

4.2 Les différentes répercussions du travail avec les personnes ayant vécu des traumatismes

4.2.1 Le traumatisme vicariant

Les personnes qui travaillent avec des individus ayant vécu des traumatismes et de la violence sont toujours à risque de vivre un traumatisme vicariant. Dans les grandes lignes, le

traumatisme vicariant fait référence à des expériences significatives et indirectes de détresse résultant d'un engagement empathique auprès de personnes ayant subi un traumatisme[89]. Simplement dit, le traumatisme vicariant constitue le fait de développer soi-même un traumatisme à la suite d'une exposition prolongée à la douleur, aux expériences traumatiques ou aux violences vécues par les personnes accompagnées. Cette forme de traumatisme se manifeste par des changements dans les schémas cognitifs et les croyances sur soi-même, les autres et le monde[90]. Les répercussions du traumatisme vicariant sont similaires à celles d'un traumatisme direct – et impliquent des pensées répétées et indésirables, des difficultés à dormir et un sentiment de déconnexion des autres[17,85].

Un exemple de traumatisme vicariant :
Une intervenante dans un centre de consultation pour victimes de violences sexuelles ne veut plus laisser sa fille adolescente sortir avec des camarades le soir, car elle ressent de grandes peurs envers les autres et le monde extérieur.

4.2.2 La détresse morale

La détresse morale est un stress lié au travail qui peut contribuer à l'épuisement professionnel et/ou à la fatigue d'empathie. Elle se produit quand un membre du personnel doit effectuer, être témoin ou est dans l'impossibilité de prévenir des actes qui entrent en conflit avec ses valeurs ou ses croyances. Par la suite, cette personne peut vivre un sentiment de détresse, notamment de la culpabilité, de la honte et de la colère[5].

Un exemple de détresse morale :
Un intervenant psychosocial dans un centre d'hébergement pour personnes en situation d'itinérance se sent de plus en plus impuissant et désespéré lorsqu'il doit refuser des personnes en raison du manque de place dans le centre.

4.2.3 L'épuisement professionnel *(burnout)*

L'Institute on Trauma and Trauma-Informed Care (ITTIC) définit l'épuisement professionnel comme un « ...processus graduel par lequel un membre du personnel éprouve un sentiment de désespoir, de fatigue et de dépassement en raison d'un manque de soutien, d'une charge de travail excessive et d'attentes irréalistes »[5(p22)] [Notre traduction]. Il s'agit d'une réponse psychologique à des facteurs chroniques de stress professionnel, y compris à la détresse morale et à un traumatisme vicariant. L'épuisement professionnel n'est pas spécifiquement lié au travail avec des personnes touchées par des traumatismes[79].

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

Un exemple d'épuisement professionnel :
À la suite d'une réorganisation du système de santé et des services sociaux, la gestionnaire d'un département de santé mentale et de dépendance a la charge de plusieurs équipes ayant de nombreux dossiers urgents. Elle passe beaucoup de temps au travail et se trouve surchargée par ses tâches, le manque de proximité avec ses équipes et le manque de reconnaissance et de soutien de sa direction. Elle fait de l'insomnie, commence à avoir de la difficulté à se concentrer et à mémoriser des informations et finit par donner des directives à la mauvaise équipe.

4.2.4 La fatigue d'empathie (ou fatigue de compassion)

La fatigue d'empathie (fréquemment appelée « fatigue de compassion » ou « détresse empathique ») est une forme d'épuisement professionnel résultant de l'exposition régulière à la souffrance d'autrui. Elle se manifeste par une baisse d'énergie et de vitalité, des sentiments de désespoir et d'impuissance et une hypersensibilité à la souffrance d'autrui[5,85]. Ces symptômes peuvent conduire à des comportements d'évitement, de désinvestissement et de remise en question du sens du travail[5,87].

Un exemple de fatigue d'empathie :
Une infirmière travaillant dans un service d'injection supervisé se sent de plus en plus démunie et épuisée face à la souffrance et à la précarité des personnes qu'elle accompagne. Elle commence à raccourcir ses consultations et se concentre uniquement sur les problèmes somatiques des personnes, en évitant d'aborder leur contexte de vie. Dans les réunions d'équipe, elle n'intervient plus dans la recherche de pistes de solution pour les personnes suivies et semble détachée de leurs souffrances.

4.3 L'interrelation des répercussions et des stratégies

De nombreuses recherches montrent que les répercussions psychologiques et émotionnelles sur le personnel travaillant avec des personnes vivant des traumatismes et de la violence sont considérables. Ces différentes formes de souffrance professionnelle peuvent également se cumuler et avoir des effets encore plus importants sur le personnel. Varcoe souligne qu'« ...il est probable que le fait de travailler avec des personnes qui ont subi ou subissent des violences et des traumatismes dans des lieux de travail peu encourageants et moralement contraignants constitue une combinaison toxique »[85(p63)] [Notre traduction].

La grande majorité des stratégies proposées pour faire face au traumatisme vicariant, à la détresse morale et à la fatigue d'empathie se concentrent sur l'individu, en renforçant sa résilience et ses ressources d'autosoins. Il est aussi important de souligner que les conditions de travail et les environnements professionnels peuvent exercer une grande influence, protec-

trice ou aggravante. Afin de diminuer la prévalence de ces répercussions dans les milieux de travail, il faut non seulement éviter absolument de responsabiliser uniquement les individus, mais mettre également en place des stratégies sur le plan organisationnel et systémique[85].

4.4 La résilience, une conséquence positive du travail avec les personnes touchées par les traumatismes

Les conséquences du travail auprès de personnes touchées par des traumatismes et la violence ne sont pas uniquement négatives. Il est important de relever que, dans les bonnes conditions, le personnel peut aussi développer des formes de résilience qui vont avoir un grand effet bénéfique sur leur travail avec ces personnes. Cela met en évidence combien la relation thérapeutique peut être bénéfique, non seulement pour la personne en situation de précarité, mais également pour le personnel. Dans ce cas de figure, chaque personne peut en retirer du sens et en ressortir grandie.

La résilience peut être définie comme la capacité de résister et de rebondir face aux défis de la vie. Elle se développe par un processus dynamique favorisant une adaptation positive dans un contexte d'adversité[91].

Différentes formes de résilience peuvent être constatées chez le personnel travaillant avec des personnes touchées par des traumatismes et la violence :

1. **La résilience vicariante :** La résilience vicariante se définit comme un développement personnel positif chez les membres de l'équipe résultant de leur exposition à la résilience des personnes accompagnées[92]. Le fait d'être témoin de la résilience d'autrui vient toucher la personne en position d'intervention en suscitant de l'espoir et en soulignant les voies de résilience possibles pour chaque individu. La résilience vicariante se cultive de plusieurs façons :
   - En écoutant avec compassion les récits de traumatismes et de violence des personnes.
   - En vivant une relation de reconnaissance positive et mutuelle avec les personnes accompagnées.
   - En développant la compétence systémique et en prenant conscience de ses propres privilèges ou oppressions.
   - En se concentrant sur la résilience et la progression des personnes accompagnées[92].

Un exemple de résilience vicariante :
Une personne qui intervient dans un centre de consultation pour des victimes de violences sexuelles ne veut plus laisser sa fille adolescente sortir avec des camarades le soir, car elle ressent de grandes peurs envers les autres et le monde extérieur.

En voyant comment les parents de victimes de violences sexuelles accompagnent leurs enfants sans les restreindre par peur que quelque chose de similaire leur arrive de nouveau, elle s'inspire de ces histoires, change de perspective et ouvre la discussion avec sa fille sur ses craintes, avant d'établir un mode de fonctionnement commun.

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

2. **La résilience morale :** La résilience morale peut être définie comme la capacité à maintenir, restaurer ou développer son intégrité face à des situations de complexité morale, de confusion ou de détresse[93]. Elle se développe :
   - en apprenant à s'autoréguler dans des contextes difficiles et à interrompre un discours intérieur négatif[93] ;
   - en développant la conscience et la compréhension de soi[93] ;
   - en discernant les défis éthiques et en agissant en accord avec ses valeurs[93] ;
   - en faisant preuve de solidarité morale avec les personnes accompagnées, tout en distinguant ses propres valeurs, points de vue et intérêts de ceux des autres[94] ;
   - en défendant ses propres valeurs et les actions estimées nécessaires, même en cas de résistance[94] ;
   - en ayant la volonté et le courage d'accepter a posteriori qu'une décision n'était pas la bonne et en étant prêt à s'ajuster sans avoir besoin de se culpabiliser[94].

Un exemple de résilience morale :
Un intervenant psychosocial d'un centre d'hébergement pour personnes en situation d'itinérance se sent de plus en plus impuissant et désespéré lorsqu'il doit refuser des personnes en raison du manque de place dans le centre.

Après plusieurs supervisions cliniques et échanges avec ses collègues, l'intervenant commence à voir son rôle non seulement comme celui d'un intervenant sur le terrain, mais aussi comme celui d'un défenseur du changement. En promouvant le partage des expériences des personnes qu'il soutient, ces dernières deviennent alors porte-parole de leurs pairs pour dénoncer les injustices et le manque de ressources, ce qui redonne du sens à ses interventions et lui permet de retrouver la motivation pour accomplir son travail.

3. **La résilience d'empathie :** La résilience d'empathie est la capacité de préserver son bien-être physique, émotionnel et psychologique en transformant l'empathie en de la compassion à l'égard d'autrui. Cette forme de résilience peut être cultivée :
   - en faisant preuve d'humilité et en restant ouvert à la possibilité d'apprendre des personnes accompagnées[94] ;
   - en intégrant des activités plus ludiques dans le quotidien (des moments de légèreté, de joie et de vitalité)[95] ;
   - en maintenant le contact avec le corps et les émotions[95] ;
   - en prenant intentionnellement des moments pour être en contact avec ses pensées, ses idées et ses émotions[94].

Un exemple de résilience d'empathie :
Une infirmière travaillant dans un service d'injection supervisée se sent de plus en plus démunie et épuisée face à la souffrance et à la précarité des personnes utilisatrices de SPA et en situation d'itinérance qu'elle accompagne. Elle commence à raccourcir ses consultations et se concentre uniquement sur les problèmes somatiques des personnes, en évitant d'aborder leur contexte de vie. Dans les réunions d'équipe, elle n'intervient plus dans la recherche de pistes de solution pour les personnes suivies et semble détachée de leurs souffrances.

À la suite de discussions avec ses collègues, elle prend conscience du fait qu'elle se renferme sur soi. Elle consulte un psychologue pour parler de ses difficultés et commence à faire des exercices de méditation afin d'améliorer son ancrage et sa régulation émotionnelle. Elle réalise qu'elle est souvent dans l'empathie, que les émotions de ses patients résonnent en elle. Elle fait alors le choix délibéré d'adopter plutôt une attitude de compassion et de bienveillance, sans pour autant avoir à vivre les émotions des personnes qu'elle accompagne.

Il est évident que ces différentes formes de résilience ne sont pas uniquement l'affaire des individus. Pour favoriser le développement de ces résiliences, il est important que les organismes proposent des actions collectives et un soutien institutionnel par rapport aux répercussions du travail en lien avec les traumatismes et la violence. À titre d'exemple, une récente étude réalisée auprès de médecins aux États-Unis montre qu'un plus grand soutien institutionnel est associé à une diminution des taux d'épuisement professionnel ainsi qu'à une plus grande résilience d'empathie[85].

4.5 Les réponses de l'ATTV pour améliorer le bien-être des équipes travaillant avec des personnes touchées par les traumatismes

L'approche tenant compte des traumatismes et de la violence encourage l'adoption d'une vision où la sécurité de tout le monde est prise en compte, y compris celle des équipes[85]. Cela implique de porter attention aux différentes formes de risques auxquels est confronté le personnel qui travaille avec des personnes ayant vécu des traumatismes et de la violence.

Cependant, les répercussions néfastes du travail avec les personnes touchées par des traumatismes ne peuvent pas être prévenues ou atténuées uniquement par des actions individuelles. Selon la ressource *Trauma-Informed – The Trauma Toolkit*, du Klinik Community Health Center :

> [La prévention] dépend en grande partie du niveau d'engagement d'une organisation ou d'un système à prendre en compte les traumatismes. Cela signifie que l'on accorde une grande importance à la création d'une culture de sécurité et de confiance pour le personnel ainsi que pour les personnes utilisatrices des services.[79(p125)] [Notre traduction]

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

Par conséquent, des actions sont nécessaires à plusieurs niveaux afin de créer des changements positifs et de développer de la résilience sur les lieux de travail.

4.5.1 Les réponses individuelles

Sur le plan individuel, de nombreux outils utilisés dans le cadre de l'ATTV peuvent améliorer le bien-être, la satisfaction et l'adéquation du personnel travaillant avec des personnes touchées par des traumatismes et la violence.

4.5.1.1 L'ABC de la gestion du traumatisme vicariant

Toujours selon le *Trauma-Informed – The Trauma Toolkit* du Klinik Community Health Center une manière simple d'aborder et d'atténuer les répercussions sur les équipes est de prendre en compte l'ABC du traumatisme vicariant[79] :

- **Conscience *(Awareness)* :** être en contact avec ses propres émotions, limites et ressources. Il s'agit également d'écouter toutes les informations données par le corps, autant cognitives que somatiques et intuitives.
- **Équilibre *(Balance)* :** maintenir un équilibre entre ses différentes activités, surtout entre le travail, les loisirs et le repos.
- **Connexion *(Connexion)* :** se connecter à soi-même et aux autres en privilégiant la communication et le lien avec autrui. Les liens sociaux rompent l'isolement et sont source d'espoir et de résilience.

De la même manière que l'ATTV encourage les personnes ayant vécu des traumatismes à trouver des manières de rester ancrées, il est essentiel que les équipes de soins partenaires trouvent elles aussi leurs propres outils dans ce domaine. Chaque personne étant unique, il n'y a pas un seul outil ou une seule méthode qui s'applique à tout le monde.

4.5.1.2 Autosoins

De nombreuses études soulignent l'importance des autosoins pour les personnes qui sont confrontées à des traumatismes sur leur lieu de travail. Dans ce contexte, les autosoins sont des pratiques et des activités mises en place pour réduire le stress et améliorer la santé et le bien-être. Les pratiques d'autosoins permettent aux équipes de soins de mieux cerner les défis qui existent dans leur travail, de prendre conscience de leurs vulnérabilités et de leurs forces et de construire un meilleur équilibre de vie.

Ces soins peuvent être de différentes natures[96] :

- Physiques : exercice, régime équilibré, massages, pratique de sports, vacances, etc.
- Psychologiques : introspection, psychothérapie, tenue d'un journal, pleine conscience, etc.
- Émotionnels : se féliciter, faire preuve d'autocompassion, s'accorder le droit de vivre ses émotions, etc.
- Spirituels : passer du temps en nature, méditer, entretenir son optimisme, s'engager dans des causes, etc.
- Professionnels : prendre des pauses, échanger avec ses collègues, mettre des limites, aménager son environnement, etc.

Comme avec l'ABC, la mise en place d'autosoins est aussi importante pour les personnes ayant vécu des traumatismes et de la violence que pour les équipes qui travaillent avec elles. De plus, pratiquer régulièrement des autosoins renforce la conviction de leur utilité dans la gestion des conséquences des traumatismes et favorise, par conséquent, leur diffusion dans le cadre professionnel.

