



Étude conjointe sur les mécanismes de soutien en santé mentale pour les employés

(La présente étude vise les postes au sein des unités de négociation des services administratifs et techniques des programmes, mais peut s'appliquer à tous les postes dont les titulaires sont à risque de subir des blessures psychologiques)

Préparé par :
**Comité mixte sur les mécanismes de soutien en santé
mentale**

**Mise en garde : Le présent rapport contient des renseignements que certaines personnes
pourraient trouver perturbants.**

Abréviations et acronymes

TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
ESPTC	État de stress post-traumatique complexe
DSM-5	American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
PPR	Programme de prévention des risques
PE	Protocole d'entente
PA	Services des programmes et de l'administration (unité de négociation)
AFPC	Alliance de la fonction publique du Canada
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
GRC	Gendarmerie royale du Canada
TV	Traumatisme vicariant
SCT	Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada
TC	Services techniques (unité de négociation)
GRiT	Gestion des risques liés au traumatisme

Table des matières

Abréviations et acronymes	i
Table des matières	ii
Résumé.....	iii
1.0 Contexte	1
2.0 Introduction aux traumatismes	2
3.0 Aperçu des travaux du comité.....	4
4.0 Approche, méthodologie et limites.....	5
5.0 Repérage des postes à risque	7
6.0 Inventaire des mécanismes prometteurs en matière de santé mentale	7
7.0 Résultats de la revue de la littérature	9
7.1 Événement traumatisant au travail	11
7.2 Susceptibilité aux événements traumatisants au travail	14
7.3 Programmes précautionneux au travail	16
7.4 Traitement des préjudices et des troubles psychologiques.....	18
7.5 Contexte de la pandémie	19
8.0 Besoins en mécanismes de soutien en santé mentale	19
9.0 Conclusions et recommandations	20
10.0 Tableau récapitulatif des résultats et des recommandations	23
Annexe A : Protocoles d'entente	27
Annexe B : Critères d'orientation pour le repérage des postes.....	30
Annexe C : Lectures recommandées	322
Diverses professions et exposition aux traumatismes	322
Facteurs de risque, facteurs de protection.....	Error! Bookmark not defined. 3
Prévention et intervention.....	Error! Bookmark not defined. 4
Traitement.....	Error! Bookmark not defined. 5
TSPT et autres troubles	Error! Bookmark not defined. 6
Autres	Error! Bookmark not defined. 7

Résumé

La demande visant à réaliser la présente étude est née de la reconnaissance conjointe du syndicat et de l'employeur des faits suivants :

- l'exposition potentielle à du matériel, des événements et des circonstances traumatisants vécue en milieu de travail par les membres des unités de négociation des Services des programmes et de l'administration et des Services techniques pourrait présenter des dangers et contribuer à accroître les risques pour leur santé mentale;
- le *Code canadien du travail* comprend une exigence réglementaire, le Programme de prévention des risques (PPR), pour la détermination systémique des risques en milieu de travail en vertu de la partie XIX du *Règlement canadien sur la santé et la sécurité au travail*.

Lors de l'élaboration de leur PPR, les ministères et les organismes doivent prendre en compte l'ensemble des risques, notamment les dangers professionnels comportant des risques de traumatisme, auquel les employés peuvent être exposés au cours de l'exercice de leurs fonctions.

En octobre 2020, l'Alliance de la fonction publique du Canada (AFPC) et le Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada (SCT) ont signé deux protocoles d'entente concernant une étude conjointe sur les mécanismes de soutien en santé mentale pour les employés. L'étude visait à :

1. repérer les postes au sein de l'unité de négociation dont les titulaires sont exposés, dans le cadre de leurs fonctions, à des contenus explicites et perturbants ou à des situations menaçantes qui peuvent nécessiter des mécanismes de soutien en santé mentale;
2. cerner les besoins particuliers en matière de mécanismes de soutien;
3. recenser et documenter les pratiques prometteuses et les meilleures pratiques en ce qui concerne les mécanismes de soutien;
4. recommander les moyens pour mettre en œuvre les pratiques prometteuses et les meilleures pratiques recensées par l'étude.

Pour mener à bien ces travaux, le Comité mixte sur les mécanismes de soutien en santé mentale a été créé. Coprésidé par le SCT et l'AFPC, il réunit 13 cadres supérieurs représentant les ministères et les organismes mentionnés dans les protocoles d'entente et 10 représentants de l'AFPC.

Le Comité a satisfait aux quatre exigences de l'étude en adoptant une approche de recherche mixte et holistique, ce qui signifie que de nombreuses sources de données ont été explorées pour tirer des conclusions et formuler des recommandations. Il s'agissait notamment :

- d'élaborer des critères d'orientation pour repérer les postes à risque;

- d'analyser les inventaires des pratiques actuelles et prometteuses dans les ministères et les organismes afin de cerner les lacunes et les besoins en matière de soutien à la santé mentale;
- d'effectuer une analyse documentaire visant à répertorier les mesures efficaces de soutien en santé mentale liées aux traumatismes, notamment les traumatismes indirects.

Les auteurs de l'étude concluent qu'il existe une variété de mesures de soutien en santé mentale à la disposition des employés qui sont exposés à des risques de traumatisme dans le cadre de leurs fonctions professionnelles. Toutefois, on a peu de connaissances sur l'utilisation, la fréquence d'utilisation et l'efficacité de ces mesures pour ce qui est de la prévention, de l'intervention, du traitement et du rétablissement. En outre, le choix des mécanismes de soutien préventifs ou correctifs appropriés à mettre en place pour les employés concernés constitue un défi étant donné que les dangers et les risques psychologiques en milieu de travail ne sont pas systématiquement répertoriés.

Selon les documents consultés, les programmes psychoéducatifs qui améliorent la compréhension des facteurs de risque pour la santé mentale et les programmes qui augmentent la sensibilisation aux signaux d'alerte et aux symptômes sont utiles aux organisations pour prévenir ou atténuer les risques liés au travail, notamment ceux liés aux traumatismes. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) se sont révélées efficaces pour traiter diverses formes de traumatismes, et le fait de disposer d'un réseau de soutien solide peut considérablement réduire le risque de souffrir de symptômes traumatiques.

Les recommandations formulées par le Comité portaient sur les points suivants :

1. la nécessité pour tous les employés d'acquérir des connaissances de base en matière de santé mentale et de santé et sécurité psychologiques au travail;
2. une meilleure intégration des connaissances sur la santé et la sécurité au travail et la santé et la sécurité psychologiques afin de correctement cerner les risques psychologiques au travail;
3. les possibilités en matière de rétablissement et d'intervention offertes aux employés;
4. le soutien informel par des pairs;
5. l'évaluation des mesures de soutien en santé mentale.

1.0 Contexte

Le Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT) du Canada et l'Alliance de la fonction publique du Canada (AFPC) reconnaissent que l'exposition sur le lieu de travail à des événements, des circonstances et du matériel potentiellement traumatisants, y compris les expériences indirectes, représente un risque pour la santé mentale des employés. Les blessures de santé mentale représentent un risque non seulement pour les employés qui subissent des événements traumatisants directement dans le cadre de leurs fonctions, mais aussi pour ceux qui les subissent indirectement.

Les employeurs ont l'obligation légale de fournir un lieu de travail sûr et sain à tous leurs employés. Ils doivent comprendre et gérer les risques psychologiques et physiques sur le lieu de travail. Depuis 2020, le *Code canadien du travail* inclut les blessures et les maladies psychologiques dans les exigences en matière de santé et de sécurité au travail. Les employeurs sont tenus de répertorier, de prévenir autant que possible, d'atténuer et de gérer les dangers et les risques psychologiques sur le lieu de travail, tout en mettant en place des mesures pour protéger la santé et la sécurité psychologiques des travailleurs.

En octobre 2020, l'AFPC et le SCT ont signé deux protocoles d'entente concernant une étude conjointe sur les mécanismes de soutien en santé mentale pour les employés. Ces protocoles d'entente diffèrent légèrement en ce qui concerne les délais et les populations cibles, l'un d'entre eux étant axé sur l'unité de négociation des Services techniques (TC) et l'autre sur l'unité de négociation des Services des programmes et de l'administration (PA). Les protocoles portent sur différents ministères et organismes, 13 au total. Le SCT et l'AFPC ont convenu d'harmoniser les calendriers et de fusionner les protocoles d'entente pour mener une seule étude, en créant un comité mixte qu'ils coprésideraient.

Les protocoles d'entente (voir l'annexe A pour les protocoles d'entente officiels) décrivent les spécifications de l'étude, à savoir :

1. repérer les postes au sein de l'unité de négociation dont les titulaires sont exposés, dans le cadre de leurs fonctions, à des contenus explicites et perturbants ou à des situations menaçantes qui peuvent nécessiter des mécanismes de soutien en santé mentale;
2. cerner les besoins particuliers en matière de mécanismes de soutien;
3. recenser et documenter les pratiques prometteuses et les meilleures pratiques en ce qui concerne les mécanismes de soutien;
4. recommander les moyens pour mettre en œuvre les pratiques prometteuses et les meilleures pratiques recensées par l'étude.

Pour mener à bien ce travail, le Comité mixte sur les mécanismes de soutien en santé mentale a été formé. Treize cadres y représentaient les ministères et organismes mentionnés dans les protocoles d'entente, la coprésidence et le secrétariat du Comité ont été assurés par le SCT, et l'Agence des services frontaliers du Canada et le Service correctionnel du Canada ont participé

volontairement au comité. Le Comité était également composé de 11 représentants de l'AFPC, dont la coprésidente. Les ministères et organismes suivants y ont participé :

1. Service des poursuites pénales du Canada
2. Commission des libérations conditionnelles du Canada
3. Gendarmerie royale du Canada (GRC)
4. Anciens combattants Canada
5. Transports Canada
6. Bureau de la sécurité des transports du Canada
7. Pêches et océans Canada
8. Environnement et Changement climatique Canada
9. Emploi et Développement social Canada
10. Garde côtière canadienne
11. Services aux Autochtones Canada
12. Ministère de la Justice Canada
13. Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada
14. Agence des services frontaliers du Canada (non nommée dans les protocoles d'entente)
15. Service correctionnel Canada (non nommé dans les protocoles d'entente)
16. Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada

2.0 Introduction aux traumatismes

Avant d'aborder les travaux du Comité et les résultats de l'étude entreprise, il est important d'établir une compréhension commune de ce qu'est un traumatisme et des différents types de traumatismes qui existent.

Le traumatisme est décrit comme suit par la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) :

Le traumatisme individuel résulte d'un événement, d'une série d'événements ou d'un ensemble de circonstances vécu par un individu comme étant physiquement ou émotionnellement nuisible ou menaçant sa vie et ayant des effets négatifs durables sur le fonctionnement et le bien-être mental, physique, social, émotionnel ou spirituel de l'individu¹. [traduction]

Le fait qu'une personne vive un événement comme un traumatisme dépend de la signification qu'elle lui donne et de la façon dont elle est perturbée psychologiquement ou physiquement par cet événement². Les réactions négatives au traumatisme peuvent survenir immédiatement ou

¹ Substance Abuse and Mental Health Services Administration, [SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach](#), octobre 2014, p. 1-27

² Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014.

être retardées de plusieurs mois ou années, être à long terme ou à court terme, et avoir de nombreuses manifestations physiques et psychologiques³.

Au fur et à mesure que nous comprenons mieux les traumatismes, les définitions et les critères d'orientation évoluent. Dans la nouvelle édition du manuel Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) de l'American Psychiatric Association, le trouble de stress post-traumatique (TSPT) n'est plus dans la catégorie des troubles anxieux, mais dans une nouvelle catégorie diagnostique appelée « Troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress ». De nombreuses recherches ont démontré que le TSPT entraîne de multiples émotions (par exemple, la culpabilité, la honte, la colère) en dehors du spectre de la peur et de l'anxiété⁴, et qu'il ne fait donc pas partie des troubles anxieux. On pense que le TSPT contribue à la stigmatisation négative associée aux troubles de santé mentale, c'est pourquoi les termes non cliniques tels que « blessure de stress post-traumatique » et « blessures de stress opérationnel » sont souvent utilisés pour englober l'ensemble des traumatismes mentaux résultant d'expériences traumatisantes^{5, 6}.

L'état de stress post-traumatique complexe est un nouveau trouble qui décrit les réactions plus complexes et plus graves qui sont typiques chez les personnes ayant subi une exposition à une série d'expériences traumatisantes ou une exposition prolongée à des situations traumatisantes⁷. Le traumatisme associé au trouble de stress post-traumatique (TSPT) est généralement attribué à un événement traumatique unique ou à des événements similaires survenus dans un court laps de temps. L'état de stress post-traumatique complexe (ESPTC), quant à lui, est attribué à des traumatismes récurrents de longue date, tels que le fait de subir de manière continue des préjudices psychologiques dus, par exemple, au harcèlement, à la négligence émotionnelle, au racisme, à l'intimidation, au stress chronique non géré, à la violence psychologique ou à la violence physique^{8, 9}. Il peut entraîner tous les symptômes du TSPT, notamment les symptômes supplémentaires suivants, qui lui sont uniques : difficultés à

³ Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), « [Posttraumatic stress disorder](#) », Toronto (Ontario), CAMH, 2019.

⁴ J. B. Williamson, M. S. Jaffee et R. E. Jorge, « [Posttraumatic Stress Disorder and Anxiety-Related Conditions](#) », *Continuum*, 2021, vol. 27, no 6, p. 1738-1763.

⁵ Canada, Parlement, Chambre des communes, Comité permanent de la sécurité publique et nationale, [Santé mentale et sécurités des collectivités : appuyer nos agents de sécurité publique à l'aide d'une stratégie nationale sur les blessures de stress opérationnel / le président, Robert Oliphant](#), Rapport du Comité permanent de la sécurité publique et nationale, 5e rapport, 42e législature, 1re session, Ottawa, Chambre des communes, octobre 2016.

⁶ Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique (ICRTSP), [Glossary of Terms: A Shared Understanding of the Common Terms Used to Describe Psychological Trauma](#), version 2.2, Regina, ICRTSP, 2019.

⁷ A. Maercker *et al.*, « [Complex post-traumatic stress disorder](#) », *The Lancet*, 22 juillet 2022, vol. 400, no 10345, p. 60-72.

⁸ J. Leonard, [What is complex PTSD: Symptoms, treatment, and resources to help you cope](#), *Medical News Today*, 2022.

⁹ J. L. Herman, *Trauma and Recovery from Domestic Abuse to Political Terror*, États-Unis, Basic Books, 2015.

maintenir des relations à long terme, difficultés à gérer les émotions et forts sentiments d'inutilité et de culpabilité¹⁰.

Les termes « traumatisme vicariant » et « stress traumatique secondaire » (STS) sont souvent utilisés de manière interchangeable pour désigner le traumatisme indirect qui peut se produire lorsque nous sommes indirectement exposés à des images et à des récits difficiles ou dérangeants¹¹. Le traumatisme vicariant se produit lorsque nous subissons un traumatisme en étant exposés à la douleur d'autrui par le biais de supports écrits, audio ou visuel et implique un changement dans la vision du monde d'une personne. Il peut entraîner de nombreux symptômes et troubles mentaux négatifs, pouvant aller jusqu'à l'anxiété, la dépression et le trouble de stress post-traumatique (TSPT)¹². Le concept de STS a été élaboré par des spécialistes des traumatismes qui essayaient de comprendre pourquoi les fournisseurs de services présentaient des symptômes très semblables au TSPT (par exemple, l'engourdissement émotionnel, l'évitement, l'excitation et l'irritabilité chronique), même s'ils n'étaient pas nécessairement directement exposés eux-mêmes aux événements traumatisants¹³.

À l'origine, cette étude portait sur le traumatisme vicariant, mais lors de l'examen des mesures de soutien disponibles, une distinction n'a pas nécessairement été faite entre les différents types de traumatisme et les mesures visant à prévenir et à traiter les traumatismes.

3.0 Aperçu des travaux du Comité

Depuis le 23 mars 2021, date de la première réunion du Comité mixte sur les mécanismes de soutien en santé mentale, le Comité s'est réuni 16 fois. Dans le cadre de l'étude, le Comité a :

- élaboré des critères d'orientation pour repérer des postes (voir section 5.0 Repérage des postes);
- dressé un inventaire des mécanismes de soutien prometteurs en santé mentale existant dans chaque ministère participant (voir section 6.0 Inventaire des mécanismes prometteurs en santé mentale);
- préparé une revue de la littérature sur le thème des traumatismes, des incidents traumatiques au travail et des mécanismes de soutien efficaces (voir section 7.0 Résultats de la revue de la littérature);
- cerné les besoins en matière de mécanismes de soutien en santé mentale (voir section 8.0 Besoins en matière de mécanismes de soutien en santé mentale);
- examiné le rôle du Programme de prévention des risques (PPR), de la prévention de l'exposition et de l'élimination ou de l'atténuation des risques;

¹⁰ Organisation mondiale de la santé, [CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité — 6B41 Trouble de stress posttraumatique complexe](#), version 02/2022.

¹¹ TEND Academy, « [What are Vicarious Trauma and Secondary Traumatic Stress?](#) », 2018.

¹² I. L. McCann et L. A. Pearlman, « [Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims](#) », *Journal of Traumatic Stress*, 1990, vol. 3, no 1, p. 131–149.

¹³ C. Figley, [Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized](#), New York, Brunner/Routledge, 1995.

- assisté à 10 présentations sur les pratiques prometteuses données par des experts externes et différents ministères et organismes;
- élaboré des recommandations concernant les besoins cernés et la mise en œuvre de pratiques prometteuses.

4.0 Approche, méthodologie et limites

Cette étude a porté sur des ministères et organismes de tailles, de structures et de mandats différents, ce qui a permis d'orienter les méthodologies choisies. Le Comité s'est acquitté des obligations qui lui incombent en vertu du protocole d'entente en adoptant une approche de recherche mixte et holistique, explorant de multiples sources de données pour en tirer des conclusions et des recommandations.