4.5.1.3 Autocompassion

Afin de soutenir le rétablissement des personnes ayant vécu des traumatismes, les équipes de soins partenaires doivent développer leur capacité d'autocompassion. La capacité de faire preuve de compassion est intrinsèquement liée à la capacité de ressentir de la compassion envers soi-même[79]. Cependant, dans un monde axé sur la performance et sur l'autocritique, ce mouvement d'autocompassion peut être difficile à apprivoiser. Des recherches démontrent que la mise en place de l'autocompassion réduit l'anxiété et la dépression et renforce les états positifs tels que le bonheur, le bien-être, la satisfaction et l'optimisme[97].

Selon le *Trauma-Informed – The Trauma Toolkit* du Klinik Community Health Center :

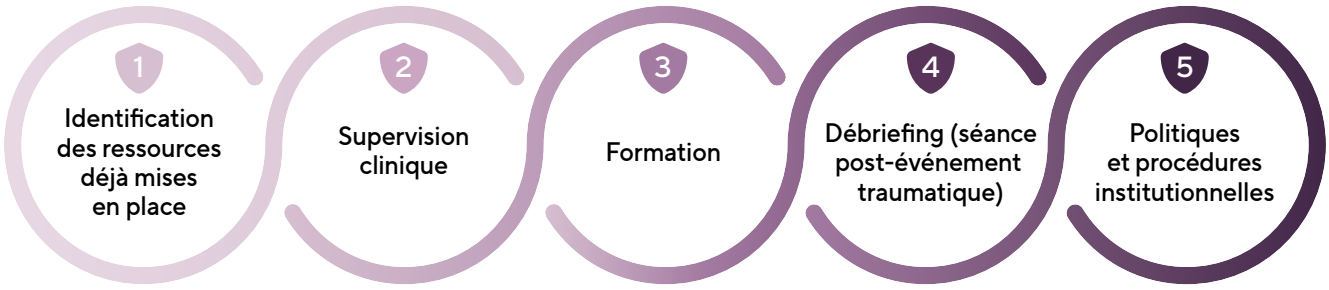
> La conséquence la plus importante de l'autocompassion est l'augmentation de la capacité à prendre soin des autres. Si nous sommes plus conscients que tout le monde est dans le même bateau, dans la même réalité de la lutte humaine, nous pouvons être sensibles à la souffrance des autres.[79(p105)] [Notre traduction]

4.5.2 Les réponses organisationnelles

Les services et les établissements ont la responsabilité de créer des lieux de travail psychologiquement et physiquement sécuritaires pour l'ensemble de leur personnel. Des lieux de travail qui mettent en place l'ATTV accordent une grande importance au bien-être du personnel, favorisant ainsi le développement de la résilience.

L'ATTV propose les outils suivants pour aider les organisations à soutenir leur personnel et pour prévenir le traumatisme vicariant et la fatigue de compassion.

FIGURE 9. LES RÉPONSES ORGANISATIONNELLES DE L'ATTV



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

4.5.2.1 Identification des ressources déjà mises en place

Les organisations ont souvent déjà mis en place des mesures pour favoriser le bien-être de leur personnel (par ex., des réunions d'équipe, des politiques sur les pauses/vacances, des personnes-ressources, etc.). La première étape, pour une organisation qui cherche à mettre en place des mesures afin de réduire les effets négatifs du travail auprès des personnes touchées par des traumatismes et la violence, est de repérer et d'identifier ces ressources existantes. Par la suite, il est nécessaire d'interroger le personnel sur l'utilité et l'accessibilité de ces ressources. De cette manière, des structures politiques et pratiques déjà adoptées peuvent être renforcées et/ou améliorées[5].

4.5.2.2 Supervision clinique

De nombreux guides sur l'ATTV citent la supervision clinique comme une pratique importante pour agir contre le traumatisme vicariant[5,17,79,98]. Ces supervisions devraient être programmées régulièrement et assurées par des personnes formées à l'ATTV.

Les supervisions cliniques devraient être destinées à tous les membres du personnel, quel que soit leur rôle dans l'organisation. S'il est évident que des espaces de supervision sont fondamentaux pour les équipes de première ligne qui interagissent avec les personnes ayant vécu des traumatismes et de la violence, ces espaces sont également nécessaires pour le personnel non médical et administratif. Selon le *Trauma-Informed Organizational Change Manual* de l'ITTIC, « ...quel que soit le rôle des travailleurs, les supervisions peuvent leur offrir un lieu sécurisant et la possibilité de discuter de leurs réactions au stress, des préoccupations liées à leur rôle et des méthodes pour gérer le stress »[5(p76)] [Notre traduction].

4.5.2.3 Formation

La formation est impérative pour les équipes qui travaillent avec des personnes touchées par des traumatismes et la violence. Ces formations devraient traiter de la manifestation des traumatismes ainsi que de leurs effets. Elles devraient également aborder les répercussions du travail auprès des personnes touchées par des traumatismes et la violence ainsi que les stratégies de développement de la résilience. Des formations plus spécifiques, traitant des liens entre la santé mentale, la consommation de substances et les traumatismes, devraient également être proposées[17].

L'expérience clinique et la recherche continuent à produire de nouvelles connaissances dans ce domaine. Des formations régulières font en sorte que les connaissances et les compétences des équipes restent à jour et pertinentes d'un point de vue clinique[5,17].

4.5.2.4 Débriefing (séance post-événement traumatique)

Afin de limiter la prévalence des traumatismes vicariants, les organismes se doivent de mettre en place des débriefings pour le personnel confronté à des événements traumatisants. Ces événements peuvent être internes (décès d'une personne utilisant les services, violence au sein de l'institution) ou externes (violences dans le quartier). Ces espaces de réunion-bilan devraient être facilement accessibles à tout le personnel (clinique, administratif et de gestion) et les plus inclusifs possible[5].

4.5.2.5 Politiques et procédures institutionnelles

La grande majorité des guides sur l'ATTV estiment que les organisations doivent prévoir dans leur politique en matière de ressources humaines des avantages dont bénéficieraient les équipes travaillant avec des personnes touchées par des traumatismes. Il est démontré que les salaires et les avantages sociaux contribuent de manière positive à la résilience et à la reconnaissance du personne[15,17,85].

Afin d'agir sur la détresse morale dans les équipes, il est également important de mettre en place des espaces où les membres de ces équipes peuvent partager leurs difficultés avec la hiérarchie et, au besoin, dénoncer de manière anonyme des conditions de travail néfastes.

Il est nécessaire que des politiques et des procédures concernant le personnel touché par les répercussions négatives de son travail auprès des personnes ayant vécu des traumatismes et de la violence soient mises en place. Des politiques considérant le harcèlement et la discrimination sur le lieu de travail ont également un effet sur la prévalence de traumatisme vicariant, d'épuisement professionnel, de détresse morale et de fatigue d'empathie[5].

4.5.3 Les réponses liées à la compétence systémique

Selon Varcoe, « ...comprendre les influences systémiques qui concernent à la fois le personnel et les clients et comprendre que chaque interaction a un effet sur les autres et sur les organisations, c'est poser les bases de l'optimisation des cultures de travail »[85(p68)] [Notre traduction]. Cette compétence systémique est importante, autant pour assurer le bien-être et la sécurité des personnes touchées par des traumatismes et la violence (c.f chapitre 3), que pour prévenir le traumatisme vicariant, la fatigue de compassion et la détresse morale[85].

Les équipes qui sont outillées pour cerner les influences systémiques peuvent mieux repérer les obstacles aux services et au bien-être de chaque personne, et ainsi mieux détecter les circonstances qui sont hors de leur contrôle.

Ces équipes peuvent également porter attention au langage utilisé dans leurs services, contribuant ainsi à des relations plus respectueuses pour tout le monde. Le développement d'un langage prenant en compte les aspects systémiques permet d'éviter les étiquettes, de favoriser le respect mutuel et de rendre visibles les influences systémiques en jeu (cf. encadré « L'importance du langage » du présent guide). Le développement de rapports respectueux entre les équipes et les personnes qu'elles accompagnent favorise un meilleur environnement de travail et atténue les risques de traumatisme vicariant[85].

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

Développer un langage systémique – quelques exemples[85]

Lors de la présentation de situations cliniques :

> *Homme de 70 ans, originaire de [Nation], fréquentant actuellement tel [refuge], survivant des pensionnats et ayant des problèmes de [...]*
> **plutôt que**
> *Homme autochtone de 70 ans, itinérant, séropositif et ayant des antécédents de toxicomanie.*

> *Femme de 32 ans, réfugiée de [pays] pendant la guerre, membre du [peuple] et présentant des problèmes de [...]*
> **plutôt que**
> *Femme iraquienne polyconsommatrice et bipolaire.*

Lors de l'arrivée tardive à un rendez-vous :

> *Est-ce que vous avez eu des difficultés pour venir aujourd'hui?*
> **plutôt que**
> *Vous êtes encore en retard.*

Lors d'un refus de traitement ou de service :

> *Qu'est-ce qui vous pose problème avec ce [traitement/service]? Est-ce que vous souhaitez qu'on en discute davantage et que je puisse répondre à des questions ou à des inquiétudes que vous pouvez avoir?*
> **plutôt que**
> *Ce traitement/service est nécessaire pour vous.*

Finalement, le développement d'une compétence systémique permet de valoriser les contributions des équipes, tout en reconnaissant que la violence systémique et l'inégalité sont des phénomènes endémiques qui ne peuvent être résolus par un seul individu ou une seule organisation. Reconnaître que chaque contribution compte, mais qu'aucune contribution n'est suffisante peut aider les équipes à se positionner afin de continuer à travailler dans des situations difficiles sans être débordées[85].

Compétences et caractéristiques permettant de nouer des relations solides avec les personnes touchées par des traumatismes et la violence

Des relations solides entre les personnes ayant vécu des traumatismes et les équipes de soins partenaires sont au fondement même du rétablissement des personnes, mais également de la satisfaction professionnelle de ces équipes[79]. Les équipes de soins doivent développer de nombreuses compétences pour favoriser cette construction de liens et s'appuyer sur ces dernières.

Quelques exemples de compétences et de caractéristiques importantes pour travailler avec les personnes touchées par des traumatismes (inspiré du *Trauma-Informed – The Trauma Toolkit* du Klinik Community Health Center) :

Compassion
La compassion est une perception de la souffrance d'autrui et la volonté de lui venir en aide. Cela implique que le personnel ressente un sentiment d'égalité et d'humanité partagée avec les personnes qui utilisent les services.

Capacité à parler ouvertement
Les membres des équipes de soins partenaires devraient pouvoir aborder ouvertement les émotions et expériences des personnes touchées par des traumatismes et la violence. Le personnel devrait se sentir à l'aise de nommer et d'échanger sur les traumatismes et la violence.

Connaissance de soi
Les membres des équipes de soins partenaires devraient cultiver une compréhension de leurs propres histoires de traumatismes, ainsi que leurs croyances, sentiments, valeurs et biais en lien avec ce sujet.

Autosoin et bien-être
Une attention portée à l'autosoin est importante, car le bien-être du personnel a une incidence sur sa disponibilité et sa capacité à être en lien avec les personnes accompagnées. Le renforcement du bien-être n'est pas uniquement une responsabilité individuelle, mais également collective, organisationnelle et systémique.

Flexibilité
La souplesse et la flexibilité sont essentielles, car elles permettent de modifier des habitudes ou des procédures pour accommoder les besoins et le rythme des personnes touchées par des traumatismes et la violence.

Aisance avec l'inconnu
Les expériences de traumatismes ne seront pas toujours compréhensibles ou visibles pour les membres de l'équipe. Face à l'inconfort et à l'incertitude que cela peut produire, ces derniers devraient savoir rester ouverts et disponibles.

Volonté d'apprendre des personnes et humilité
Les membres de l'équipe de soins partenaire devraient reconnaître l'expertise des personnes suivies au sujet de leur situation et de leur histoire de vie. Ils devraient être ouverts à apprendre de l'autre et à éviter les dynamiques inégales de pouvoir qui peuvent reproduire celles de l'expérience de traumatisme.

Capacité de réguler ses émotions
Vu l'intensité émotionnelle qui peut être vécue par le personnel en lien avec des récits de traumatismes et de violence, il est important que chaque membre de l'équipe puisse réguler ses propres émotions et rester ancré. Ainsi, la fenêtre de tolérance (cf. graphique) peut être utilisée autant par la personne qui offre le soutien pour se situer elle-même et s'assurer qu'elle reste dans une zone d'équilibre émotionnel, qu'avec la personne pour soutenir l'intervention.

Volonté de partager
Il est normal que les membres des équipes ressentent des émotions complexes après des discussions ou des témoignages portant sur des traumatismes et de la violence. Il est donc essentiel qu'ils soient à l'aise de partager leurs expériences et leur ressenti avec d'autres membres de l'équipe.

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025



4.6
Travailler avec les personnes touchées par des traumatismes et la violence : concepts clés

- Le personnel qui travaille auprès des personnes touchées par des traumatismes et la violence est à risque de vivre des problèmes de santé physique et mentale en lien avec ses activités professionnelles.
- Des conditions de travail difficiles et une lacune de ressources de soutien augmentent le risque pour le personnel de vivre des traumatismes vicariants, de l'épuisement professionnel, de la détresse morale ou de la fatigue de compassion.
- Comprendre les risques et les signes de ces problématiques est le premier pas vers une meilleure prise en compte de la santé du personnel. L'ATTV propose des changements sur le plan individuel et organisationnel pour soutenir le personnel travaillant auprès des personnes touchées par des traumatismes et la violence et pour renforcer sa résilience.
- Les équipes outillées pour identifier les influences systémiques peuvent mieux repérer les obstacles aux services et au bien-être de chaque personne.
- Le développement d'un langage prenant en compte les aspects systémiques permet d'éviter des étiquettes, de favoriser le respect mutuel et de rendre visibles les influences systémiques en jeu, contribuant ainsi à des relations davantage respectueuses.

CHAPITRE 5

La mise en place de l'ATTV dans les organisations



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

5. La mise en place de l'ATTV dans les organisations

La mise en place de l'ATTV dans un service ou une organisation a le potentiel d'améliorer la santé et le bien-être des personnes qui utilisent les services ainsi que des personnes qui y travaillent[4,5,17]. Cependant, une approche globale d'implantation nécessite des changements dans l'organisation et dans la pratique des équipes[99].

Il existe des mesures simples et concrètes que les établissements et les services peuvent prendre pour intégrer une approche tenant compte des traumatismes et de la violence. La transformation vers une organisation tenant compte des traumatismes et de la violence est un processus fluide et continu. Des changements progressifs et abordables peuvent rapidement être mis en place afin d'intégrer l'ATTV. Toutefois, cette implantation nécessite un engagement ainsi qu'un désir de soutenir le développement de ces pratiques de la part de l'organisation[19].

La mise en œuvre de l'ATTV commence par une reconnaissance générale des répercussions des traumatismes sur les personnes en situation d'itinérance et utilisatrices de SPA[17]. Cela implique souvent de changer la culture organisationnelle, c'est-à-dire d'établir des modifications dans les priorités de l'organisation et dans la compréhension des situations des personnes qui utilisent ses services et des besoins du personnel. Ces considérations déterminent l'organisation des services, la pratique professionnelle au sein de ceux-ci ainsi que le comportement du personnel[100].