En ce qui concerne le terme « mécanismes de soutien », le Comité a convenu qu'il pouvait s'agir de mécanismes de prévention, d'intervention, de traitement et de rétablissement. D'autres précisions et limites spécifiques à chacune des quatre exigences du protocole d'entente énumérées à la section 1.0 du présent rapport sont décrites ci-dessous, ainsi que la méthodologie utilisée pour obtenir les résultats les plus précis.

Pour la première exigence (repérage des postes au sein de l'unité de négociation dont les titulaires sont exposés, dans le cadre de leurs fonctions, à du contenu explicite et perturbant, ou à des situations potentiellement menaçantes qui peuvent nécessiter des mécanismes de soutien en santé mentale), un groupe de travail composé à parts égales de représentants du syndicat et de représentants de l'employeur a été mis en place afin de déterminer une méthodologie cohérente pour le repérage de ces postes. Le groupe de travail a conclu (et le Comité a approuvé) que ce type d'exercice devrait être permanent. En raison de la nature évolutive du travail effectué par les titulaires de postes particuliers au sein de la fonction publique fédérale, donner un simple aperçu des tâches accomplies par ces personnes ne servirait pas à long terme. Les membres du Comité ont donc convenu que le terme « poste » ne devait pas nécessairement désigner un numéro de poste donné ou un poste autonome, mais qu'il pouvait désigner des groupes d'employés effectuant des tâches ou des travaux semblables. Les membres ont convenu que, pour qu'un poste soit mis sur la liste, les employés devraient, dans l'exercice de leurs fonctions, être confrontés à un ou plusieurs risques définis par une série de critères. Ces critères de risque ont été proposés comme guide général par le groupe de travail et ont été approuvés par le Comité pour être utilisés dans la sélection des postes pouvant comporter des risques. Comme prévu, étant donné le caractère particulier de chaque ministère représenté, chaque membre du comité ministériel, en collaboration avec son homologue syndical, a pris la responsabilité de repérer des postes au sein de son ministère en se fondant sur ces critères de risque.

Tous les membres ont créé de nouveaux groupes de travail internes ou ont fait appel aux groupes de travail mixtes syndicaux-patronaux existants pour mener à bien le repérage des postes ministériels. L'approche variait d'un ministère à l'autre. Tous les membres ont convenu

que le repérage des postes était un exercice permanent et de grande envergure. C'est pourquoi le présent rapport ne contient pas de liste exhaustive des postes classés par ministère. Les critères d'orientation élaborés par le Comité pour repérer les postes présentant pour leur titulaire, dans l'exercice de leurs fonctions, un risque de préjudice psychologique sont plutôt inclus dans l'annexe B afin qu'ils puissent être utilisés à l'avenir par n'importe quel ministère pour alimenter son Programme de prévention des risques.

La méthodologie utilisée pour répondre à la deuxième exigence du protocole d'entente (cerner les besoins particuliers en matière de mécanismes de soutien) était liée à la troisième exigence du protocole d'entente (recenser et documenter les pratiques prometteuses et les meilleures pratiques en ce qui concerne les mécanismes de soutien). Ces exigences étaient difficiles à satisfaire pour plusieurs raisons. Afin de cerner les besoins ou les lacunes en matière de soutien en santé mentale, nous devons savoir ce qui est offert par chaque ministère et faire une comparaison avec les meilleures pratiques connues. Toutefois, en l'absence de résultats d'évaluation ou de données sur l'efficacité, les membres du Comité n'ont pas pu cerner avec certitude les meilleures pratiques au sein de leur ministère ou organisme. En effet, la plupart des mécanismes de soutien en santé mentale mis en place au sein des ministères et organismes n'ont pas fait l'objet d'une évaluation systématique. Cette situation n'est pas propre à la fonction publique fédérale, car la littérature sur ce sujet contient également peu de renseignements sur les types de soutien les plus efficaces.

Au lieu de cela, un inventaire ministériel des pratiques existantes et prometteuses a été effectué à l'aide d'un modèle normalisé conçu par un autre groupe de travail patronal-syndical relevant du Comité et approuvé par les membres de ce dernier. Le modèle comprenait plus de 20 variables dans les 3 catégories de mécanisme repérées — prévention, intervention et traitement, et rétablissement. Ce niveau de détail était nécessaire pour correctement cerner les lacunes et les besoins dans chacune de ces catégories. Tous les inventaires ont été compilés dans une base de données et ont ensuite été analysés.

Compte tenu des difficultés rencontrées pour consolider les inventaires ministériels en raison des diverses interprétations des membres concernant le modèle ainsi que ses composantes et variables, il a été demandé aux ministères et organismes et aux représentants syndicaux de communiquer au Comité leurs observations générales et l'analyse de leur inventaire ministériel afin de déterminer les tendances et les thèmes communs. Ces renseignements ont été utilisés pour corroborer les résultats de l'analyse des inventaires compilés.

La méthodologie utilisée pour répondre à la quatrième exigence du protocole d'entente (recommander des moyens pour mettre en œuvre les pratiques prometteuses et les meilleures pratiques repérées par l'étude) a consisté à compiler les résultats des trois premières exigences du protocole d'entente et à les examiner en les comparant avec les résultats d'une revue de la littérature des recherches existantes examinées par des pairs sur le traumatisme en général et le traumatisme sur le lieu de travail. Le Comité a examiné l'ensemble des conclusions et des

recommandations afin de s'assurer que les résultats de l'étude et les exigences du protocole d'entente sont respectés.

5.0 Repérage des postes à risque

Sachant que, dans la mesure du possible, la prévention de l'exposition à du contenu explicite et perturbant ou à des situations potentiellement menaçantes est une priorité, le groupe de travail a élaboré une liste de critères d'orientation pour repérer les postes à risque en utilisant un langage précis, accessible et clair sur la manière dont les risques psychologiques peuvent se produire (voir l'annexe B : Critères d'orientation pour le repérage des postes à risque). Ils ont reconnu que repérer des incidents d'exposition à un traumatisme vicariant (ou stress traumatique secondaire) est moins simple que de repérer des incidents de traumatisme direct en raison de la nature indirecte de la source ou de la cause première du traumatisme.

Comme il a été mentionné précédemment, les approches visant à repérer les postes concernés varient. Par exemple, Environnement et Changement climatique Canada et la GRC ont indiqué dans le protocole d'entente les postes à risque des groupes PA et TC, mais aussi ceux d'autres groupes. D'autres ministères et organismes s'en sont tenus aux paramètres de l'étude. Transports Canada a adopté une approche plus détaillée, fondée sur les données : il a conçu un outil d'enquête en ligne pour aider au repérage des postes à risque, qui a ensuite été modifié pour être utilisé dans d'autres ministères et organismes.

En ce qui concerne les progrès réalisés à ce jour, 76 % des ministères et organismes ont repéré les postes touchés dans les groupes PA et TC à l'aide des critères d'orientation élaborés et 23 % d'entre eux ont repéré les postes touchés dans les groupes PA et TC, mais également dans d'autres groupes.

6.0 Inventaire des mécanismes prometteurs en santé mentale

Afin de créer un inventaire utile des pratiques des ministères et organismes en matière de soutien en santé mentale, il a fallu catégoriser les soutiens. Le modèle d'inventaire des mécanismes prometteurs de soutien en santé mentale comprend donc les catégories suivantes :

- **Prévention (préexposition) :**
Mesures de contrôle, programmes et pratiques visant à éduquer et à préparer les employés exposés à des risques afin d'atténuer et, si possible, d'éliminer l'exposition au facteur de stress psychologique et de renforcer leur résistance.
- **Intervention (exposition) :**
Actions visant la détection précoce et l'intervention rapide après un événement critique ou traumatisant ou une exposition à un ou plusieurs facteurs de stress psychologique.
- **Traitement et rétablissement (diagnostic) :**
Mécanismes, stratégies et traitements visant à limiter l'incapacité résultant d'une blessure psychologique ou à rétablir une fonction.

Environ 160 pratiques de soutien ont été répertoriées par les organisations membres du Comité et réparties en neuf grands groupes :

1. Soutien en santé mentale et réduction de la stigmatisation
2. Éducation et formation
3. Traumatisme et intervention en cas de crises
4. Mesures de lutte contre les menaces et mesures de santé et de sécurité
5. Gestion du stress et résilience
6. Services de consultation psychologique professionnels
7. Communication et travail avec les autres
8. Soutien par les pairs
9. Autres

Les pratiques les plus courantes dans les ministères et organismes sont l'éducation et la formation sur la santé mentale en général, la formation sur la gestion du stress et la résilience, et les pratiques normalisées d'intervention lors d'incidents critiques pour répondre à des situations de crise.

En termes de public, la plupart des pratiques de soutien étaient destinées à l'ensemble des employés (68 %), tandis que 5 % seulement étaient destinées aux superviseurs, aux cadres ou aux dirigeants.

Parmi les programmes proposés à des sous-groupes professionnels spécifiques, 58 % étaient recommandés et 42 % étaient obligatoires.