5.1

Les principaux domaines de développement de l'ATTV dans les organisations

Dans le cadre de l'implantation de l'ATTV, il existe plusieurs domaines de développement possibles. Ces domaines sont des facettes spécifiques du fonctionnement organisationnel qui devraient être abordées dans une vision tenant compte des traumatismes et de la violence afin qu'un changement organisationnel global vers l'ATTV puisse avoir lieu[5]. Ces domaines sont les suivants :



1. Formation du personnel
2. Création de lieux sécuritaires pour les personnes en situation de précarité et le personnel
3. Soutien du personnel
4. Développement de pratiques en ressources humaines favorables à l'ATTV
5. Révision des politiques et des procédures

Chaque domaine de développement implique des changements organisationnels fondés sur les valeurs et les principes de l'ATTV. Certaines organisations ou certains services n'auront pas beaucoup de contrôle sur une partie de ces domaines de développement, notamment sur le recrutement ou le processus d'embauche. Il est donc important de prendre la mesure des domaines d'action possibles et de concentrer l'énergie disponible sur les domaines où il est possible d'effectuer des transformations[5].

Afin de bénéficier des meilleures conditions pour la mise en œuvre de l'ATTV dans une organisation, peu importe son contexte, la présence d'effectifs adéquats dans les services ainsi que de ressources pour soutenir l'implantation est très importante[101]. Sans ces deux facteurs, la mise en place de l'ATTV peut être compromise sur le plan organisationnel, même si elle reste possible à un niveau individuel ou d'équipe.

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

5.1.1



La formation du personnel

Un domaine de développement clé pour l'implantation de l'ATTV est la formation sur les traumatismes et la violence pour tout le personnel. Il est important que ces formations soient proposées non seulement aux équipes de soins partenaires, mais également aux membres du personnel qui sont en contact avec les personnes utilisatrices des services, comme le personnel à l'accueil, le personnel de sécurité et les personnes s'occupant de l'entretien ménager ou de l'administration. Comme l'implantation de l'ATTV nécessite un changement de culture organisationnelle, tout le personnel, peu importe son rôle, a besoin d'une formation de base sur les traumatismes et la violence ainsi que sur les principes de l'ATTV[5].

Les résultats d'une recherche sur la mise en œuvre de l'ATTV dans des cliniques de soins de santé primaires montrent que les membres du personnel qui ont participé à des formations en ATTV constatent une augmentation de leur confiance en lien avec les pratiques de l'ATTV[102]. Ces expériences révèlent qu'inclure l'ensemble du personnel permet d'avoir des discussions interprofessionnelles pertinentes et de trouver des idées novatrices sur la mise en œuvre de changements peu coûteux dans les services afin d'améliorer le sentiment de sécurité ainsi que le confort et le bien-être des personnes (par ex., des changements de lumières/décoration dans une salle d'attente, l'aménagement d'un espace de confidentialité pour les entretiens, etc.)[101].

Plusieurs projets d'implantation ont montré que le personnel peut se sentir frustré et impuissant lorsqu'il reçoit des formations sur l'ATTV sans bénéficier de moments d'échange interprofessionnels sur les pistes de mise en œuvre au sein de l'organisation. Il est donc conseillé d'allier les formations à ce type d'espace d'échange[5,101]. La formation sur l'ATTV est un processus itératif qui nécessite souvent un temps d'assimilation et de questionnement. Par conséquent, des mini-formations, des formations continues et des espaces de discussion permettant des moments d'approfondissement sont nécessaires pour que des actions concrètes puissent être menées.

Si la formation du personnel est nécessaire, elle n'est pas suffisante pour profiter des avantages de l'ATTV. Purtle relève ce qui suit :

> La mise en place d'approches tenant compte des traumatismes semble avoir les effets les plus significatifs sur les résultats des [personnes utilisatrices des services] lorsque l'intervention comprend d'autres éléments (par exemple, des changements de politique), en plus des formations du personnel.[103(p12)] [Notre traduction].

Afin d'établir des objectifs réalistes dans le contexte de chaque organisation, il peut être utile de se poser quelques questions[17,100] :

- ☑ Dans quelle mesure tous les membres du personnel ont-ils reçu une formation appropriée sur les traumatismes et leurs implications dans leur travail?
- ☑ Quelle formation le personnel a-t-il reçue sur la sécurité culturelle?
- ☑ Le personnel est-il encouragé à chercher des possibilités de formation et à faire des suggestions sur ce qui est nécessaire?
- ☑ Comment les enseignements tirés des formations pourraient-ils être maintenus?
- ☑ Quelles sont les possibilités d'initiatives d'apprentissage par les pairs, comme les communautés de pratique?
- ☑ Est-ce que des formations sur l'ATTV sont incluses de façon obligatoire à l'embauche et dans le programme de formation des employés?
- ☑ Quels types de professions suivent les formations? Est-ce que, par exemple, le personnel à l'accueil, les agents de sécurité et les gestionnaires sont inclus?

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

La formation du personnel : premiers pas organisationnels

★ Allouer des ressources pour des formations sur l'ATTV et permettre au personnel de se libérer afin d'y participer.

★ Inclure des formations sur les traumatismes, la violence et l'ATTV dans le plan de formation de base destiné à l'ensemble du personnel. Ces formations devraient aborder les sujets suivants[17] :

- Les rapports entre la santé psychologique, la consommation de SPA, l'itinérance et les traumatismes
- La sécurité culturelle et son lien avec l'ATTV
- L'influence du genre sur les types de traumatismes et de violences subis
- Les aspects interpersonnels et systémiques liés aux traumatismes et à la violence
- Les compétences en matière de communication et de relations (par ex., la communication non violente, le langage inclusif, l'écoute réflexive, etc.)
- Les pratiques pour réduire la retraumatisation (par ex., la construction de compétences sur les traumatismes pour les personnes utilisatrices des services, des mécanismes d'adaptation, des stratégies de désescalade et d'ancrage ainsi que des techniques de régulation émotionnelle)
- Les signes et les répercussions du traumatisme vicariant, de l'épuisement professionnel, de la détresse morale et de la fatigue d'empathie ainsi que les moyens de minimiser leurs effets

★ Mettre en place des espaces de réflexions interprofessionnelles afin de favoriser l'émergence de modifications de pratiques et de politiques ancrées dans le contexte de l'organisation.

★ Sensibiliser le personnel aux services spécifiques liés aux traumatismes qui sont offerts dans la région ainsi qu'aux services spécialisés qui soutiennent les personnes touchées par des traumatismes (par ex., les services pour les personnes réfugiées ou victimes de torture, pour les membres des communautés LGBTQIA2+, pour les vétérans, pour les personnes autochtones, etc.).

5.1.2

La création de lieux sécuritaires pour les personnes en situation de précarité et le personnel

La création de lieux sécuritaires, autant sur le plan émotionnel que physique, pour les personnes utilisatrices des services et le personnel est un domaine de développement important dans l'implantation de l'ATTV. C'est également un domaine qui peut permettre la mise en œuvre de petits changements susceptibles d'avoir de grands effets sur le bien-être de tout le monde.

Afin de renforcer le sentiment de sécurité dans les organisations, il est important de réfléchir autant aux espaces physiques qu'à la culture organisationnelle et aux politiques en place. Dans ce domaine de développement, l'objectif est d'établir des environnements sécurisants et respectueux, exempts de discrimination ou de stigmatisation. Cela a pour effet de réduire les risques de retraumatisation, de permettre l'accueil dans la dignité de divers groupes de personnes et de diminuer les risques de traumatisme vicariant[5,17,101].

Dans une optique ATTV, plusieurs considérations sont à prendre en compte par rapport à la sécurité de l'environnement de l'organisation.

Sur le plan de l'espace physique, il s'agit de réfléchir à l'accessibilité et à la sécurité des lieux, en commençant par le bâtiment lui-même. On pourra, à cet égard, se poser les questions suivantes[100] :

- ☑ Est-ce que l'extérieur du bâtiment est bien éclairé?
- ☑ La signalisation est-elle claire, visible, accueillante et accessible (langue, niveau de lecture, visuel clair et simple, etc.)?
- ☑ L'entrée du bâtiment est-elle accessible à tout le monde (notamment aux personnes en situation de handicap)? Est-ce que l'endroit est desservi par les transports publics?

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

Par la suite, il s'agit d'évaluer les lieux d'accueil et de soins avec un regard ATTV. Dans ce sens, un certain nombre de questions peuvent se poser[5,17,100] :

- ☑ L'espace est-il chaleureux et confortable?
- ☑ Les couleurs choisies et le choix d'éclairage sont-ils agréables et apaisants?
- ☑ Comment est-ce que l'espace reflète l'engagement envers la diversité et l'inclusion ou envers les groupes desservis (œuvres d'art/affiches/photos)?
- ☑ Un langage positif et inclusif est-il utilisé dans la signalisation?
- ☑ Existe-t-il un espace pour les enfants, les animaux, etc.?
- ☑ Les personnes sont-elles accueillies chaleureusement à leur arrivée?
- ☑ Les salles de bains sont-elles faciles d'accès, clairement indiquées et inclusives pour les personnes (par ex., toilettes non genrées)?
- ☑ L'espace est-il aménagé de manière à ce que chaque personne puisse avoir un espace personnel?

Un sentiment de sécurité et de respect doit aussi être créé dans les interactions entre le personnel et les personnes qui utilisent les services. Il peut donc être intéressant de se poser un certain nombre de questions à cet égard[100] :

- ☑ Les premières rencontres avec les personnes sont-elles accueillantes, respectueuses et encourageantes? Est-ce que le personnel à l'accueil est formé en ce sens et est-ce que les attentes envers ses membres sont explicites?
- ☑ Les personnes sont-elles informées de ce qui les attend? Reçoivent-elles des explications et des informations claires sur les procédures? Les motivations sous-jacentes aux procédures sont-elles explicites? Chaque rencontre se termine-t-elle par des informations sur la suite des événements?
- ☑ Les interactions respectent-elles la confidentialité et l'intimité des personnes?
- ☑ Le personnel fait-il preuve de compassion et de soutien dans ses échanges? Ceux-ci sont-ils valorisants et positifs?
- ☑ Le personnel utilise-t-il un langage inclusif et centré sur la personne?
- ☑ Le personnel est-il attentif aux signes d'inconfort ou de malaise des personnes? Comprend-il ces signes en lien avec les traumatismes et la violence?
- ☑ Les personnes peuvent-elles facilement et sans crainte faire part de leurs besoins particuliers, de leurs commentaires pour l'amélioration des services, etc.

Finalement, pour bien considérer la sécurité et le respect de tout le monde, il est important de se pencher sur le sentiment de sécurité du personnel. Quelques questions peuvent aider à cette réflexion[5,17,100] :

- ☑ Les membres du personnel se sentent-ils physiquement en sécurité? Se sentent-ils en sécurité sur le plan émotionnel?
- ☑ L'espace est-il adapté à des considérations de sécurité pour le personnel (sorties accessibles, assistance facilement joignable en cas de besoin, espace suffisant pour que les gens se sentent à l'aise, intimité suffisante, etc.)?
- ☑ Le personnel a-t-il des espaces pour faire part de ses préoccupations cliniques, de ses craintes et de ses réactions émotionnelles lors des réunions d'équipe ou de supervision clinique?

Encore une fois, il est essentiel d'impliquer les membres du personnel de manière interprofessionnelle afin de procéder à une évaluation pertinente des conditions de sécurité et de respect dans une organisation. Des idées comme le réaménagement du mobilier, l'affichage d'œuvres d'art d'artistes autochtones ou la possibilité de prendre de l'eau ou du café dans la salle d'accueil peuvent déjà rendre les lieux plus respectueux et sécurisants. Le personnel qui travaille tous les jours dans les lieux et les patients qui les fréquentent sont les plus à même de déterminer les changements possibles[101].

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

5.1.2
La création de lieux sécuritaires pour les personnes en situation de précarité et le personnel

Créer des lieux sécuritaires pour tout le monde : premiers pas organisationnels

- ★ Réaliser régulièrement des états des lieux en utilisant un outil d'évaluation ATTV afin d'évaluer la sécurité physique et émotionnelle de l'environnement (voir l'outil de Réalisation de visite, dans l'encadré suivant).
- ★ Impliquer les membres du personnel de différentes professions ainsi que les personnes qui utilisent les services dans la recherche d'idées et de changements.
- ★ Prêter attention aux questions d'inclusion et de diversité dans le choix du décor et l'affichage dans les locaux.
- ★ Prendre en compte les besoins des personnes utilisatrices des services dans l'aménagement des lieux (par ex., accueil des animaux, accès à la naloxone, aménagements facilitant une intervention en cas de surdose, espace de jeux pour les enfants, etc.).
- ★ Au moment de choisir de nouveaux locaux ou de rénover des locaux existants, réfléchir à la sécurité en adoptant un regard tenant compte des traumatismes et de la violence.

Réaliser une visite de vos espaces en utilisant un exercice impliquant le personnel et les personnes utilisatrices des services

L'idée de cet exercice est de « visiter » les espaces où les soins et/ou les services sont offerts afin de déterminer dans quelle mesure ils peuvent être accueillants culturellement et émotionnellement sécuritaires. L'exercice vise la création d'espaces où tout le monde, en particulier les personnes en situation de précarité, se sent en sécurité et accueilli.

Pour réaliser cet exercice, il faut choisir un espace à évaluer. Il peut s'agir de n'importe quel espace où des soins ou des services sont offerts : bureau, salle d'attente, salle de soins, clinique, refuge, service hospitalier, etc. Par la suite, le personnel « visite » les lieux en essayant de se mettre à la place des personnes utilisatrices des services et d'imaginer ce qu'elles peuvent ressentir. Il est important de prêter une attention particulière aux éléments de l'environnement qui peuvent créer un sentiment de malaise, de stigmatisation ou d'insécurité. Il peut également être utile de prendre comme référence une personne ou un groupe de personnes afin de mieux imaginer les effets que l'environnement pourrait avoir sur elles.

Après avoir réalisé cette première visite, il est important de répéter l'exercice en invitant des personnes susceptibles d'utiliser les services. Dans les services ou les organisations destinés aux personnes en situation de grande précarité, il est essentiel que des personnes qui vivent ou qui ont vécu des expériences d'itinérance ou d'utilisation de SPA soient impliquées dans cette démarche. Ces personnes vont porter sur les lieux un regard pertinent qui va enrichir l'évaluation. Elles pourront dire ce qu'elles pensent de l'espace et donner des idées sur des améliorations à apporter.

*Le concept d'évaluation de l'équité a été créé par EQUIP Health Care et est cité dans Wathen CN, Varcoe C. Implementing Trauma- and Violence-Informed Care: A Handbook. Toronto: University of Toronto Press; 2023. Pour plus d'informations, y compris sur les questions à se poser lors de l'exercice de visite des espaces, rendez-vous sur le site d'*EQUIP Health Care.

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

5.1.3

Le soutien du personnel

La promotion d'une culture de bien-être du personnel est essentielle dans le cadre d'une approche tenant compte des traumatismes et de la violence. Les membres du personnel qui travaillent auprès de personnes touchées par des traumatismes et la violence subissent régulièrement des effets négatifs sur leur santé et leur bien-être. Certains d'entre eux peuvent aussi avoir leurs propres expériences de traumatismes et de violence[5,99]. Il est donc crucial que les organisations prennent en compte le bien-être et les répercussions que peut avoir ce type de travail sur la santé.

Étant donné la structure hiérarchique importante dans les établissements de santé et des services sociaux, il est fort possible de susciter un sentiment d'impuissance et d'absence de contrôle au sein du personnel au sujet de ses conditions de travail. Cela ne va pas sans rappeler que ces conditions peuvent être un facteur induisant des traumatismes. Ainsi, la mise en place de politiques et de mesures de soutien pour le personnel est un moyen important de promouvoir la santé de celui-ci. Cela augmente la qualité des services ainsi que la productivité globale de l'organisation, car le traumatisme vicariant, l'épuisement professionnel, la détresse morale et la fatigue d'empathie sont associés à un roulement élevé du personnel, à un plus grand nombre de jours de maladie et à une insatisfaction professionnelle générale[5].

En examinant de plus près les politiques et les mesures de soutien qui sont déjà en place ou qui sont à développer, il peut être utile de se poser quelques questions :

- ☑ Les gestionnaires et les directions des organisations comprennent-ils les répercussions émotionnelles (épuisement professionnel, traumatisme vicariant, fatigue d'empathie, détresse morale) du travail auprès des personnes ayant vécu des traumatismes et de la violence? Comment cette compréhension est-elle communiquée?
- ☑ Les politiques encouragent-elles et soutiennent-elles l'autosoin et le bien-être du personnel?
- ☑ Des possibilités de débriefing, de supervision clinique ou de soutien psychologique sont-elles proposées au personnel?
- ☑ Les membres du personnel ont-ils la possibilité de partager leurs préoccupations ou leurs idées liées aux facteurs qui affectent leur travail (charge de travail, horaires, types de formations proposées, aménagement des bureaux, etc.)?
- ☑ L'organisation sollicite-t-elle régulièrement l'avis du personnel sur son bien-être et apporte-t-elle des améliorations?

Ces questions peuvent aider les organisations à cibler les besoins de leur personnel et à se fixer des objectifs réalisables dans leur contexte.

Le soutien au personnel : premiers pas organisationnels

- ★ Sensibiliser tout le personnel aux effets du travail auprès des personnes touchées par des traumatismes et la violence (traumatisme vicariant, épuisement professionnel, etc.), aux signaux d'alerte et à l'importance de prendre soin de soi.
- ★ S'assurer que tous les membres du personnel (équipes de soins partenaires et autre personnel) aient des espaces d'échange pour discuter de leurs préoccupations ainsi que des séances de débriefing en cas d'événements difficiles (épisode de violence, décès d'une personne utilisatrice du service, etc.).
- ★ Mettre en place des supervisions cliniques qui tiennent compte des traumatismes et de la violence. Ces supervisions devraient aussi permettre aux membres du personnel d'aborder des enjeux éthiques et des questionnements sur leurs forces et limites.
- ★ Instaurer des moments de bien-être pour le personnel dans son travail au quotidien (par ex., prendre conscience de l'état émotionnel de chaque personne, faire des exercices de respiration avant les réunions, encourager les pauses à l'extérieur du bureau, proposer des séances de méditation, d'activité physique, prévoir des moments ludiques, etc.).
- ★ Mettre en place des procédures pour accompagner le personnel en cas d'événements difficiles ou violents.
- ★ Encourager le personnel à prendre conscience de ses capacités, de ses réussites et de ses manières de gérer les situations difficiles.
- ★ Solliciter régulièrement l'avis du personnel sur ce qui fonctionne bien et ce qui devrait être amélioré.

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

5.1.4

Le développement de pratiques en ressources humaines favorables à l'ATTV

Ce domaine de développement concerne les pratiques de recrutement du personnel ainsi que les pratiques et politiques en matière de ressources humaines. La création d'équipes diversifiées, inclusives et bien informées sur l'ATTV implique de porter un regard sur diverses dimensions de l'organisation.

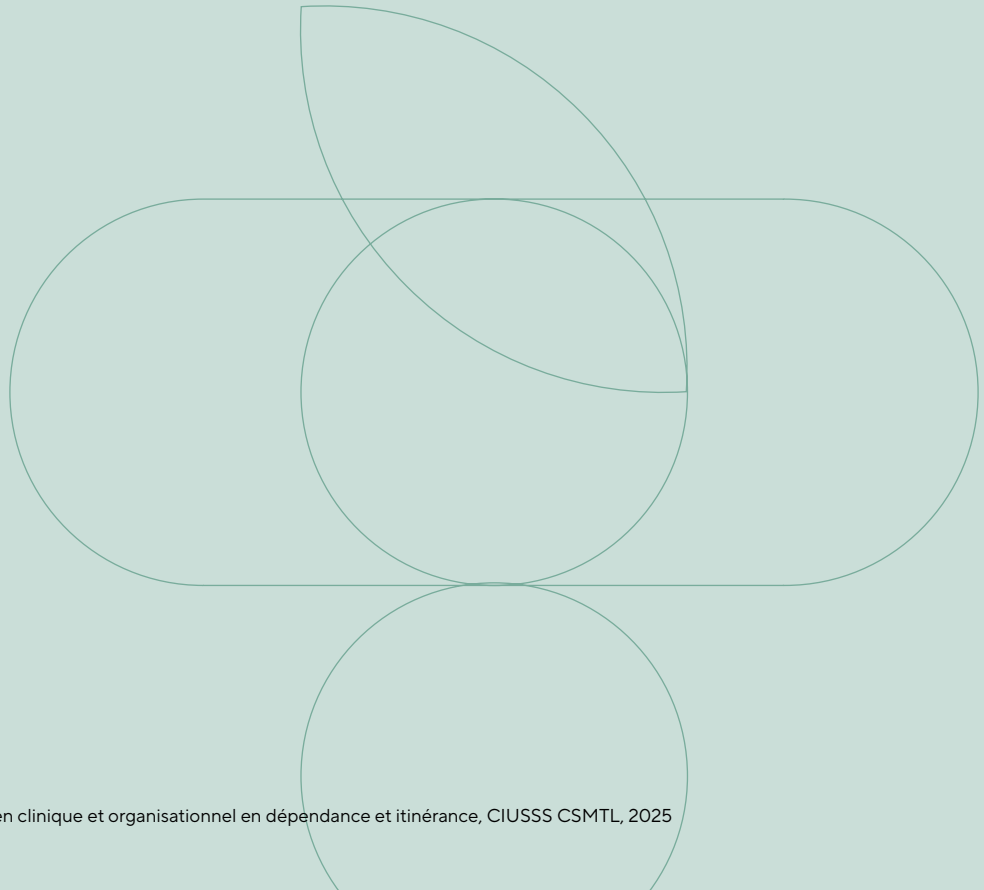
Premièrement, il est important de réfléchir au recrutement du personnel. L'intégration de personnes qui représentent et adoptent une approche tenant compte des traumatismes et de la violence dans les équipes est décisive pour créer et maintenir ce type de changement organisationnel[5,41,99]. Cela implique d'intégrer des aspects de l'ATTV dans les offres d'emploi que l'organisation propose, notamment dans les compétences recherchées et les profils souhaités. Les descriptions de poste devraient inclure les connaissances, les compétences et les aptitudes nécessaires pour travailler avec des personnes ayant subi un traumatisme – par exemple, la compassion, le non-jugement, la résilience et la compétence systémique.

Au cours des entretiens, il est conseillé de poser des questions orientées vers l'ATTV. Voici quelques exemples de questions d'entretien qui peuvent aider à faire émerger les affinités d'une candidate ou d'un candidat avec la pratique de l'ATTV[104] :

- ☑ Racontez-nous une occasion où vous avez dû garder votre calme face à une personne accompagnée qui faisait preuve d'hostilité. Qu'avez-vous appris de cette expérience? Comment avez-vous géré la situation?
- ☑ Quelles stratégies utiliseriez-vous pour renforcer la résilience de votre équipe, reconnaître le risque de fatigue d'empathie et limiter ce risque pour l'équipe ou un de ces membres?
- ☑ Quelles sont les techniques que vous avez trouvées efficaces pour développer des relations de confiance et des rapports avec les personnes qui utilisent les services?
- ☑ Pourriez-vous nous donner quelques exemples de la manière dont vous avez abordé une personne utilisatrice des services méfiante ou distante dans le passé?
- ☑ Qu'avez-vous fait au cours de l'année écoulée qui montre une bonne capacité à prendre soin de vous-même? Qu'avez-vous fait pour maintenir un bon équilibre entre vie professionnelle et vie privée?
- ☑ Quelles sont vos forces dans l'intervention auprès des personnes en situation de précarité, mais aussi quelles sont vos faiblesses et que faites-vous, ou de quoi avez-vous besoin, pour en prendre soin?

En recadrant les questions d'entretien en fonction d'une vision tenant compte des traumatismes et de la violence, les organisations auront davantage de chance d'attirer du personnel qui partage les valeurs de l'ATTV. Il est également judicieux de considérer la composition des équipes et de porter un regard sur leur diversité et leur représentativité afin qu'elles représentent la diversité des communautés et des populations avec lesquelles votre organisation travaille[5,99].

Finalement, il est important de procéder à l'examen des pratiques organisationnelles liées au personnel. Des documents comme les guides du personnel, leurs droits et devoirs et leurs cahiers des charges peuvent être réexaminés avec un regard ATTV. Différentes pratiques – dont les évaluations du personnel, les processus pour porter plainte, la gestion disciplinaire et les programmes d'avantages sociaux – devraient aussi être analysées.



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

5.1.4
Le développement de pratiques en ressources humaines favorables à l'ATTV

La création d'un milieu de travail tenant compte des traumatismes et de la violence : premiers pas organisationnels

- ★ Concevoir des offres d'emploi et des questions d'entretien prenant en compte l'ATTV.
- ★ Veiller à ce que les processus de recrutement reflètent les valeurs de l'ATTV.
- ★ Examiner les documents et les pratiques relatifs aux ressources humaines dans une optique tenant compte des traumatismes et de la violence.
- ★ Dans la mesure du possible, embaucher des personnes qui ont des connaissances sur les traumatismes, la violence et l'ATTV.
- ★ Prévoir des formations ciblées dans le parcours d'intégration des personnes qui viennent d'être embauchées.
- ★ Créer des politiques de ressources humaines interdisant le harcèlement et la discrimination.
- ★ Incorporer des valeurs de l'ATTV dans les évaluations des performances.
- ★ Inclure des informations fondamentales sur l'ATTV dans les séances d'orientation du nouveau personnel.
- ★ Favoriser l'émergence de leaders de l'ATTV dans vos équipes (cf. encadré à la page suivante).

Les leaders en matière d'ATTV (« *champions* »)

Une des clés du succès de l'implantation de l'ATTV est la présence et l'implication de leaders en matière d'ATTV dans les organisations. Dans de nombreux guides cliniques anglophones sur l'ATTV, ces personnes sont appelées des « *champions* »[5,17,101]. Peu importe le terme employé, ce sont des personnes qui, dans les organisations, s'intéressent aux traumatismes et à la violence et qui voient des possibilités d'appliquer les principes de l'ATTV, ou qui les appliquent déjà, dans le cadre de leur pratique.

Certaines expériences d'implantation de l'ATTV dans des organisations révèlent que les personnes exerçant le travail social ou d'autres métiers de nature psychosociale (éducation spécialisée, psychoéducation, etc.) peuvent être de précieux moteurs de changement dans les organisations, car les principes de l'ATTV sont souvent alignés avec leurs valeurs professionnelles et leur formation. Ces personnes peuvent apporter de l'enthousiasme et une importante perspective sociale quand il s'agit de mettre en œuvre des changements structurels[101].

Identifier les leaders actuels ou potentiels en matière d'ATTV, peu importe leur profession, est une étape importante pour entreprendre des changements permettant l'adoption de cette approche. Ces personnes peuvent se retrouver à tous les niveaux de l'organisation et être autant des membres du personnel administratif, des membres des équipes de soins ou encore des membres de la direction. Après les avoir trouvées, il est important de réfléchir à l'intégration de ces personnes dans les démarches d'implantation. Une manière de les impliquer – qui a fait ses preuves dans les expériences d'implantation – est de constituer des groupes de travail de leaders de l'ATTV qui puissent avoir différents rôles, selon les besoins de l'organisation. Dans des services plus petits, un leader pourrait également assumer des tâches précises pour favoriser l'adoption de l'ATTV au sein de l'équipe. À titre d'exemple, ces groupes de travail ou ces leaders pourraient aider à cerner les changements nécessaires et réalistes à entreprendre, réfléchir à des formations et les préparer ou encore servir de mentors pour le personnel[5].

Il revient à chaque organisation de déterminer le rôle que les leaders peuvent jouer dans l'implantation et la pérennisation de l'ATTV. Cependant, il est important de bien préciser leur mandat et de mettre à leur disposition du temps et des ressources afin qu'ils puissent accompagner le processus dans les bonnes conditions[5,101].

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

5.1.5

La révision des politiques et des procédures

Examiner les politiques, les procédures, les protocoles et les formulaires pour s'assurer qu'ils soient en phase avec une approche tenant compte des traumatismes et de la violence est essentiel à la mise en place d'un changement organisationnel vers l'ATTV[5,17,101]. Le but est de rapprocher ces politiques et procédures au plus près de l'ATTV et, par conséquent, de refléter l'engagement de l'organisation envers une prise en compte des traumatismes et de la violence.

Par la suite, il est important de réfléchir à la façon dont ces politiques, ces procédures, ces protocoles et ces formulaires peuvent être modifiés afin de s'assurer qu'ils ne soient pas néfastes pour les personnes touchées par les traumatismes et la violence et, surtout, qu'ils favorisent la sécurité, la transparence et la confiance.

Voici, à cet égard, quelques questions qu'il peut être utile de se poser[100] :

- ☑ Les politiques relatives à la confidentialité et à l'accès à l'information sont-elles claires et assurent-elles une protection adéquate de la vie privée des personnes utilisatrices des services?
- ☑ Hormis en cas de danger pour soi et autrui, les procédures évitent-elles les mesures coercitives?
- ☑ Est-ce que l'organisation dispose d'une déclaration claire et facilement accessible des droits et devoirs des personnes utilisatrices des services, ainsi que d'une politique de règlement des plaintes?
- ☑ Est-ce que les personnes qui utilisent les services ont par écrit ce que l'équipe de soins partenaire s'engage à offrir comme soutien et services?
- ☑ Est-ce que les procédures traitent des questions liées à la sécurité du personnel?
- ☑ Les politiques, les protocoles et les formulaires de l'organisation utilisent-ils des mots non stigmatisants et reflétant les principes de l'ATTV (par ex., un langage inclusif, des mots respectueux des personnes en situation d'itinérance ou utilisatrices de SPA, la possibilité d'utiliser le prénom correspondant à l'identité de genre, etc.)?
- ☑ Est-ce que les protocoles ont été mis en place afin de respecter la sécurité et la volonté des personnes en cas de crise (par ex., des décisions anticipées consignées par écrit)?
- ☑ Dans quelle mesure les procédures et les protocoles favorisent-ils l'autonomie décisionnelle et le pouvoir des personnes utilisatrices des services?
- ☑ Les protocoles et les procédures d'admission ou d'évaluation sont-ils conçus pour ne pas obliger les personnes à dévoiler leur vécu ou des informations personnelles non nécessaires?

Ces questions peuvent aider les organisations à cerner les politiques, les procédures et les protocoles qui devraient être retravaillés afin de correspondre davantage aux principes de l'ATTV.