Parmi les exemples de programmes recommandés pour les sous-groupes professionnels, citons :

- la formation sur les appels téléphoniques abusifs;
- la formation sur l'introduction à la santé mentale;
- la gestion des conversations difficiles;
- la résilience;
- le traumatisme vicariant.

Parmi les exemples de programmes obligatoires dans les ministères et organismes, citons :

- les bilans annuels avec un professionnel de la santé mentale;
- la formation en matière de limites et d'éthique;
- la formation à la gestion du stress en cas d'incident critique;
- les prestations pour l'obtention de services de soutien en santé mentale;
- la formation au protocole de sensibilisation et de prévention du suicide mis en place par Anciens Combattants Canada;
- la formation offerte aux anciens combattants qui ressentent de la colère.

La plupart des mécanismes de soutien en santé mentale répertoriés étaient disponibles sur demande ou en cas de besoin et étaient proposés de manière continue. La promotion de ces

mécanismes était principalement virtuelle et variée en termes de fréquence. En outre, selon les résultats de l'inventaire, 64 % des programmes étaient adaptables à d'autres ministères et organismes, probablement en raison du fait que la prestation de 63 % de ces programmes était assurée par des fournisseurs externes. Comme la plupart des programmes ont fait l'objet d'un suivi fondé sur les commentaires des participants (c'est-à-dire des enquêtes de satisfaction), environ 77 % des programmes ont pu comptabiliser le nombre de personnes ayant utilisé le mécanisme de soutien. Très peu de pratiques de soutien ont fait l'objet d'une évaluation de leur efficacité, à l'exception des cours de premiers soins en santé mentale, dont il a été démontré qu'ils permettaient aux participants de se sentir plus à l'aise de discuter de questions de santé mentale en raison d'une meilleure connaissance et d'une meilleure attitude à l'égard des problèmes de santé mentale¹⁴.

7.0 Résultats de la revue de la littérature

Lorsqu'il est apparu clairement qu'il serait difficile de repérer les meilleures pratiques en l'absence de données suffisantes, les coprésidentes ont proposé que le Comité procède à une revue de la littérature afin d'en apprendre davantage sur les types de mécanismes de soutien qui seraient prometteurs et recommandés. En réponse, une représentante patronale, une membre du comité syndical et les deux coprésidentes se sont portées volontaires pour effectuer une revue de la littérature en « [s'appuyant] sur les recherches existantes ou d'autres sources d'information », comme prévu dans les protocoles d'entente.

Les renseignements suivants ont été obtenus à partir de l'examen, de la compilation et de l'analyse d'environ 270 articles de recherche traitant du traumatisme et du traumatisme indirect sur le lieu de travail.

Il en ressort que les expériences traumatisantes peuvent avoir un large éventail de répercussions immédiates et différées sur un individu, allant des réactions émotionnelles, physiques, cognitives, comportementales et existentielles. Le tableau ci-dessous¹⁵ contient quelques exemples de ces répercussions :

Réactions <u>émotionnelles</u> immédiates	Réactions <u>émotionnelles</u> différées
Engourdissement et détachement, culpabilité, colère, sentiment d'impuissance, sentiment d'accablement	Irritabilité, hostilité, sautes d'humeur, dépression, honte, détachement émotionnel
Réactions <u>physiques</u> immédiates	Réactions <u>physiques</u> différées

¹⁴ Mental Health First Aid International, [Program Evaluations](#).

¹⁵ Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), [Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services](#), Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, no 57, Rockville (Maryland), SAMHSA, 2014.

Nausées, sueurs ou frissons, accélération du rythme cardiaque, épuisement extrême, dépersonnalisation et dissociation	Troubles du sommeil, de l'appétit et de la digestion, fatigue persistante, effets à long terme sur la santé, y compris les maladies cardiaques, hépatiques, auto-immunes et pulmonaires obstructives chroniques
Réactions <u>cognitives</u> immédiates	Réactions <u>cognitives</u> différées
Difficultés de concentration, tachypsychie, distorsion du temps et de l'espace, problèmes de mémoire, forte identification avec les victimes	Culpabilisation, souvenirs envahissants, difficultés à prendre des décisions, conviction que les sentiments ou les souvenirs sont dangereux, pensées suicidaires
Réactions <u>comportementales</u> immédiates	Réactions <u>comportementales</u> différées
Agitation, troubles du sommeil et de l'appétit, difficultés à s'exprimer, attitude querelleuse, isolement et apathie, évitement	Évitement, détérioration des relations, diminution du niveau d'activité, comportements à risque, consommation accrue de drogues et d'alcool
Réactions <u>existentielles</u> immédiates	Réactions <u>existentielles</u> différées
Désespoir à l'égard de l'humanité, perturbation des croyances à propos de son existence, recours intense à la prière	Cynisme accru, désillusion, perte du sentiment d'avoir un but dans la vie, redéfinition du sens et de l'importance de la vie

Le traumatisme psychologique augmente le risque de nombreuses conséquences négatives et graves pour la santé mentale. Il peut exacerber les symptômes de troubles mentaux préexistants et précipiter l'apparition de troubles mentaux tels que le trouble de stress post-traumatique (TSPT)¹⁶, le trouble dépressif caractérisé¹⁷, l'anxiété et les troubles connexes¹⁸, les troubles liés à la consommation d'alcool,¹⁹ les troubles obsessionnels compulsifs²⁰ et les tentatives de suicide²¹. Le traumatisme subi à l'âge adulte est associé à une multiplication par quatre du risque de troubles mentaux ultérieurs²². Une autre étude sur l'exposition au traumatisme et les maladies

¹⁶ American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5e éd., DSM-5, 2013.

¹⁷ J. P. Bonde et al., « [Risk of Depressive Disorder Following Disasters and Military Deployment: Systematic Review With Meta-Analysis](#) », *The British Journal of Psychiatry*, 2016, vol. 208, no 4, p. 330–336.

¹⁸ J. Sareen et al., « [Combat and Peacekeeping Operations in Relation to Prevalence of Mental Disorders and Perceived Need for Mental Health Care: Findings from a Large Representative Sample of Military Personnel](#) », *Archives of General Psychiatry*, 2007, vol. 64, no 7, p. 843–852.

¹⁹ M. G. Fetzner et al., « [What Is the Association Between Traumatic Life Events and Alcohol Abuse/Dependence in People With and Without PTSD? Findings From a Nationally Representative Sample](#) », *Depression and Anxiety*, 2011, vol. 28, no 8, p. 632–638.

²⁰ Fetzner et al., 2011.

²¹ R. N. Carleton et al., « [Suicidal ideation, plans, and attempts among public safety personnel in Canada](#) », *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 2018, vol. 59, no 3, p. 220-231.

²² B. Hogg et al., « [Psychological trauma as a transdiagnostic risk factor for mental disorder: an umbrella meta-analysis](#) », *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2023, vol. 273, no 2, p. 397-410.

mentales a confirmé que les taux de prévalence de l'exposition au traumatisme et des troubles liés au traumatisme sont significativement plus élevés chez les personnes souffrant de maladies mentales graves que dans la population en général²³. Malgré ce fait, l'exposition au traumatisme et le trouble de stress post-traumatique sont largement négligés dans le traitement des patients souffrant de maladies mentales graves²⁴.

Le TSPT peut être causé par l'exposition directe ou indirecte à un événement traumatisant²⁵. Les symptômes peuvent apparaître plusieurs mois, voire plusieurs années après l'expérience et comprennent des changements dans les systèmes de mémoire, les besoins psychologiques, la vision du monde, les croyances et la perception de soi et des autres. Les symptômes caractéristiques se répartissent en quatre groupes : évitement, engourdissement émotionnel, hyperexcitation et reviviscence du traumatisme ou symptômes intrusifs²⁶.

7.1 Événement traumatisant au travail

Les blessures psychologiques et les effets néfastes sur la santé mentale des travailleurs qui ont été exposés directement et indirectement à des événements traumatisants au travail ont été répertoriés et étudiés dans de nombreuses professions. La présente section du rapport examine quelques-uns des nombreux aspects du traumatisme au travail qu'il est important de comprendre pour favoriser une culture du travail qui soit psychologiquement saine et sûre. L'exposition à des expériences traumatisantes au travail a des effets néfastes sur l'individu, sa famille, ses cercles sociaux et son milieu de travail²⁷. Les employeurs informés sur les questions de traumatisme contribuent à la mise en œuvre de mesures d'intervention et aident parfois à en prévenir ou à réduire les symptômes²⁸. Ils sont d'ailleurs favorables à l'inclusion, à l'équité et à la diversité parce que les actes répétés ou singuliers de marginalisation, d'oppression et de racisme sont traumatisants²⁹.