La révision des politiques et des procédures : premiers pas organisationnels

- ★ Adopter des politiques qui accordent un maximum d'autonomie décisionnelle aux personnes à propos des services qu'elles reçoivent, de leur niveau de participation et du rythme de ces services.
- ★ Favoriser des protocoles qui permettent aux personnes de faire des choix éclairés en étant informées des avantages, des limites et des objectifs des services qu'elles reçoivent.
- ★ Mettre en place des procédures pour que les personnes puissent faire des suggestions d'amélioration de manière confidentielle et anonyme. Prévoir également des procédures de règlement des plaintes.
- ★ Adapter les politiques et procédures pour s'assurer qu'elles respectent la culture, le genre, l'origine ethnique, l'orientation sexuelle et les capacités physiques des personnes.
- ★ Proposer des informations en plusieurs langues (en fonction des langues les plus couramment parlées par les personnes utilisatrices des services).
- ★ Prévoir des plans de sécurité avec les personnes touchées par des traumatismes et la violence. Ces plans devraient comporter une liste de facteurs de stress, de stratégies utiles et une liste des personnes autour desquelles elles se sentent en sécurité.
- ★ Revoir les termes employés dans les politiques, procédures et formulaires. S'assurer que le langage soit inclusif en veillant : 1) à ce qu'il soit centré sur la personne ; 2) qu'il ne soit pas sexiste, raciste, hétéronormé, etc. ; 3) qu'il ne soit pas involontairement exclusif (par ex., en utilisant « parent/personne significative » au lieu de « mère/père »).
- ★ Créer des procédures pour assurer la sécurité physique et émotionnelle du personnel.
- ★ Revisiter les politiques, procédures et protocoles afin d'y déceler des aspects susceptibles de déclencher une retraumatisation et les adapter en conséquence.

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

5.2

Se préparer pour la mise en œuvre de l'ATTV

Lorsqu'une organisation ou un service décide de mettre en place l'ATTV, plusieurs étapes préalables doivent être réalisées avant de songer à la mise en œuvre. Le contexte unique de chaque établissement doit être pris en compte afin de définir des objectifs réalistes et réalisables.

Ces étapes sont les suivantes :

1



Impliquer les personnes utilisatrices des services et le personnel dans l'évaluation des besoins et l'élaboration des objectifs.

2



Évaluer ce qui existe déjà.

3



Analyser les spécificités de l'organisation et des personnes qui utilisent les services.

4



Établir des objectifs réalistes tenant compte du contexte organisationnel.

5



Déterminer les barrières à l'implantation.



5.2.1

Impliquer les personnes utilisatrices des services et le personnel dans l'évaluation des besoins et l'élaboration des objectifs

Pour que le changement des pratiques et des politiques réponde aux besoins des personnes utilisatrices des services et du personnel, ceux-ci doivent être impliqués dans les réflexions liées à la mise en œuvre de l'ATTV. Selon de nombreuses expériences d'implantation, la manière de mettre en place l'ATTV dans les organisations – avec cet esprit de collaboration et de concertation – est aussi importante que la réalisation des changements[101].

Les personnes utilisatrices des services ont une expertise sur leurs situations de vie et portent un regard sur les pratiques et les politiques qui est essentiel pour la compréhension des enjeux et des pistes de changement. Leur implication dans l'évaluation des pratiques et des politiques existantes peut apporter de précieuses informations sur les objectifs à fixer et les adaptations à réaliser. De plus, ces personnes sont qualifiées pour aider à cerner les éléments qui peuvent être source de retraumatisation ou pour repérer les pratiques et les politiques qui sont source de violence systémique.

Il est également essentiel d'impliquer le personnel, clinique et administratif, dans les réflexions liées à l'implantation de l'ATTV. Lors des étapes de préparation, le regard des équipes de soins partenaires ainsi que du personnel qui exerce d'autres rôles dans le service (réception, bureaux administratifs, sécurité, etc.) permet de souligner les valeurs et pratiques de l'ATTV déjà mises en place, et de réfléchir aux possibilités d'en implanter de nouvelles. La participation de tout le personnel à chacune de ces étapes instaure une synergie de collaboration. Ces éléments renforcent l'adhésion du personnel à l'implantation de l'ATTV et permettent une appréciation plus fine des domaines de changement nécessaires[101].

La manière d'organiser la participation des personnes concernées et du personnel dans la mise en œuvre de l'ATTV sera différente d'une organisation à une autre. Dans un petit service, il est envisageable de réunir l'ensemble du personnel et des personnes autour de la table afin de partager les réflexions et les idées. Dans d'autres contextes, il sera peut-être davantage intéressant d'établir des groupes de travail consacrés à l'ATTV, d'organiser des réunions avec des personnes concernées ou des associations qui représentent les communautés desservies et de préparer des questionnaires ou des événements sur ce thème.

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

5.2.2

Évaluer ce qui existe déjà

En procédant à une première évaluation, l'organisation peut repérer ce qui est déjà fait pour prendre en compte les traumatismes et la violence. Il est également important de comprendre comment les valeurs de l'ATTV s'expriment dans les pratiques et les politiques actuelles, c'est-à-dire dans la sécurité, l'autonomie décisionnelle, la collaboration, la transparence, l'utilisation des forces.

Quelques questions utiles à se poser à cette étape :

- ☑ Quelles pratiques tiennent déjà compte des traumatismes et de la violence?
- ☑ Comment garantissez-vous la sécurité physique et émotionnelle des personnes utilisatrices des services et du personnel?
- ☑ L'organisation favorise-t-elle la confiance en clarifiant les attentes et en garantissant la cohérence des pratiques?
- ☑ Comment l'organisation développe-t-elle la collaboration et le partage du pouvoir entre le personnel et les personnes qui utilisent les services?
- ☑ Quels liens peuvent être faits entre l'ATTV et des pratiques déjà mises en place (par ex., la réduction des méfaits, l'accueil inconditionnel, etc.)?
- ☑ Comment l'organisation favorise-t-elle l'autodétermination et le développement des compétences des personnes utilisatrices des services?
- ☑ Dans les valeurs et les principes de l'ATTV, qu'est-ce qui correspond aux missions et aux priorités de l'organisation?

5.2.3

Analyser les spécificités de l'organisation et des personnes qui utilisent les services

Il est important de tenir compte des traumatismes et de la violence vécus par les personnes qui utilisent les services afin de cibler les meilleures stratégies à mettre en place. Il est également important de tenir compte de leurs problématiques particulières, par exemple en procédant à une analyse de contexte.

Il est important que l'histoire des populations desservies soit prise en compte en fonction des violences systémiques et des traumatismes historiques. Par exemple, un service qui accompagne un grand nombre de personnes autochtones devrait prendre en compte les traumatismes historiques que ces personnes vivent, les violences systémiques auxquelles elles font face au quotidien et les ressources spécifiques de la communauté qui peuvent exister.

Dans le cadre de cette analyse de contexte, chaque organisation doit également connaître les ressources disponibles dans sa région. Par exemple, dans certaines régions, il existe des ressources spécifiques pour certaines problématiques ou certaines populations. Dans d'autres, ces ressources ne seront pas accessibles aux personnes utilisatrices des services.

À cette étape de la réflexion, il peut être utile de se baser sur les données statistiques de l'organisation et de les analyser en adoptant une vision ATTV. Par exemple, l'Outil d'aide à la production d'un état de situation régional des services en dépendance et en itinérance de l'ESCODI[105] peut être utilisé afin de mieux cerner les ressources et les partenaires disponibles dans votre contexte.

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025



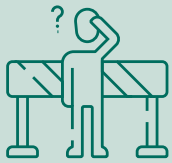
5.2.4

Établir des objectifs réalistes tenant compte du contexte organisationnel

Une fois ces premières étapes d'évaluation et d'analyse réalisées, il est recommandé de commencer à définir des objectifs et à préparer une planification pour commencer l'implantation de l'ATTV. Il est important que les objectifs soient réalistes, réalisables et élaborés en collaboration avec le personnel et les personnes utilisatrices des services. Des objectifs irréalistes ou déconnectés de la réalité du terrain risquent fort de provoquer de la résistance au cours de la mise en œuvre et/ou d'échouer. Cela pourrait en outre être la cause d'une grande démotivation du personnel et des personnes utilisatrices des services.

Quelques questions importantes à se poser à cette étape :

- ☑ Qu'est-ce qui a incité l'organisation à envisager une mise en œuvre de l'ATTV (par ex., des personnes dans les équipes intéressées par l'approche, des incidents de violence, des plaintes de la part du personnel ou des personnes utilisatrices des services, etc.)?
- ☑ Dans quels domaines de développement avons-nous déjà des mesures en place? Dans quels domaines constatons-nous des lacunes?
- ☑ Quelles sont les priorités de notre service/organisation?
- ☑ Quels sont les changements qui peuvent être mis en place facilement et rapidement? Quels sont ceux qui se profilent plutôt sur le long terme?



5.2.5

Déterminer les barrières à l'implantation

Bien que certains obstacles à l'implantation de l'ATTV dans une organisation puissent être systémiques (manque de ressources, difficultés de recrutement du personnel, etc.) et présents dans les différentes directions de l'organisation, d'autres peuvent être spécifiques selon le contexte. Il est important de cerner ces barrières afin de trouver des pistes pour les surmonter ou les contourner.

Il arrive qu'une partie des barrières soit liée à des craintes ou à des réticences face à des changements de pratiques, de politiques ou de culture organisationnelle. L'implication du personnel et des personnes concernées peut aider à diminuer ces craintes et réticences et favoriser un partage de pouvoir s'alignant sur les principes de l'ATTV.

Quelques questions importantes à se poser à cette étape :

- ☑ Qu'est-ce qui se passe dans l'organisation/la communauté actuellement (par ex., changement de personnel, problèmes dans le quartier, crise de surdoses ou d'itinérance, etc.)?
- ☑ Comment l'organisation et le personnel réagissent-ils traditionnellement au changement?
- ☑ Le personnel a-t-il le temps de se former à l'ATTV? Comment libérer du temps pour la formation et les rencontres nécessaires?
- ☑ Qu'est-ce qui a bien fonctionné lors de la mise en œuvre de changements antérieurs? Qu'est-ce qui n'a pas bien fonctionné?
- ☑ Combien de personnes peuvent être libérées pour des tâches liées à la mise en place de l'ATTV? Combien de temps peut leur être accordé?
- ☑ Quel serait le meilleur moment pour planifier le processus de changement?
- ☑ Quelles sont les ressources (formations, soutien clinique, etc.) qui existent pour soutenir l'implantation?

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025



5.3
La mise en place de l'ATTV dans les organisations : concepts clés

- La mise en œuvre de l'ATTV dans un service ou une organisation n'est pas forcément chronophage ou coûteuse. Il existe des mesures simples et concrètes pour procéder à sa mise en place.
- Il existe différents domaines de développement pour la mise en place de l'ATTV. Chacun implique des changements organisationnels fondés sur les valeurs et les principes de l'approche.
- Le personnel et les personnes utilisatrices des services devraient être impliqués dans les réflexions sur l'implantation de l'ATTV afin que les mesures répondent le plus possible à leurs besoins.
- Chaque organisation est différente, et la mise en place de l'ATTV devrait prendre en compte le contexte et la population desservie pour que le choix des mesures soit le plus possible adapté aux réalités du terrain.

CHAPITRE 6

Les bénéfices de l’approche tenant compte des traumatismes et de la violence



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

6. Les bénéfices de l'approche tenant compte des traumatismes et de la violence

La manière dont les services accompagnent les personnes peut avoir une incidence importante sur leur bien-être, leur santé et leur adhésion aux soins et aux services. L'adoption d'une pratique tenant compte des traumatismes et de la violence peut apporter des bénéfices pour les personnes utilisatrices des services ainsi que pour le personnel et l'organisation[3,101,106].

6.1 Mesurer les effets de l'ATTV : un domaine d'étude émergent

L'évaluation de l'efficacité de l'ATTV est un domaine d'étude en pleine construction[4]. Plusieurs limitations existent d'ailleurs dans la littérature à ce sujet.

Comme l'ajout du concept de violence à celui d'approche tenant compte des traumatismes (ATV) est relativement nouveau, peu d'évaluations permettent de mettre en lumière l'effet des aspects systémiques et interpersonnels des violences. Cependant, il est possible de s'appuyer sur la littérature existante à propos de l'approche tenant compte des traumatismes (ATV), qui est à la base de l'ATTV, afin de mieux comprendre les bénéfices potentiels de celle-ci[18]. Les recherches-interventions effectuées dans le cadre du programme EQUIP Health Care[B], sur l'équité en matière de santé (modèle alliant ATTV, sécurité culturelle et réduction des méfaits), viennent également enrichir la compréhension des bénéfices de l'ATTV.

Jusqu'ici, la littérature s'est principalement penchée sur les appréciations de l'ATTV par le personnel et très peu par les personnes utilisatrices des services[2]. Les voix de ces personnes sont souvent absentes des recherches existantes, alors qu'elles sont pourtant essentielles pour évaluer réellement les bénéfices de l'approche.

Un examen de la portée traitant des résultats de l'ATV propres aux personnes utilisatrices de SPA et/ou en situation d'itinérance a été élaboré[3] pour la production de ce guide. Les résultats positifs répertoriés pour les personnes utilisatrices des services portent à croire que cette approche est un ajout important pour mieux soutenir les populations visées dans ce guide.

6.2 Les bénéfices de l'ATTV pour les personnes utilisatrices des services

Selon la SAMHSA, les organisations qui mettent en œuvre des approches tenant compte des traumatismes créent des environnements plus sécuritaires pour les personnes utilisatrices des services. Elles fournissent également des services ayant des résultats positifs en matière de santé physique et psychologique pour les personnes[107]. Et au-delà de la santé, l'ATTV apporte

B EQUIP Health Care est un programme de recherche et d'implantation canadien qui met en place des interventions favorisant l'équité en matière de santé dans divers environnements de soins de santé. Son modèle d'équité en matière de santé a trois dimensions : l'ATTV, la sécurité culturelle et la réduction des méfaits. Les interventions sont conçues pour renforcer la capacité des organisations à fournir des soins de santé équitables, en particulier aux personnes souffrant d'inégalités sociales et sanitaires importantes.

des bénéfices pour les personnes utilisatrices des services dans d'autres domaines de leur vie, ainsi que dans leurs interactions avec les services de santé[3,18,103,108].

De manière générale, la mise en place de l'ATTV est associée à :

- une amélioration de l'engagement des personnes et à leur rétention dans les services[108] ;
- une augmentation de la satisfaction des personnes utilisatrices des services en lien avec leurs expériences de soins[108] ;
- une augmentation des espaces de collaboration et de prises de décisions partagées[103] ;
- un plus grand confort et une plus grande confiance dans les services de santé[109].

Une étude de 2018 reposant sur des données longitudinales de 395 personnes utilisatrices de services de soins primaires canadiens ayant adopté l'ATTV révèle l'existence d'un lien entre cette confiance accrue dans les services de santé et de meilleurs résultats pour les personnes au fil du temps. Cela s'explique notamment par le fait que les personnes acquièrent davantage de confiance en leur capacité à gérer et à prévenir leurs problèmes de santé[109,110]. Parmi les résultats positifs, citons les suivants[109] :

- Moins de symptômes liés aux traumatismes (par ex., problèmes de sommeil, maux de tête, problèmes gastro-intestinaux, etc.).
- Une meilleure santé psychologique (par ex., moins de dépression et d'anxiété).
- Moins de douleurs chroniques incapacitantes.
- Une meilleure qualité de vie.