Dans la 11^e édition de la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé, l'épuisement professionnel (burnout) est indiqué comme un phénomène professionnel (plutôt que comme un état pathologique). Il est défini comme :

... un syndrome conceptualisé comme résultant d'un stress professionnel chronique qui n'a pas été géré avec succès. Il se caractérise par trois dimensions : 1) des sentiments d'épuisement ou de fatigue; 2) une distance mentale accrue par rapport à son travail, ou des sentiments de négativisme ou de cynisme liés à son travail; et 3) un sentiment

²³ M. W. Mauritz *et al.*, « [Prevalence of interpersonal trauma exposure and trauma-related disorders in severe mental illness](#) », *European Journal of Psychotraumatology*, 2013, vol. 4, no 1.

²⁴ Mauritz *et al.*, 2013.

²⁵ Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique, 2019.

²⁶ American Psychiatric Association, 2013.

²⁷ N. Gerbrandt, R. Grieser, v. Enns, [A Little Book About Trauma-Informed Workplaces](#), Crisis and Trauma Resource Institute, 2021.

²⁸ N. Gerbrandt, [5 Principles of Trauma-Informed Workplaces](#), Crisis and Trauma Resource Institute.

²⁹ J. M. Cénat, « [Complex Racial Trauma: Evidence, Theory, Assessment, and Treatment](#) », *Perspectives on Psychological Science*, 2022, vol. 18, no 3, p. 675-687.

d'inefficacité et de manque d'accomplissement. Le burnout se réfère spécifiquement à des phénomènes dans le contexte professionnel et ne devrait pas être appliqué pour décrire des expériences dans d'autres domaines de la vie³⁰.

L'épuisement professionnel est un processus de développement qui se produit lorsque le stress que nous subissons dépasse notre capacité à y faire face. Il

... commence par des niveaux excessifs et prolongés de stress au travail. Ce stress produit une tension chez le travailleur (sentiments de tension, d'irritabilité et de fatigue). Le processus s'achève lorsque les travailleurs font face à l'épuisement professionnel de manière défensive en se détachant psychologiquement du travail et en devenant apathiques, cyniques ou rigides³¹.

Certaines personnes sont moins résistantes à ce type de stress, comme les survivants d'événements traumatisants (directs ou indirects), les personnes souffrant de douleurs chroniques ou les personnes rencontrant des difficultés dans d'autres domaines de la vie.

L'épuisement professionnel est un problème organisationnel plutôt qu'individuel³². La conception d'une intervention efficace contre l'épuisement professionnel exige un haut degré de créativité dans la résolution des problèmes touchant les organisations, et une volonté de passer de la culture du milieu de travail et de la structure de l'équipe existantes à une approche qui prend en compte les individus, les équipes et les systèmes³³.

La probabilité d'être confronté à un événement traumatisant direct ou indirect diffère selon les groupes professionnels, et dans certaines professions, les travailleurs sont exposés aux deux types de traumatisme. Parmi les professions à risque de subir des traumatismes, mentionnons les agents des services frontaliers, les fournisseurs de services sociaux et de santé mentale, les avocats, les professionnels du droit et les administrateurs de la justice, les interprètes, les aides juridiques, les enquêteurs, les enquêteurs sur les crimes contre les enfants et l'exploitation des enfants, les coroners et les médecins légistes, les chercheurs en traumatologie, les personnes qui travaillent avec des animaux ayant subi des mauvais traitements, les chercheurs travaillant sur des animaux, les vétérinaires, les journalistes et les photographes.

Trouver des solutions aux risques en milieu de travail pour la santé mentale des employés peut être bénéfique pour toutes les parties concernées. D'un point de vue économique, la prise en charge des problèmes de santé mentale, notamment des événements potentiellement traumatisants, est également une décision financière judicieuse. Bien qu'il n'existe pas de données précises sur le coût des troubles mentaux causés par un traumatisme psychologique,

³⁰ Organisation mondiale de la Santé (OMS), [Burn-Out an "Occupational Phenomenon": International Classification of Diseases](#), 2019.

³¹ OMS, [Guidelines for the Primary Prevention of Mental, Neurological and Psychosocial Disorders. 5. Staff Burnout](#), WHO/MNH/MND/94.21, 1994.

³² J. Moss; « [Beyond Burned Out](#) », *Harvard Business Review*, The Big Idea Series / The Burnout Crisis, 2021.

³³ L. Weiss, « [Burnout From an Organizational Perspective](#) », *Stanford Social Innovation Review*, 2020.

les coûts d'une mauvaise santé mentale en milieu de travail sont immenses. Au Canada, 6,3 milliards de dollars de coûts indirects annuels découlent de la perte de productivité, du fait de travailler en étant malades (le présentéisme) et des absences du travail, 500 000 Canadiens étant incapables de travailler chaque semaine en raison de problèmes de santé mentale ou de maladies mentales³⁴.

Dans la fonction publique, les troubles mentaux restent la principale cause des nouvelles demandes d'assurance invalidité approuvées en 2021 et 2022³⁵, et c'est également le cas pour les autres régimes d'invalidité au Canada³⁶. La cause la plus fréquente des nouvelles demandes approuvées en 2022 est la santé mentale (60,9 % du total), ce qui représente une augmentation par rapport aux 57,6 % du total en 2021. La deuxième cause de nouvelles demandes d'assurance invalidité en 2022 est le cancer, avec 10 % du total, en baisse par rapport à 2021 (11,6 %)³⁷.

Les entreprises dotées de programmes solides en matière de santé mentale ont souvent un retour sur investissement important. Deloitte Canada a étudié les données historiques sur les investissements et les économies réalisées par sept grandes entreprises canadiennes grâce à la mise en place de programmes et de mesures de soutien en santé mentale. D'après une étude récente, les entreprises ayant mis en place un programme de santé mentale pendant un an ont obtenu un retour sur investissement médian de 1,62 \$ par dollar investi. Pour celles dont le programme a duré trois ans ou plus, ce retour a atteint 2,18 dollars par dollar investi³⁸.

Connaître les signaux avertisseurs et les symptômes comportementaux, physiques, cognitifs, émotionnels et sociaux de traumatismes peut aider les travailleurs et les organisations à trouver des solutions qui en tiennent compte. Le tableau ci-dessous contient quelques exemples de symptômes et de signaux avertisseurs^{39 40}.

Comportement

Penser à quitter son emploi, retard, absentéisme, irritabilité, irresponsabilité, surmenage, se parler à soi-même, rejet de la proximité, évitement des réunions de collègues ou de personnel, ne pas répondre aux appels téléphoniques

Relations interpersonnelles

³⁴ S. Chapman *et al.*, [The ROI in workplace mental health programs: Good for people, good for business. A blueprint for workplace mental health programs](#), Deloitte Insights, 2019.

³⁵ Conseil national mixte, [Conseil de gestion du régime d'assurance invalidité — Rapport annuel — 2021, 2022 et Conseil de gestion du régime d'assurance invalidité — Rapport annuel — 2022](#), 2023.

³⁶ *Ibid.*, 2023.

³⁷ *Ibid.*, 2023 et 2022.

³⁸ Chapman *et al.*, 2019.

³⁹ Policy research associates, [How being trauma-informed improves criminal justice system responses](#), 2021.

⁴⁰ TEND Academy, [Warning Signs of Secondary Trauma and Compassion Fatigue](#), 2017.

Conflits, accusation des autres, mauvaises relations, impatience, mauvaise communication, manque de collaboration, retrait et isolement par rapport aux collègues, commérages négatifs ou dévouement, difficulté à séparer la vie personnelle de la vie professionnelle

Valeurs/croyances personnelles

Insatisfaction, perceptions négatives, perte d'intérêt, apathie, désespoir, faible estime de soi, remise en question de la vision du monde et de l'identité, syndrome de l'imposteur, cynisme, colère, insensibilité, engourdissement émotionnel

Rendement professionnel

Faible motivation, augmentation des erreurs, perfectionnisme ou attention excessive aux détails, manque de flexibilité, sentiment d'impuissance

7.2 Milieu de travail pouvant exposer à des événements traumatisants

Des facteurs individuels et organisationnels peuvent accroître la possibilité qu'un milieu de travail expose ses travailleurs à des événements traumatisants et à des blessures de santé mentale. Par exemple, au niveau individuel, des antécédents de traumatisme intergénérationnel, de dépression et d'anxiété, ou une mauvaise santé mentale en général, peuvent intensifier les symptômes de blessures de santé mentale post-traumatiques. Ils peuvent également avoir un effet négatif sur l'adaptation psychologique après un événement traumatisant, ce qui rend plus difficile le rétablissement⁴¹.

Au niveau de l'organisation, dans certains cas, l'exposition à des expériences traumatisantes peut être inévitable pour certains postes. Cependant, de nombreuses variables organisationnelles peuvent influencer sur le risque d'exposition à des événements traumatisants en milieu de travail. La réduction des répercussions émotionnelles et psychologiques de ces événements grâce à des stratégies organisationnelles peut contribuer autant à la guérison d'une personne que les traitements cliniques, ce qui suggère que le fait de lui offrir un environnement de travail favorable est un élément essentiel pour assurer sa résilience^{42 43}.

Les risques en milieu de travail qui augmentent les blessures de santé mentale dues au traumatisme comprennent un manque réel ou perçu de sécurité sur le lieu de travail, une charge de travail élevée, la perception qu'il y a une défaillance systémique (lorsqu'une organisation continue à mener ses activités d'une manière dont on sait qu'elle présente un risque de

⁴¹ C. R. Brewin *et al.*, « Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2000, vol. 68, no 5, p. 748-766.