6.3 Les bénéfices de l'ATTV pour les personnes utilisatrices de SPA et en situation d'itinérance

En plus de ces bénéfices généraux, des résultats positifs particuliers ont été soulignés en lien avec l'implantation de l'ATTV dans les services destinés aux personnes utilisatrices de SPA et en situation d'itinérance.

6.3.1 Un renforcement du bien-être psychologique

Dans l'étude de la portée, effectuée par l'ESCODI, traitant des résultats de l'approche tenant compte des traumatismes menée auprès des personnes utilisatrices de SPA et/ou en situation d'itinérance, Dobischok et al.[3] soulignent que la mise en place de cette approche peut avoir de multiples effets positifs sur le bien-être psychologique des personnes.

Les résultats de l'étude de la portée ont permis de mettre en lumière :

- une amélioration globale de la qualité de vie[111] ;
- une diminution significative de la dépression, de la détresse psychologique et des symptômes de traumatisme[112–114] ;
- une réduction modérée des symptômes d'anxiété chez les personnes souffrant d'un trouble anxieux[115] ;
- une réduction de la sévérité des troubles psychiatriques[116].

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

6.3.2 Une baisse de la consommation de SPA et une meilleure stabilité sociale

De manière générale, les personnes recevant des services en dépendance intégrant l'approche tenant compte des traumatismes présentent une diminution de leur consommation de substances psychoactives, y compris d'alcool[3]. Cette même diminution de consommation est constatée dans les services courants soutenant l'ATTV[18,108].

D'autres études relèvent des résultats positifs sur le plan de la stabilité sociale, notamment :

- une amélioration significative de la stabilité du logement[116,117] ;
- un meilleur accès à l'emploi et un réseau social de soutien[117,118] ;
- une réduction de l'instabilité financière[119].

6.3.3 Autres résultats positifs pour les personnes utilisatrices de SPA et en situation d'itinérance

L'étude de la portée relève également plusieurs autres domaines où les interventions tenant compte des traumatismes peuvent avoir un effet positif pour les personnes utilisatrices de SPA et en situation d'itinérance[3].

Les études indiquent des résultats intéressants, entre autres une amélioration des compétences parentales et de la communication parentale ainsi qu'une diminution de la détresse parentale en lien avec les interventions tenant compte des traumatismes[3].

Selon certaines études, la mise en place d'interventions et de services selon l'approche tenant compte des traumatismes peut également contribuer à[3] :

- réduire le nombre de surdoses ;
- renforcer les comportements de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang ;
- diminuer les événements dangereux ou les expériences de violence ;
- augmenter l'utilisation des ressources de soutien aux victimes de violences ;
- diminuer les incarcérations ;
- améliorer la rétention dans les services.

De plus amples recherches permettront de mieux détailler les bénéfices que tirent les personnes utilisatrices des services de la mise en place de l'ATTV dans les organisations. Cependant, la littérature est claire sur l'apport de l'approche tenant compte des traumatismes pour les personnes utilisatrices de SPA et en situation d'itinérance :

> Au-delà des résultats en matière de santé mentale et de dépendances, [...] les interventions de soins tenant compte des traumatismes auprès de ces populations portent sur divers résultats positifs. Les résultats, tels que la stabilité sociale, la victimisation et la criminalité, reflètent une vision plus holistique de la manière dont les interventions tenant compte des traumatismes peuvent prendre en compte divers aspects de la personne et répondre aux objectifs qu'elle s'est fixés.[3(p16)] [Notre traduction]

6.4 Les bénéfices de l'ATTV pour le personnel

La mise en place de l'ATTV dans une organisation est aussi bénéfique pour l'ensemble du personnel.

6.4.1 Une plus grande satisfaction professionnelle

Il a été relevé que les approches tenant compte des traumatismes augmentent la satisfaction du personnel œuvrant dans les services. Le personnel note également une amélioration globale de son expérience en matière de sécurité et de confiance[108].

Une étude menée par Hales et al. a permis de conclure que certains éléments, dont les suivants, favorisent la satisfaction professionnelle dans plusieurs domaines[108] :

- Confiance accrue entre les membres du personnel
- Plus grande capacité à collaborer entre équipes pour atteindre les objectifs
- Davantage d'implication dans les décisions concernant le lieu de travail
- Appréciation des possibilités d'innovation sur le plan de la pratique
- Plus grand sentiment d'accomplissement sur le plan professionnel

6.4.2 Un renforcement bénéfique des savoirs

Les formations sur les traumatismes et l'ATTV permettent l'acquisition de connaissances par l'ensemble du personnel et mènent à des changements de pratiques qui sont bénéfiques pour les personnes utilisatrices des services et pour le milieu de travail. Purtle relève que « ...les connaissances, les attitudes et les comportements du personnel en matière de pratiques tenant compte des traumatismes s'améliorent immédiatement après la participation à une formation sur les traumatismes »[103(p11)] [Notre traduction]. Les formations renforcent également le sentiment de sécurité du personnel, la mise en place de l'ATTV dans sa pratique, sa compréhension des signes de traumatismes et de violence ainsi que sa sensibilité aux signes de traumatisme vicariant[103,108].

Les formations sur les traumatismes et l'ATTV permettent au personnel d'acquérir de nouveaux savoirs, d'échanger sur les manières d'améliorer leurs interventions et, surtout, de transformer leur pratique au quotidien. Cette incitation à innover est souvent vécue comme très motivante par le personnel. Wathen et al. expliquent que des membres du personnel « ...ont eu des moments de type "Eureka!" lorsqu'ils ont soudainement mieux compris quelque chose. D'autres ont déclaré que la formation les avait aidés à renforcer ou à améliorer les connaissances qu'ils possédaient déjà, ou qu'elle avait planté une graine en vue d'une meilleure compréhension »[18(p342)] [Notre traduction].

6.4.3 Des relations améliorées

Finalement, ce qui semble être le plus bénéfique pour les membres du personnel en lien avec l'ATTV est leur sentiment de pouvoir agir face à des personnes ayant vécu des traumatismes et de la violence. La mise en place de l'ATTV permet à l'ensemble du personnel[18] :

- de voir les personnes utilisatrices des services comme des personnes et non pas comme des « patients » ;

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

- de se concentrer sur la qualité des services et sur la manière de les offrir plutôt que sur les évaluations et les statistiques ;
- de changer sa manière d'interagir avec les personnes afin de favoriser des relations empreintes de dignité et de respect ;
- d'écouter ses propres émotions et besoins ainsi que de favoriser l'autosoin et l'autocompassion.

Tous ces changements améliorent les relations sur les lieux de travail, autant entre collègues qu'entre le personnel et les personnes accompagnées.

6.5 Les bénéfices de l'ATTV pour les organisations

L'implantation de l'ATTV a également des effets bénéfiques pour les organisations qui décident de l'implanter. Ces bénéfices sont directement liés aux résultats positifs que l'ATTV peut avoir pour les personnes utilisatrices des services et le personnel.

6.5.1 Un personnel plus motivé et plus satisfait

L'implantation de l'ATTV dans une organisation favorise la satisfaction du personnel et un sentiment d'accomplissement professionnel[108]. Une satisfaction accrue peut réduire le roulement de personnel et, par conséquent, les coûts associés à la formation et à l'intégration de nouvelles personnes[108,120]. Au-delà des coûts engendrés par les changements réguliers de personnel, cela permet de mieux assurer la rétention des membres du personnel aguerris, formés et compétents en améliorant ainsi les services offerts.

La satisfaction du personnel est étroitement liée à une plus grande productivité et à l'engagement organisationnel. Dans ce sens, la mise en place de l'ATTV peut aussi être associée à de meilleures performances professionnelles[120].

Cependant, les changements sur le plan de la rétention et des performances du personnel peuvent prendre du temps. Un ensemble de recherches indiquent « que les changements de culture organisationnelle se produisent généralement sur une certaine période, et que les effets de la mise en œuvre de l'ATV sur la fidélisation du personnel devraient être un résultat envisagé à plus long terme »[120(p307)] [Notre traduction].

6.5.2 Un personnel en meilleure santé psychologique

La recherche sur l'implantation des approches tenant compte des traumatismes a établi que le personnel des organisations où ces approches sont mises en œuvre est plus attentif aux signes précurseurs d'épuisement professionnel et de traumatisme vicariant[4]. De plus, étant donné que l'implantation nécessite une prise en compte systémique de ces phénomènes, les membres du personnel bénéficient en général de nouveaux soutiens lorsqu'ils vivent ces expériences[4]. Cela suppose que l'ensemble du personnel profite d'améliorations sur le plan de la santé psychologique. Une diminution de l'épuisement professionnel et des traumatismes vicariants peut signifier moins d'absentéisme au sein des équipes ainsi qu'une plus grande motivation générale[5].

L'approche tenant compte des traumatismes suppose une grande attention portée à la sécurité émotionnelle et physique des personnes qui utilisent les services, mais aussi du personnel. Certaines études rapportent que cela se traduit par une plus grande sollicitude de la part de l'administration envers la santé et le bien-être du personnel[120]. En impliquant le personnel dans les démarches de mise en place d'une approche tenant compte des traumatismes, les gestionnaires ont également une meilleure appréciation des besoins en matière de sécurité de leur personnel et peuvent mettre en place des mesures davantage adaptées à leurs réalités professionnelles[120].

6.5.3 Une meilleure cohésion autour de la mission de l'organisation

L'implantation d'une approche tenant compte des traumatismes crée des occasions de consolidation des attentes du personnel et de construction d'une meilleure cohésion autour de la mission et de la vision de l'organisation[110]. La démarche de mise en place de l'approche encourage les discussions, impliquant autant les gestionnaires que le personnel, sur les changements à réaliser et les procédures à modifier[110]. L'étude de Hales montre les bénéfices d'une telle expérience pour la cohésion de l'organisation sur plusieurs plans[120] :

- Le personnel estime entretenir une meilleure relation avec la direction.
- La collaboration entre les instances de gouvernance est renforcée.
- Les approches collaboratives mises en place aident à atteindre les objectifs organisationnels.
- Les hiérarchies organisationnelles sont nivelées, réduisant ainsi la distance physique et sociale entre les membres des équipes et les cadres supérieurs.

De nombreuses études font valoir que la mise en place de l'approche tenant compte des traumatismes dans une organisation invite l'ensemble du personnel, des gestionnaires et de la direction à agir de concert pour adapter la culture organisationnelle et améliorer les services pour les populations à desservir[4,5,17,107]. Ce sentiment de collaboration bienveillante peut avoir d'importants effets positifs dans les équipes et les organisations[4,107].

6.6 Les bénéfices systémiques de l'ATTV

Au-delà des considérations organisationnelles, la mise en place de l'ATTV peut en outre avoir des bénéfices sur le plan systémique. Ford-Giboe et al. soulignent que l'ATTV et les soins de santé axés sur l'équité peuvent :

> ...améliorer l'accès des patients marginalisés aux soins primaires et préventifs de manière à améliorer leur état de santé et à réduire considérablement les coûts des soins de santé. La capacité d'améliorer durablement la santé des populations vivant des inégalités de santé et sociales pourrait réduire considérablement les coûts sociaux et systémiques des maladies, tout en améliorant la qualité de vie.[109(p659)] [Notre traduction]

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

Il existe actuellement une prise de conscience publique et politique de plus en plus importante au sujet des inégalités dans la santé et des déterminants sociaux de la santé, par exemple à propos du racisme systémique présent dans les systèmes de soins et de services sociaux. Cette prise de conscience permet de mieux situer l'effet de ces inégalités sur les interactions individuelles ainsi que sur l'accès aux services. Cela désigne ainsi les organisations et les services comme étant non seulement une partie du problème, mais également des acteurs dans la création de solutions[18]. L'ATTV permet d'opérationnaliser les valeurs de justice sociale et de lutte contre les inégalités dans la santé et les services sociaux grâce à des stratégies pertinentes et efficaces[109].

Finalement, les équipes et les organisations qui comprennent les liens entre la violence, les traumatismes, la consommation de SPA, l'itinérance et la stigmatisation peuvent contribuer au discours public et à la mise en œuvre de politiques plus larges et plus efficaces, comme celles relatives au logement abordable et à la décriminalisation de l'utilisation de SPA[121].



6.7
Les bénéfices de l'ATTV : concepts clés

- Bien que l'évaluation de l'efficacité de l'ATTV soit encore un domaine d'étude en construction, les recherches sur les pratiques tenant compte des traumatismes et de la violence montrent déjà l'existence d'un lien entre ces pratiques et une meilleure santé physique et psychologique pour les personnes utilisatrices des services et le personnel.
- L'ATTV est également associée à une plus grande satisfaction dans les expériences de soins pour les personnes utilisatrices des services. Le personnel témoigne également d'une plus grande satisfaction en lien avec son travail.
- La mise en place de l'ATTV est associée en outre à une amélioration du bien-être psychologique, à une diminution de la consommation de SPA, à une meilleure rétention dans les services et à une plus grande stabilité sociale des personnes en situation de précarité.

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

BIBLIOGRAPHIE

1. Nathoo T, Poole N, Schmidt R. Pratique tenant compte des traumatismes et la crise des opioïdes. Guide de discussion à l'intention des prestataires de soins de santé et de services sociaux. Vancouver, (C.-B.): Centre d'excellence pour la santé des femmes; 2018.

2. Hopper EK, Bassuk EL, Olivet J. Shelter from the Storm: Trauma-Informed Care in Homelessness Services Settings. Open Health Serv Policy J.; 2010;(3):80-100.

3. Dobischok S, Archambault L, Goyer MÈ. Trauma Informed Care (TIC) Interventions for Populations Experiencing Addiction and/or Homelessness: A Scoping Review of Outcomes. J Drug Issues [Internet]; 2024 [cité 9 sept 2024];0(0). Disponible sur: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00220426241263264

4. Wathen CN, Varcoe C. Implementing Trauma- and Violence-Informed Care: A Handbook. Toronto: University of Toronto Press; 2023.

5. The Institute on Trauma and Trauma-Informed Care (ITTIC). Trauma-Informed Organizational Change Manuel. University at Buffalo School of Social Work; 2022.

6. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Opioïdes. Somm Can Sur Drogue. 2022;

7. D.E Payer, P. Leclerc, C. Mill, B. Maloney-Hall, M.M Young, J. Buxton, et al. Adultérants, contaminants et substances cooccurrentes dans les drogues obtenues illégalement au Canada: Une analyse des données provenant de saisies de drogues, de programmes de vérification des drogues et d'analyses d'urine [Internet]. Ottawa (Ont.): Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2020 [cité 17 févr 2025]. Disponible sur: https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-04/CCSA-CCENDU-Adulterants-Contaminants-Co-occurring-Substances-in-Drugs-Canada-2020-Report-fr.pdf

8. Do U, Perron PA, Bruneau J, Larney S. Trends in toxicological findings in unintentional opioid or stimulant toxicity deaths in Québec, Canada, 2012–2021: Has Québec entered a new era of drug-related deaths? Drug Alcohol Rev.; 2024;43(6):1613-24.