⁴² A. Noblet, J. Rodwell et J. McWilliams, « Organizational Change in the Public Sector : Augmenting the Demand Control Model to Predict Employee Outcomes Under New Public Management », *Work & Stress*, 2006, vol. 20, no 4, p. 335-352.

⁴³ S. Bishop *et al.*, « Resiliency in the Aftermath of Repetitious Violence in the Workplace », *Journal of Workplace Behavioral Health*, 2006, vol. 21, no 3-4, p. 101-118.

blessures psychologiques) et la stigmatisation. La stigmatisation peut sérieusement nuire au bien-être des personnes qui la subissent et empêche environ 40 % des personnes souffrant d'anxiété et de dépression de chercher à obtenir de l'aide⁴⁴. La culture du milieu de travail qui encourage les longues heures de travail, fait l'éloge des travailleurs qui semblent stoïques et insensibles au traumatisme, ou perçoit le fait de parler ouvertement de l'expérience et de l'incidence du traumatisme comme une faiblesse, augmente la probabilité que les travailleurs, par crainte de stigmatisation, hésitent à se prévaloir des soins auxquels ils ont accès pour traiter leurs problèmes de santé mentale^{45 46}. Au moins la moitié de tous les travailleurs s'inquiètent des conséquences négatives liées à l'emploi s'ils cherchent à obtenir des soins de santé mentale, et seulement 20 % se sentent à l'aise pour discuter de problèmes de santé mentale avec leurs collègues ou leurs supérieurs hiérarchiques⁴⁷. Les inquiétudes les plus courantes concernent la confidentialité, les conséquences négatives potentielles sur la carrière et le fait d'être perçu comme paresseux, faible, de mauvaise foi ou inadapté au travail⁴⁸. Lorsqu'un milieu de travail manque de personnel ou que le nombre de postes vacants augmente, les travailleurs restants peuvent être amenés à effectuer des tâches supplémentaires ou à travailler de plus longues heures. Le travail peut devenir plus difficile ou plus stressant et exposer les travailleurs à un risque accru de blessures de santé mentale⁴⁹.

Les stratégies au travail qui réduisent les risques de blessures de santé mentale causées par des traumatismes comprennent le fait de veiller à ce que les superviseurs, les cadres, les dirigeants et les pairs puissent offrir du soutien et à ce que le personnel ait accès à un soutien psychosocial⁵⁰. Une culture organisationnelle favorable et des environnements de travail non moralisateurs, créés et entretenus par l'organisation, peuvent également avoir une influence positive⁵¹. Les superviseurs qui reconnaissent et validaient l'existence de traumatisme, notamment de traumatisme indirect, et ceux qui comprenaient les exigences de l'emploi ont également été perçus comme des facteurs de protection efficaces⁵². En outre, le fait d'acquérir

⁴⁴ Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), [Lutte contre la stigmatisation](#).

⁴⁵ A. Jury, N. Thorburn et R. Weatherall, « Workers' Constructions of the "Good" and "Bad" Advocate in a Domestic Violence Agency », *Human Service Organizations: Management, Leadership and Governance*, 2018, vol. 42, no 3, p. 318-326.

⁴⁶ S. L. Jirek, « [Soul Pain : The Hidden Toll of Working With Survivors of Physical and Sexual Violence](#) », *SAGE Open*, 2015, vol. 5, no 3.

⁴⁷ American Psychiatric Association. « [About Half of Workers Are Concerned about Discussing Mental Health Issues in the Workplace; A Third Worry about Consequences if They Seek Help](#) », 19 mai 2019, 2019 Annual Meeting.

⁴⁸ P. T. Haugen *et al.*, « Mental Health Stigma and Barriers to Mental Health Care for First Responders : A Systematic Review and Meta-Analysis », *Journal of Psychiatric Research*, 2017, vol. 94, p. 218-229.

⁴⁹ E. A. Donnelly *et al.*, « [Predictors of posttraumatic stress and preferred sources of social support among Canadian paramedics](#) », *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 2016, vol. 18, no 3, p. 205-212.

⁵⁰ M. Posselt *et al.*, « Fostering Mental Health and Well-Being Among Workers Who Support Refugees and Asylum Seekers in the Australian Context », *Health & Social Care in the Community*, 2020, vol. 28, no 5, p. 1658-1670.

⁵¹ D. Kindermann *et al.*, « [Prevalence and risk factors of secondary traumatic stress in emergency call-takers and Dispatchers: a cross-sectional study](#) » *European Journal of Psychotraumatology*, 2020, vol. 11, no 1.

⁵² W. W. Blome et N. S. Safadi, « [Shared Vicarious Trauma and the Effects on Palestinian Social Workers](#) », *Illness, Crisis and Loss*, 2016, vol. 24, no 4, p. 236-260.

un sentiment de contrôle en partageant les responsabilités et en fixant des objectifs peut constituer un facteur de protection contre les sentiments d'impuissance et de frustration ressentis sur le lieu de travail. L'accès à un professionnel en santé mentale ou à un ergothérapeute qui comprend le type de travail et qui peut prévoir les effets du travail s'est avéré avoir une incidence positive⁵³.

7.3 Programmes préventifs en milieu de travail

Bien que de vastes recherches aient été menées sur les traitements efficaces fondés sur les données disponibles pour les troubles liés au traumatisme, peu de recherches ont porté sur la prévention ou l'atténuation des effets négatifs des événements traumatisants avant qu'ils ne causent des dommages et n'entraînent l'apparition de troubles⁵⁴. La revue de la littérature n'a pas permis de mettre en évidence un seul programme optimal pour les interventions préventives autres que des solutions comme l'élimination ou la réduction du danger. Au contraire, les approches multimodales et les programmes de promotion de la résilience sont plus susceptibles d'entraîner une diminution constante et modérée des symptômes de blessures de santé mentale. Cependant, ces approches ne font pas diminuer les comportements suicidaires et l'absentéisme⁵⁵. Une période de formation plus longue et des séances de formation répétées plus fréquemment sont efficaces pour améliorer les résultats à long terme. Globalement, dans les études examinées, les améliorations ont été les plus fortes immédiatement après la formation et lors du suivi un mois après la formation, et se sont largement estompées 18 mois après la formation⁵⁶.

Une étude a fait état d'une réduction significative de 13 % des cas de dépression chez les policiers ayant suivi une formation à la résilience⁵⁷. La résilience permet à une personne de s'adapter à une expérience traumatisante, à une tragédie, au stress ou à d'autres adversités et d'aller de l'avant pour relever le prochain défi. Il ne s'agit pas d'un trait de caractère propre à quelques chanceux seulement. Il est possible de développer la résilience par l'apprentissage d'actions, de comportements et de façons de penser. Les quatre composantes essentielles de la résilience, à savoir le lien avec les autres, le souci de son bien-être, la lutte contre les schémas de pensée malsains et la recherche de sens, peuvent nous aider à accroître notre capacité à faire face à l'adversité et peut-être même à en sortir grandis⁵⁸. De même, la résilience peut être un facteur déterminant de l'efficacité d'une intervention dans le traitement du trouble de stress

⁵³ C. Burns *et al.*, « [The Emotional Impact on and Coping Strategies Employed by Police Teams Investigating Internet Child Exploitation](#) », *Traumatology*, 2008, vol. 14, no 2, p. 20-31.

⁵⁴ J. Tsai *et al.*, « Susceptibility, Resilience, and Trajectories », dans F. J. Stoddard, Jr. *et al.* (éd.), *Trauma- and Stressor-Related Disorders*, Oxford University Press, 2018, p. 223–238.

⁵⁵ P. M. Di Nota *et al.*, « [Proactive psychological programs designed to mitigate posttraumatic stress injuries among at-risk workers : a systematic review and meta-analysis](#) », *Systematic Reviews*, 2021, vol. 10, no 126.

⁵⁶ Tsai *et al.*, 2018.

⁵⁷ R. McCraty, et M. Atkinson, « [Resilience Training Program Reduces Physiological and Psychological Stress in Police Officers](#) », *Global Advances in Health and Medicine*, 2012, vol. 1, no 5, p. 44-66.

⁵⁸ American Psychological Association, [Building your resilience](#), 2020.

post-traumatique (TSPT)⁵⁹. Les programmes de psychoéducation ont donné lieu à quelques tendances positives telles que la diminution de la dépression, de l'anxiété ou de l'épuisement professionnel⁶⁰. Les programmes de pleine conscience ont également eu des effets positifs sur les symptômes liés au traumatisme et sur le bien-être du corps et de l'esprit⁶¹.

Afin d'éviter que les travailleurs exposés à des expériences traumatisantes développent des blessures de santé mentale, il est important de les soutenir. Les mécanismes de soutien immédiats courants comprennent l'aide après un stress dû à un incident grave⁶², la gestion du risque du traumatisme (GRT)⁶³, ⁶⁴ et le débriefage psychologique⁶⁵ ⁶⁶. La GRT et l'aide après un stress dû à un incident grave mettent l'accent sur les processus par les pairs visant à réduire le stress par la guérison collective, à diminuer la stigmatisation et à restaurer la cohésion du groupe et le rendement de l'unité; ils ne sont pas destinés à prévenir ou à traiter les blessures de santé mentale, y compris le TSPT⁶⁷, ⁶⁸, ⁶⁹. Leur principal objectif est d'empêcher l'aggravation des problèmes pouvant aller jusqu'à la crise, de maintenir et de promouvoir la santé mentale en fournissant un soutien psychologique par les pairs, d'aider à identifier les travailleurs à risque et de fournir une voie d'accès à l'aide professionnelle⁷⁰. Environ la moitié des études ont montré que les mécanismes de soutien immédiats courants avaient des effets positifs faibles, mais rarement significatifs, sur la gravité des symptômes du TSPT, les absences au travail ou la qualité de vie autodéclarée⁷¹.

⁵⁹ Y. Z. Szabo *et al.*, « [Resilience predicts posttraumatic cognitions after a trauma reminder task and subsequent positive emotion induction among veterans with PTSD](#) », *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2022, vol. 14, no S1, p. S101-S108.

⁶⁰ J. Kim *et al.*, « [A Scoping Review of Vicarious Trauma Interventions for Service Providers Working With People Who Have Experienced Traumatic Events](#) », *Trauma, Violence, and Abuse*, 2021, vol. 23, no 5, p. 1437-1460.

⁶¹ Szabo *et al.*, 2022

⁶² J. T. Mitchell, « When Disaster Strikes... The Critical Incident Stress Debriefing Process », *Journal of Emergency Medical Services*, 1983, vol. 8, no 1, p. 36-39.

⁶³ N. Jones *et al.*, « Trauma Risk Management (TRiM): Promoting Help Seeking for Mental Health Problems Among Combat-Exposed U.K. Military Personnel », *Psychiatry*, 2017, vol. 80, no 3, p. 236-251.

⁶⁴ N. Jones *et al.*, « [Peer-group risk assessment: a post-traumatic management strategy for hierarchical organizations](#) », *Occupational Medicine*, 2003, vol. 53, no 7, p. 469-475.

⁶⁵ A. Dyregrov, « [Psychological Debriefing—An Effective Method?](#) », *Traumatology*, 1998, vol. 4, no 2, p. 6-15.

⁶⁶ A. Dyregrov, « [Caring for Helpers in Disaster Situations—Psychological Debriefing](#) », *Disaster Management*, 1989, vol. 2, no 1, p. 25-30.

⁶⁷ B. Raphael *et* J. P. Wilson (éd.), *Psychological Debriefing: Theory, Practice and Evidence*, Cambridge University Press, 2000.

⁶⁸ S. Ruck, N. Bowes *et* N. Tehrani, « Evaluating Trauma Debriefing Within the UK Prison Service », *Journal of Forensic Practice*, 2013, vol. 15, no 4, p. 281-290.

⁶⁹ N. Greenberg *et al.*, « A Cluster Randomized Controlled Trial to Determine the Efficacy of Trauma Risk Management (TRiM) in a Military Population », *Journal of Traumatic Stress*, 2010, vol. 23, no 4, p. 430-436.

⁷⁰ J. R. Wallace, « [Field Test of a Peer Support Pilot Project Serving Federal Employees Deployed to a Major Disaster](#) », *Social Work and Christianity*, 2016, vol. 43, no 1, p. 127-141.

⁷¹ M. C. Creamer *et al.*, « Guidelines for Peer Support in High-Risk Organizations: An International Consensus Study Using the Delphi Method », *Journal of Traumatic Stress*, 2012, vol. 25, no 2, p. 134-141.

L'amélioration de la gravité des symptômes, de la qualité de vie et des résultats au travail était plus probable lorsque les gestionnaires ou l'organisation participaient aux interventions. Plus de 80 % des études dans lesquelles les gestionnaires participaient aux interventions ou le soutien de la direction était clair et présidait à l'intervention ont constaté une amélioration de la gravité des symptômes, de la qualité de vie ou des résultats au travail, ce qui n'était le cas que dans 36 % des études dans lesquelles les gestionnaires ne prenaient pas part aux interventions⁷².

Il existe peu de preuves empiriques, évaluées par des pairs, de l'efficacité du soutien officiel par les pairs, mais il reste populaire. Les facteurs influant sur l'efficacité ont trait au manque potentiel de confidentialité, à la disponibilité de bénévoles qualifiés, à l'augmentation de la charge de travail des pairs aidants et au manque de soutien organisationnel. Les programmes utiles de soutien par les pairs peuvent être de nature sociale et informels, faire appel à des participants non formés qui ont quelque chose en commun avec leurs pairs, aller du bavardage à des conseils amicaux, et être basés sur des amitiés au travail et sur une culture de sécurité et de confiance⁷³.

Les résultats de la revue de la littérature montrent clairement qu'il existe un besoin global d'améliorer les efforts d'évaluation et les méthodes de recherche, et d'augmenter le nombre d'études sur les interventions axées sur la prévention des atteintes à la santé mentale causées par le traumatisme, y compris le traumatisme vicariant.

7.4 Traitement des blessures et des troubles psychologiques

La présente étude et la revue de la littérature n'abordent pas les méthodes de traitement pharmacologique, et les renseignements présentés ici ne constituent pas un avis médical. Les lignes directrices cliniques au Canada fournissent un ensemble de recommandations pour le traitement du trouble de stress post-traumatique (TSPT), de l'anxiété et d'autres troubles⁷⁴. Elles sont fondées sur les preuves empiriques les plus solides actuellement disponibles.

La littérature montre que l'utilisation d'une intervention post-traumatique multimodale fait diminuer de manière significative les symptômes du TSPT et fait augmenter la capacité d'adaptation et l'optimisme. Le fait d'adapter les programmes afin qu'ils soient appropriés aux différentes cultures, professions et participants, d'offrir des formations d'appoint régulières dans un cadre collectif et de prendre en compte des expériences vécues diverses et croisées peut accroître le succès à long terme. Par exemple, recourir aux services d'aînés pour soutenir les employés autochtones pourrait améliorer les résultats des traitements. Des interventions précoces peuvent être bénéfiques : elles facilitent le soutien mutuel et renforcent la cohésion

⁷² M. T. Richins *et al.*, « [Early Post-trauma Interventions in Organizations: A Scoping Review](#) », *Frontiers in Psychology*, 2020, vol 11, no 1176.

⁷³ R. N. Carleton *et al.*, « [Mental health training, attitudes toward support, and screening positive for mental disorders](#) », *Cognitive Behavioral Therapy*, 2020, vol. 49, no 1, p. 55-73.

⁷⁴ M. A. Katzman *et al.*, « [Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders](#) », *BMC Psychiatry*, 2014, vol. 14, no S1.

sociale, diminuent les réactions d'adaptation négatives telles que l'abus d'alcool, réduisent le nombre de jours de maladie et améliorent le rendement au travail⁷⁵.

Quatorze lignes directrices publiées entre 2004 et 2020 aux États-Unis, en Australie, au Canada, au Royaume-Uni, en Afrique du Sud et par des organisations internationales, recommandent la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) comme traitement psychologique de première ligne des troubles de stress post-traumatique, la TTC axée sur le traumatisme semblant être la plus efficace⁷⁶. La thérapie cognitivo-comportementale par Internet (TCCI) est pratique, accessible en tout lieu, rentable et les résultats thérapeutiques sont semblables à ceux de la thérapie cognitivo-comportementale traditionnelle en personne⁷⁷.

7.5 Contexte de la pandémie

Selon une étude sur la prévalence des troubles de stress post-traumatique (TSPT) après une pandémie de maladie infectieuse, ces troubles sont un problème de santé publique important⁷⁸. Les résultats montrent qu'un dépistage précoce, des interventions opportunes fondées sur des données probantes et un soutien social sont les solutions à mettre en œuvre pour atténuer potentiellement les TSPT postpandémique et les problèmes psychologiques sous-jacents. En outre, les auteurs de l'étude recommandent que les décideurs politiques du monde entier prêtent attention aux TSPT en raison de leur prévalence accrue parmi toutes les populations, quels que soient le sexe, le genre, la situation géographique, le niveau de revenu, etc. après la pandémie⁷⁹.

8.0 Besoins liés aux mécanismes de soutien en santé mentale

On a demandé aux membres du Comité de présenter leurs constatations sur les besoins et les lacunes en matière de soutien en santé mentale après avoir répertorié les pratiques de soutien au sein de leurs organisations. Les membres devaient s'appuyer sur leur expérience et celle des groupes de travail ministériels internes, les informations communiquées dans le modèle d'inventaire (par exemple, l'utilisation, la fréquence, les résultats de l'évaluation), la revue de la littérature et les discussions tout au long de l'étude.