9. Institut national de santé publique du Québec. Institut national de santé publique du Québec; 2024 [cité 6 déc 2024]. Décès reliés à une intoxication suspectée aux opioïdes ou autres drogues au Québec, juillet 2017 à juin 2024 | INSPQ. Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/opioides/surdose/deces-intoxication/intoxication-suspectee

10. Le Ministre du Logement, de l'Infrastructure et des Collectivités. Résultats du troisième dénombrement ponctuel coordonné de l'itinérance au Canada à l'échelle pancanadienne [Internet]. Ottawa: Le Ministre du Logement, de l'Infrastructure et des Collectivités; 2024 [cité 10 sept 2024]. Disponible sur: https://logement-infrastructure.canada.ca/alt-format/pdf/homelessness-sans-abri/reports-rapports/pit-counts-dp-2020-2022-results-resultats-fr.pdf

11. Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec. Vignettes « Financement en itinérance - Défis et enjeux pour les organismes communautaires » [Internet]. Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec; 2024 [cité 6 déc 2024]. Disponible sur: https://raiiq.org/actualite/vignettes-financement-en-itinerance-defis-et-enjeux-pour-les-organismes-communautaires

12. Commission globale de politique en matière de drogues. La perception du problème mondial des drogues: vaincre les préjugés vis-à-vis des personnes qui consomment des drogues [Internet]; 2017 [cité 20 févr 2019]. Disponible sur: http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/changing-perceptions

13. Gouvernement du Canada. Lutte contre la stigmatisation vers un système de santé plus inclusif [Internet]. Ottawa: Ministère de la Santé; 2019 [cité 6 déc 2024]. Disponible sur: https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/addressing-stigma-what-we-heard/stigma-fre.pdf

14. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé ; Renforcement des capacités communautaires d'intervention contre les opioïdes et les surdoses (CAP-COM). Examen rapide : données probantes sur les stratégies de lutte contre la stigmatisation liée à la consommation de substances. Toronto, ON: Imprimeur du roi pour l'Ontario; 2024.

15. Gouvernement du Québec. Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026 – S'allier devant l'itinérance. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2021.

16. Gouvernement du Québec. Parce-que chaque vie compte: stratégie nationale de prévention des surdoses de substances psychoactives 2022-2025. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2022.

17. BC Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council. Trauma-Informed Practice Guide; 2013.

18. Wathen CN, MacGregor JCD, Schmitt B. But Does it Work? Evaluating T(V)IC Initiatives. In: Implementing Trauma- and Violence-Informed Care: A Handbook. Toronto: University of Toronto Press; 2023. p. 334-48.

19. Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA). SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. U.S. Department of Health and Human Services; 2014 p. 27. (SAMHSA Publications [Internet]).

20. Van Ameringen M, Mancini C, Patterson B, Boyle MH. Post-Traumatic Stress Disorder in Canada. CNS Neurosci Ther.; 2008;14(3):171-81.

21. Garami J, Valikhani A, Parkes D, Haber P, Mahlberg J, Misiak B, et al. Examining Perceived Stress, Childhood Trauma and Interpersonal Trauma in Individuals With Drug Addiction. Psychol Rep.; 2019;122(2):433-50.

22. Skotnicka J. Exposure to traumatic experiences among people addicted to alcohol. Psychiatr Pol.; 2018;52(3):487-97.

23. Van der Kolk BA, Weill A, Wiart Y. Le corps n'oublie rien: le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme. Paris: Pocket; 2021.

24. Maté G, Maté D. The myth of normal: trauma, illness, and healing in a toxic culture. New York: Avery; 2022.

25. Ford-Gilboe M, Campbell K, Heslop L. Trauma, Violence, Health and Well-being. In: Implementing Trauma- and Violence-Informed Care: A Handbook. Toronto: University of Toronto Press; 2023. p. 11-24.

26. Benjet C, Bromet E, Karam EG, Kessler RC, McLaughlin KA, Ruscio AM, et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. Psychol Med.; 2016;46(2):327-43.

27. Roy L, Keays N, Lemieux A, Nicole M, Crocker AG. Traumatismes complexes et services psychologaux : vers des pratiques sensibles au trauma. Santé Ment Au Qué.; 2022;47(1):19.

28. Cruz D, Lichten M, Berg K, George P. Cruz D, Lichten M, Berg K, George P. Developmental trauma: Conceptual framework, associated risks and comorbidities, and evaluation and treatment. Front Psychiatry; 2022;13:800687. doi: 10.3389/fpsyt.2022.800687. PMID: 35935425; PMCID: PMC9352895. Front Psychiatry [Internet]. 2022;13. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9352895/

29. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med.;1998;14(4):245-58.

30. Centers for Disease Control and Prevention. Adverse Childhood Experiences Prevention Strategy. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2021.

31. Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Chapman DP, Giles WH, Anda RF. Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study. Pediatrics; 2003;111(3):564-72.

32. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB. Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. Addict Behav.; 2002;27(5):713-25.

33. Quinn K, Boone L, Scheidell JD, Mateu-Gelabert P, McGorray SP, Beharie N, et al. The relationships of childhood trauma and adulthood prescription pain reliever misuse and injection drug use. Drug Alcohol Depend.; 2016;169:190-8.

34. Yellowhorse Brave Heart M. The historical trauma response among natives and its relationship with substance abuse: a Lakota illustration. J Psychoactive Drugs; 2003;35(1):7-13.

35. Groupe de rédaction sur la santé des Autochtones du Collège royal. Guide d'introduction à la santé des autochtones. Ottawa: Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2019.

36. Kirmayer LJ, Gone JP, Moses J. Rethinking Historical Trauma. Transcult Psychiatry; 2014;51(3):299-319.

37. Aguiar, W., Halseth, R. Peuples autochtones et traumatisme historique: Les processus de transmission intergénérationnelle. [Internet]. Prince George, C.-B.: Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; 2015 [cité 23 févr 2024]. Disponible sur: http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/142/2015_04_28_AguiarHalseth_RPT_IntergenTraumaHistory_FR_Web.pdf

38. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing (EDMR) therapy: basic principles, protocols, and procedures. Third edition. New York: The Guilford Press; 2018. 568 p.

39. Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, McLaughlin KA, Bromet EJ, Stein DJ, et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. Psychol Med.; 2017;47(13):2260-74.

40. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.

41. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2014. Report No.: HHS Publication No. (SMA) 13-4801.

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

42. Winter DDN, Leighton D. Structural Violence. In: Peace, Conflict, and Violence: Peace Psychology for the 21st Century [Internet]. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall; 2001 [cité 26 avr 2024]. Disponible sur: https://u.osu.edu/christie/about/peace-conflict-and-violence-peace-psychology-for-the-21st-century

43. Farmer PE, Nizeye B, Stulac S, Keshavjee S. Structural Violence and Clinical Medicine. PLoS Med.; 2006;3(10):e449.

44. Varcoe C, Browne AJ. Integrating Understanding of Structural and Systemic Violence into Trauma and Violence Informed Care. In: Implementing Trauma- and Violence-Informed Care: A Handbook. Toronto: University of Toronto Press; 2023. p. 25-38.

45. Afifi TO, MacMillan HL, Boyle M, Taillieu T, Cheung K, Sareen J. Child abuse and mental disorders in Canada. CMAJ; 2014;186(9):E324-32.

46. Ad Hoc Working Group on Women, Mental Illness and Addictions. Making the links: Violence, trauma and mental health. Can Women's Health Netw.; 2009;2(11).

47. Statistique Canada. Que savons-nous sur les mauvais traitements physiques et non physiques infligés pendant l'enfance au Canada?; 2023 [cité 18 mars 2025]; Disponible sur: https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/36-28-0001/2023001/article/00001-fra.htm

48. Statistique Canada. Enquête sur la santé mentale et les événements stressants, 2023; 2024; Disponible sur: https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/240527/dq240527b-fra.htm

49. Poole N. Les soins sensibles au traumatisme. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies; 2014. (Les principes de base de...).

50. Torchalla I, Strehlau V, Li K, Schuetz C, Krausz M. The Association Between Childhood Maltreatment Subtypes and Current Suicide Risk Among Homeless Men and Women. Child Maltreat.; 2012;17(2):132-43.

51. Varcoe C, van Roode T, Wilson Strosher H. Soins tenant compte des traumatismes et de la violence : Outil d'orientation pour les fournisseurs de services du milieu de l'itinérance [Internet]. Agence de la santé publique du Canada; 2019 [cité 3 mars 2024]. Disponible sur: https://equiphealthcare.ca/files/2022/06/STCTV-outil-dorientation-pour-les-fournisseurs-de-services-du-milieu-de-litinerance-2019.pdf

52. Oviedo-Joekes E, Marchand K, Guh D, Marsh DC, Brissette S, Krausz M, et al. History of reported sexual or physical abuse among long-term heroin users and their response to substitution treatment. Addict Behav.; 2011;36(1-2):55-60.

53. Brown C. The pervasiveness of trauma among Canadian women in treatment for alcohol use. Looking Back, Thinking Ahead: Using Research to Improve Policy and Practice in Women's Health Conference; 2009 mars 17; Halifax, NS.

54. Torchalla I, Linden IA, Strehlau V, Neilson EK, Krausz M. "Like a lots happened with my whole childhood": violence, trauma, and addiction in pregnant and postpartum women from Vancouver's Downtown Eastside. Harm Reduct J.; 2015;12(1):1-10.

55. Schwan K, Versteegh A, Perri M, Caplan R, Baig K, Dej E, et al. The State of Women's Housing in Canada: Key Findings. Toronto, ON: Canadian Observatory on Homelessness Press; 2020.

56. Bellamy S, Hardy C. Le syndrome de stress post-traumatique chez les Peuple autochtones du Canada : Examen des facteurs de risque, l'état actuel des connaissances et orientations pour de plus amples recherches. Prince George, C.-B.: Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone; 2015.

57. Pharand S, et al. Projet Ishkuteu: des services d'aide en violence conjugale en réponse aux besoins des femmes autochtones [Internet]. Montréal: Fédération de ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec et Femmes Autochtones du Québec; 2008 [cité 11 déc 2024]. Disponible sur: https://faq-qnw.org/wp-content/uploads/2018/04/Etudedebesoins_Ishkuteu.pdf

58. Piedboeuf E, Lévesque C. La violence en contexte autochtone. Val-d'Or, Québec: Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics; 2019.

59. Commission d'enquête sur les relations entre les autochtones et certains services publics. Rapport Final. Québec: Commission d'enquête sur les relations entre les autochtones et certains services publics; 2019.

60. Perreault S. La victimisation des Premières Nations, Métis et Inuits au Canada. Juristat.; 2022;(85).

61. Boyd C, Graham E, Hendren T, Mitchell A, Rohn E. #cestunfémicide: Comprendre les meurtres de femmes et de filles liés au sexe et au genre au Canada en 2018-2022. Observatoire canadien du fémicide pour la justice et la responsabilisation; 2023.

62. Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. Réclamer notre pouvoir et notre place : le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées [Internet]; 2019 [cité 13 mai 2024]. Disponible sur: https://www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-final-volume-1a-1.pdf

63. Conseil de l'Europe. Questions de genre. [cité 16 déc 2024]. Qu'est-ce que la violence fondée sur le genre. Disponible sur: https://www.coe.int/fr/web/gender-matters/what-is-gender-based-violence

64. Femmes et Égalité des genres Canada. Gouvernement du Canada; 2024 [cité 5 août 2024]. Qu'est-ce que la violence fondée sur le sexe? Disponible sur: https://www.canada.ca/fr/femmes-egalite-genres/violence-fondee-sexe/a-propos-violence-fondee-sexe.html

65. Jean Tweed center for women and their families. Trauma Matters. Guidelines for Trauma-Informed Practices in Women's Substance Use Services; 2013.

66. López-Castro T, Hu M, Papini S, Ruglass LM, Hien DA. Pathways to change: Use trajectories following trauma-informed treatment of women with co-occurring post-traumatic stress disorder and substance use disorders. Drug Alcohol Rev.; 2015;34(3):242-51.

67. Cotter A, Sauvage L. La violence fondée sur le sexe et les comportements sexuels non désirés au Canada, 2018 : Premiers résultats découlant de l'Enquête sur la sécurité dans les espaces publics et privés. Juristat.; 2019;(85).

68. Jaffray B. Experiences of violent victimization and unwanted sexual behaviours among gay, lesbian, bisexual and other sexual minority people, and the transgender population, in Canada, 2018. Juristat.; 2018;(85).

69. Institut national de santé publique du Québec. Institut national de santé publique du Québec; 2023 [cité 19 déc 2024]. Statistiques | INSPQ. Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/violence-conjugale/statistiques

70. Fabrizio Pelak C. Intersectionality. In: The Blackwell Encyclopedia of Sociology [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2007 [cité 27 févr 2025]. Disponible sur: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781405165518.wbeosi065

71. Crenshaw K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory, and Antiracist Politics. Univ Chic Leg Forum;1989(1):57-80.

72. Maryland Coalition Against Sexual Assault. Neurobiology of PTSD Fact Sheet [Internet]. Maryland Coalition Against Sexual Assault; 2023 [cité 9 déc 2024]. Disponible sur: https://mcasa.org/assets/files/Neurobiology_of_PTSD_Fact_Sheet_2023.pdf

73. Bremner JD. Traumatic stress: effects on the brain. Dialogues Clin Neurosci.; 2006;8(4):445-61.

74. Shalev A, Cho D, Marmar CR. Neurobiology and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. Am J Psychiatry; 2024;181(8):705-19.

75. Shonkoff JP, Garner AS, The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption and Dependent Care and Section on Developmental and Behavioral Pediatrics, Siegel BS, Dobbins MI, Earls MF, et al. The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. Pediatrics; 2012;129(1):e232-46.

76. Wilson C, Pence DM, Conradi L. Trauma-Informed Care. In: Encyclopedia of Social Work [Internet]. NASW Press and Oxford University Press; 2013 [cité 27 janv 2021]. Disponible sur: http://oxfordre.com/socialwork/view/10.1093/acrefore/9780199975839.001.0001/acrefore-9780199975839-e-1063

77. Wathen N, Varcoe C. The Principals of Trauma and Violence Informed Care. In: Implementing Trauma- and Violence-Informed Care: A Handbook. Toronto: University of Toronto Press; 2023. p. 72-82.

78. Aïach P. De la mesure des inégalités : enjeux sociopolitiques et théoriques. In: Leclerc A, éditeur. Les inégalités sociales de santé. Paris: Découverte; 2000. p. 81-91. (Recherches).

79. Bolton MJ, Buck S, Conners EA, Kiernan K, Matthews C, McKellar M, et al. Trauma-informed - The Trauma Toolkit; 2013;152.

80. Santé Canada. « Certaines circonstances ». Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées [Internet] [Internet]. Ottawa: Santé Canada; 2001 [cité 17 févr 2025]. Disponible sur: https://publications.gc.ca/collections/collection_2012/sc-hc/H39-618-2002-fra.pdf

81. Kelly JF, Westerhoff CM. Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms. Int J Drug Policy; 2010;21(3):202-7.

82. INPUD secretariat. Les mots comptent! Mise au point linguistique et guide de référence d'INPUD et d'ANPUD. Londres; 2020.

83. First Nations Health Authority. Creating A Climate for Change: Cultural Safety and Humility in Health Services for First Nations and Aboriginal Peoples in British Columbia. British-Colombia: First Nations Health Authority; 2016.

84. Bergeron-Leclerc C. Le travail social centré sur les forces : diversité et possibilités dans la pratique contemporaine. Intervention; 2021;(153):5-17.

85. Varcoe C. Vicarious Trauma, Moral Distress and Compassion Fatigue/Burnout Through a Structural Lens. In: Implementing Trauma- and Violence-Informed Care: A Handbook. Toronto: University of Toronto Press; 2023. p. 58-71.

86. Dictionnaire Larousse en ligne. Définitions : pitié - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 16 janv 2025]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/piti%C3%A9/61222

87. Singer T, Klimecki OM. Empathy and compassion. Curr Biol.; 2014;24(18):R875-8.

88. Klimecki OM, Leiberg S, Ricard M, Singer T. Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. Soc Cogn Affect Neurosci.; 2014;9(6):873-9.

89. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [cité 19 sept 2024]. Disponible sur: https://iris.who.int/handle/10665/85240

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

90. Kim J, Chesworth B, Franchino-Olsen H, Macy RJ. A Scoping Review of Vicarious Trauma Interventions for Service Providers Working With People Who Have Experienced Traumatic Events. Trauma Violence Abuse; 2022;23(5):1437-60.

91. Walsh F. Family resilience: a developmental systems framework. Eur J Dev Psychol.; 2016;13(3):313-24.

92. Hernandez-Wolfe P. Vicarious Resilience: A Comprehensive Review. Rev Estud Soc.; 2018;(66):9-17.

93. Rushton CH. Cultivating Moral Resilience. Am J Nurs.; 2017;117(2):S11-5.

94. Holtz H, Heinze K, Rushton C. Interprofessionals' definitions of moral resilience. J Clin Nurs [Internet]; 2018 [cité 12 déc 2024];27(3-4). Disponible sur: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.13989

95. Brillon DP. Fatigue de compassion et trauma vicariant : quand la souffrance de nos patients nous bouleverse; 2013;30.

96. Richardson JI. Guide sur le traumatisme vicariant : Solutions recommandées pour les personnes luttant contre la violence [Internet]. l'Unité de prévention de la violence familiale, Santé Canada; 2001 [cité 14 août 2024]. Disponible sur: https://publications.gc.ca/collections/collection_2008/phac-aspc/H72-21-178-2000F.pdf

97. Gaudet A. Autocompassion en action: Cultiver la resilience chez les travailleurs oeuvrant dans le système de la santé [Internet]. Journée annuelle 2023 de l'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinerance; 2023 [cité 19 sept 2024]; Montréal. Disponible sur: https://dependanceitinerance.ca/app/uploads/2023/03/ESCODI-16-mars-2023-Autocompassion.pdf

98. Oregan Health Authority. A Trauma Informed Workforce: An introduction to workforce wellness; 2016.

99. Schulman M, Menschner C. Laying the Groundwork for Trauma-Informed Care. Center for Health Care Strategies; 2018.

100. Fallot RD, Harris M. Creating Cultures of Trauma-Informed Care (CCTIC): A Self-Assessment and Planning Protocol; 2009.

101. Varcoe C, Browne AJ. Taking Organizational-Level Action: Creating a Context for Implementing TVIC in Health Care Settings. In: Implementing Trauma- and Violence-Informed Care: A Handbook. Toronto: University of Toronto Press; 2023. p. 85-98.

102. Browne AJ, Varcoe C, Ford-Gilboe M, Nadine Wathen C, Smye V, Jackson BE, et al. Disruption as opportunity: Impacts of an organizational health equity intervention in primary care clinics. Int J Equity Health.; 2018;17(1):154.

103. Purtle J. Systematic Review of Evaluations of Trauma-Informed Organizational Interventions That Include Staff Trainings. Trauma Violence Abuse; 2020;21(4):725-40.

104. National Council for Behavioral Health. Trauma-Informed Care Interview Questions [Internet]; 2014 [cité 14 nov 2024]. Disponible sur: https://www.nationalcouncildocs.net/wp-content/uploads/2014/01/Interview-Questions-for-Trauma-Informed-Care.pdf

105. Equipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérace. Outil d'aide à la production d'un état de situation de l'organisation régionale des services en traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes (TUO) [Internet]. 2025 [cité 1 avril 2025]. Disponible sur: https://dependanceitinerance.ca/app/uploads/2025/04/Etat-de-situation-regionale-des-services-en-dependance-et-en-itinerance.pdf

106. Damian AJ, Mendelson T, Bowie J, Gallo JJ. A Mixed Methods Exploratory Assessment of the Usefulness of Baltimore City Health Department's Trauma-Informed Care Training Intervention. Am J Orthopsychiatry; 2019;89(2):228-36.

107. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Substance Abuse and Mental Health Services Administration : Practical Guide for Implementing a Trauma-Informed Approach. Rockville, MD: National Mental Health and Substance Use Policy Laboratory; 2023.

108. Hales TW, Green SA, Bissonette S, Warden A, Diebold J, Koury SP, et al. Trauma-Informed Care Outcome Study. Res Soc Work Pract.; 2019;29(5):529-39.

109. Ford-Gilboe M, Wathen CN, Varcoe C, Herbert C, Jackson BE, Lavoie JG, et al. How Equity-Oriented Health Care Affects Health: Key Mechanisms and Implications for Primary Health Care Practice and Policy. Milbank Q.; 2018;96:635-71.

110. EQUIP Primary Health Care, Instituts de recherche en santé du Canada. Key Findings from EQUIP Primary Health Care : Enhancing equity through organizational change; 2018.

111. Bani-Fatemi A, Malta M, Noble A, Wang W, Rajakulendran T, Kahan D, et al. Supporting Female Survivors of Gender-Based Violence Experiencing Homelessness: Outcomes of a Health Promotion Psychoeducation Group Intervention. Front Psychiatry; 2020;11:601540.

112. Reid N, Kron A, Rajakulendran T, Kahan D, Noble A, Stergiopoulos V. Promoting Wellness and Recovery of Young Women Experiencing Gender-Based Violence and Homelessness: The Role of Trauma-Informed Health Promotion Interventions. Violence Women; 2021;27(9):1297-316.

113. Covington SS, Burke C, Keaton S, Norcott C. Evaluation of a Trauma-Informed and Gender-Responsive Intervention for Women in Drug Treatment. J Psychoactive Drugs [Internet]; 2008 [cité 28 nov 2024]; Disponible sur: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02791072.2008.10400666

114. Myers B, Carney T, Browne FA, Wechsberg WM. A trauma-informed substance use and sexual risk reduction intervention for young South African women: a mixed-methods feasibility study. BMJ Open; 2019;9(2):e024776.

115. Schuman-Olivier Z, Fatkin T, Creedon TB, Samawi F, Moore SK, Okst K, et al. Effects of a trauma-informed mindful recovery program on comorbid pain, anxiety, and substance use during primary care buprenorphine treatment: A proof-of-concept study. Am J Addict.; 2023;32(3):244-53.

116. Sacks S, McKendrick K, Sacks JY, Banks S, Harle M. Enhanced outpatient treatment for co-occurring disorders: Main outcomes. J Subst Abuse Treat.; 2008;34(1):48-60.

117. Powell C, Stevens S, Dolce BL, Sinclair KO, Swenson-Smith C. Outcomes of a Trauma-Informed Arizona Family Drug Court. J Soc Work Pract Addict.; 2012;12(3):219-41.

118. Edwards KM, Murphy S, Palmer KM, Haynes EE, Chapo S, Ekdahl BA, et al. Co-Occurrence of and Recovery from Substance Abuse and Lifespan Victimization: A Qualitative Study of Female Residents in Trauma-Informed Sober Living Homes. J Psychoactive Drugs; 2017;49(1):74-82.

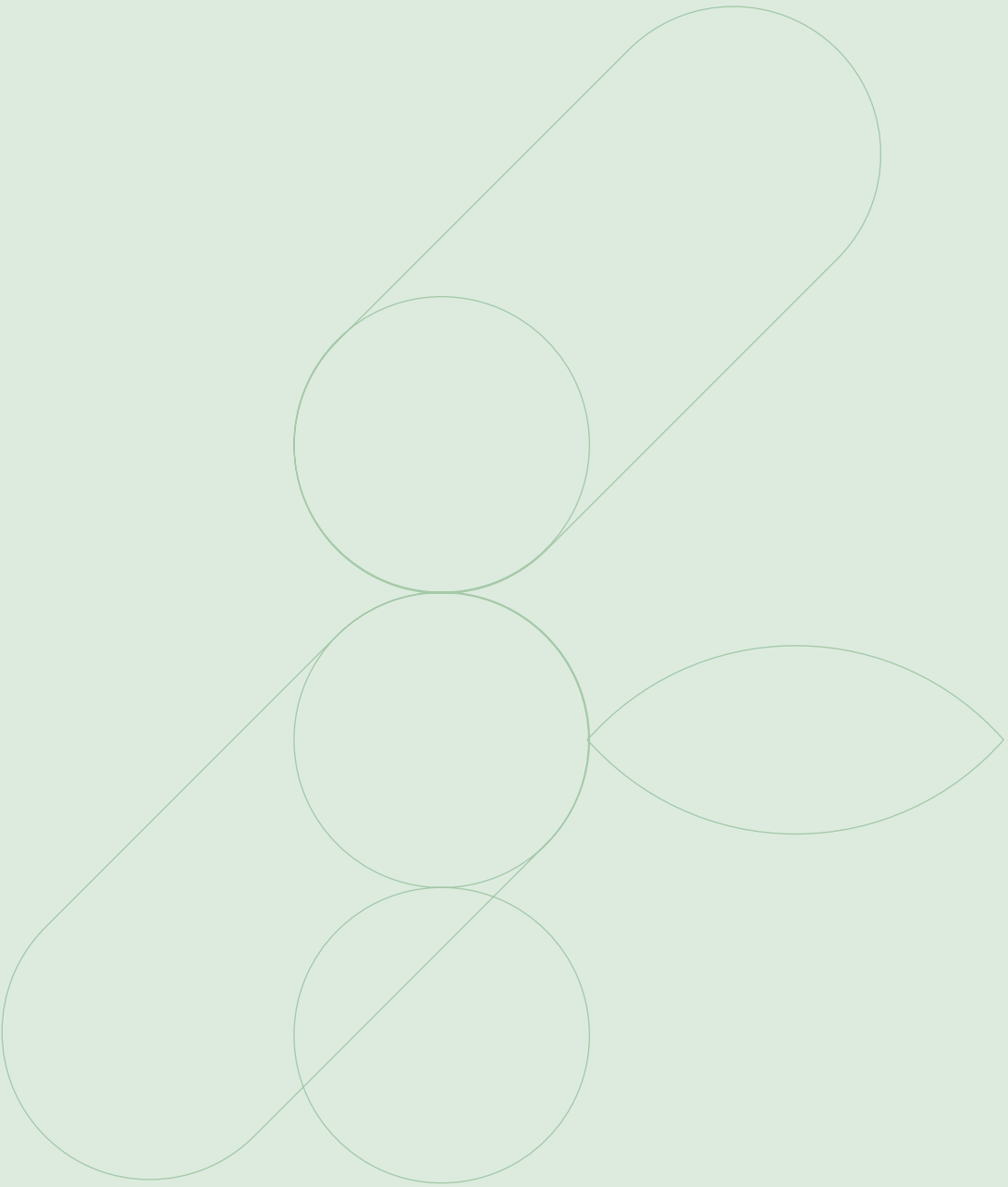
119. Edwards KM, Wheeler L, Siller L, Murphy SB, Ullman SE, Harvey R, et al. Outcomes associated with participation in a sober living home for women with histories of domestic and sexual violence victimization and substance use disorders. Traumatology; 2023;29(2):191-201.

120. Hales TW, Nochajski TH, Green SA, Hitzel HK, Woike-Ganga E. An Association Between Implementing Trauma-Informed Care and Staff Satisfaction. Adv Soc Work.; 2017;18(1):300-12.

121. Varcoe C. The Nexus of Trauma, Violence, Chronic Pain, Substance Use and Stigma. In: Implementing Trauma- and Violence-Informed Care: A Handbook. Toronto: University of Toronto Press; 2023. p. 201-13.

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025





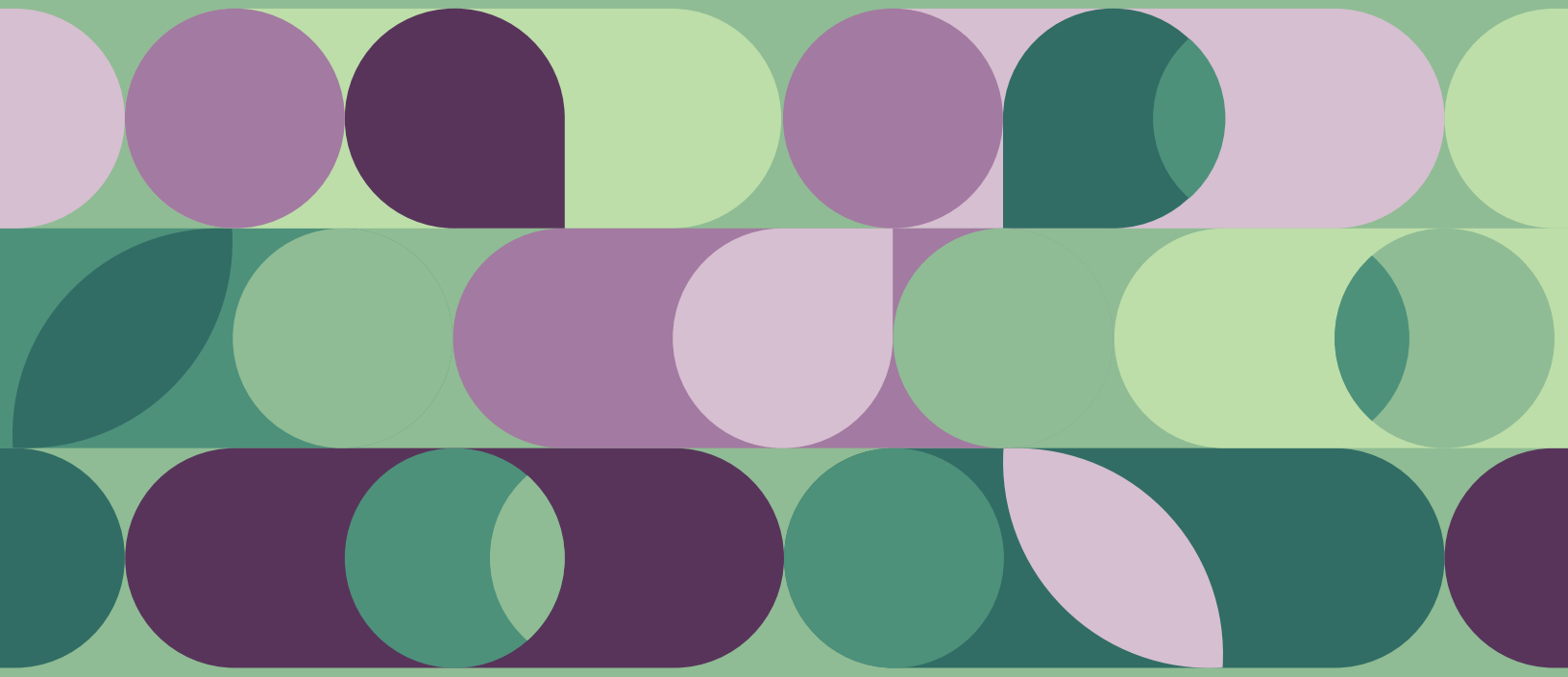
© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2025

Une production de l'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, avec la précieuse collaboration du :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Mention spéciale

« Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles du ministère de la Santé et des Services sociaux. »



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal

Québec