Les membres sont arrivés aux conclusions suivantes :

⁷⁵ S. Regel et A. Dyregrov, « Commonalities and New Directions in Post-trauma Support Interventions: From Pathology to the Promotion of Post-traumatic Growth » dans R. Hughes *et al.* (éd.), *International Handbook of Workplace Trauma Support*, Wiley-Blackwell, 2012, p. 48-67.

⁷⁶ A. Martin *et al.*, « [Treatment Guidelines for PTSD: A Systematic Review](#) », *Journal of Clinical Medicine*, 2021, vol. 10, no 4175.

⁷⁷ G. Andersson *et al.*, « [Internet-Delivered Psychological Treatments: From Innovation to Implementation](#) », *World Psychiatry*, 2019, vol. 18, no 1, p. 20-28.

⁷⁸ K. Yuan *et al.*, « [Prevalence of posttraumatic stress disorder after infectious disease pandemics in the twenty-first century, including COVID-19: a meta-analysis and systematic review](#) », *Molecular Psychiatry*, 2021, vol. 26, no 9, p. 4982-4998.

⁷⁹ K. Yuan *et al.*, 2021

- Il existe moins de mécanismes de soutien au rétablissement que de mécanismes de soutien à la résilience et à la réduction de la stigmatisation.
- Les mécanismes de soutien en santé mentale :
 - ne sont pas toujours adaptés aux besoins, aux contextes ou aux publics spécifiques;
 - ne sont pas toujours utilisés en raison de la stigmatisation et des préoccupations liées à la protection de la vie privée.
- Les preuves empiriques concernant l'efficacité des programmes de formation en santé mentale sont limitées (le Comité n'a pas été en mesure d'établir définitivement les « meilleures » pratiques, les besoins et les lacunes).
- Il est difficile d'obtenir des informations sur la fréquence et l'utilisation des programmes de formation en santé mentale; elles sont imprécises et ne font pas généralement l'objet d'un suivi.
- Il est difficile de déterminer les mesures à prendre afin de créer un lieu de travail sain et sécuritaire sur le plan psychologique ou les mécanismes de soutien préventifs ou correctifs appropriés à mettre en place étant donné que les dangers et les risques psychologiques sur le lieu de travail concernant les postes ou les différents types de travail ne sont pas répertoriés.
- Dans le cadre d'une étude en ligne sur la thérapie cognitivo-comportementale menée au Canada, on a évalué un cours sur le bien-être du personnel de la sécurité publique. Cette étude montre des résultats prometteurs dans le traitement du trouble de stress post-traumatique, du trouble panique, de l'anxiété, de la colère et de la dépression.

9.0 Conclusions et recommandations

Cette étude vise à mieux comprendre les employés qui peuvent subir un préjudice psychologique et à renforcer la capacité de les aider. Elle souligne l'importance de réduire le risque de traumatisme sur le lieu de travail.

Après avoir dressé l'inventaire des pratiques prometteuses en santé mentale et mené des exercices, le Comité a pu constater qu'il existe une variété de mesures de soutien en santé mentale à la disposition des employés qui sont exposés à des contenus perturbants dans le cadre de leurs fonctions professionnelles. Parmi ces mesures, notons la formation sur la santé mentale, le programme sur la réduction de la stigmatisation, la formation sur la gestion du stress et la résilience, les pratiques d'intervention en cas de crise, le soutien par les pairs et les services de counseling professionnel. Cependant, on a peu de connaissances sur l'utilisation, la fréquence d'utilisation et l'efficacité de ces mesures pour ce qui est de la prévention, de l'intervention et l'atténuation du traumatisme vicariant au gouvernement du Canada ou dans la littérature.

Cela dit, nous savons que les programmes psychoéducatifs qui améliorent la compréhension des facteurs de risque pour la santé mentale et les programmes qui augmentent la sensibilisation aux signaux d'alerte en matière de santé mentale sont utiles aux organisations pour prévenir ou atténuer les risques liés au travail. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), notamment

les techniques de traitement émotionnel, les thérapies d'exposition et la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, se sont également révélées efficaces pour traiter diverses formes de traumatismes. Nous savons également que le fait de disposer d'un réseau de soutien social solide peut réduire le risque de souffrir de symptômes liés au traumatisme.

Enfin, le choix des mécanismes de soutien préventifs ou correctifs appropriés à mettre en place pour les employés concernés constitue un défi, étant donné que les dangers et les risques psychologiques sur le lieu de travail ne sont pas systématiquement répertoriés et qu'il n'y a pas de données sur l'efficacité des diverses mesures de soutien en santé mentale.

Les recommandations suivantes sont également incluses dans un tableau récapitulatif à la section 10.0. Dans ce tableau, chaque recommandation est associée aux résultats de l'étude. Cette partie de l'étude répond à l'exigence suivante énoncée dans le protocole d'entente : « recommander des moyens de mettre en œuvre les pratiques prometteuses recensées par l'étude ».

Recommandation 1

Transmettre aux employés des connaissances de base sur les pratiques et les comportements qui sont sains et sécuritaires sur le plan psychologique et leur offrir de la formation et des séances d'orientation fondées sur des données probantes⁸⁰, de manière systématique et continue. Il est recommandé que tous les employés (y compris la haute direction) reçoivent une formation sur les symptômes précoces et les signaux d'alerte de la maladie mentale, qu'ils aient à leur disposition des outils et des conseils pour réduire le risque de préjudice psychologique et qu'ils sachent comment appliquer les facteurs psychosociaux de la Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques.

Recommandation 2

Mieux intégrer les connaissances sur la santé et la sécurité psychologiques aux mesures de santé et de sécurité au travail afin de cerner les risques et les dangers psychologiques sur le lieu de travail. En voici quelques exemples :

- a. prévention du harcèlement et de la violence sur le lieu de travail;
- b. programmes de prévention des risques;
- c. rapport d'enquête de situation comportant des risques.

Recommandation 3

Trouver des moyens permettant d'élargir les possibilités d'intervention et de rétablissement offertes aux employés et à la direction qui prennent en compte les projets pilotes prometteurs suivants :

⁸⁰ Dans ce contexte, l'expression « fondée sur des données probantes » signifie qu'il existe des documents ou des enquêtes internes attestant de l'efficacité de la formation ou des mesures de soutien en santé mentale. Cependant, il faut tenir compte du fait qu'il existe peu de travaux de recherche et d'évaluation dans ce domaine.

- a. les programmes de décompression destinés aux employés présentant un risque élevé d'exposition à des blessures de santé mentale;
- b. le cours sur le bien-être du personnel de la sécurité publique destiné aux employés présentant un risque élevé d'exposition à des blessures de santé mentale;
- c. les approches adoptées par la GRC pour réduire les dangers. Ces approches consistent à limiter l'exposition aux risques ou à tenter de contrôler la durée d'exposition à ceux-ci.

Recommandation 4

Évaluer périodiquement les mécanismes de soutien en santé mentale (formation, traitement, rétablissement) afin d'en vérifier l'efficacité et de veiller à ce qu'ils réduisent le risque de préjudices psychologiques. Les programmes d'éducation et de formation sur la santé mentale devraient faire l'objet d'un suivi et d'un rapport. Les employés qui risquent de subir un préjudice devraient participer régulièrement à ces programmes pour les aider à maintenir les compétences acquises. Le SCT pourrait élaborer des directives de premier plan sur les procédures à suivre pour évaluer les mécanismes de soutien en santé mentale.

Recommandation 5

Accroître l'accès aux mesures de soutien en santé mentale fondées sur des données probantes qui :

- sont adaptées aux besoins des utilisateurs;
- tiennent compte des traumatismes;
- adaptées au travail et à la culture.

Recommandation 6

Encourager les employés à faire appel au soutien par les pairs et au soutien social pour renforcer leur résilience.

Recommandation 7

Envisager des possibilités et des mesures qui faciliteront la mise en œuvre des recommandations formulées dans la présente étude afin d'améliorer la culture du lieu de travail (dans un environnement de travail hybride et de plus en plus numérique).

10.0 Tableau récapitulatif des résultats et des recommandations

Ce tableau récapitulatif des résultats et des recommandations a été élaboré par le Comité pour répondre à l'exigence suivante énoncée dans le protocole d'entente :
« recommander des moyens pour mettre en œuvre les pratiques prometteuses recensées par l'étude ».

#	Type de pratique	Thème	Résultats découlant de la revue de la littérature	Constatations des membres du Comité	Constatations découlant de l'analyse de l'inventaire	Recommandations
1	Prévention (préexposition) (Mesures de contrôle, programmes et pratiques visant à éduquer et à préparer les employés exposés à des risques afin d'atténuer et, si possible, d'éliminer l'exposition au facteur de stress psychologique et de renforcer leur résistance)	Maladie mentale et éducation à la santé et à la sécurité psychologiques	<p>a. Les programmes psychoéducatifs qui améliorent la compréhension des facteurs de risque personnels pour la santé mentale, tels que l'âge, le sexe, l'isolement social ou les personnes qui ont été victimes de racisme ou de discrimination, s'avèrent utiles aux organisations pour atténuer les risques et repérer les symptômes précoces de traumatisme, d'autres troubles mentaux et de blessures de santé mentale, ainsi que les signaux d'alerte comportementaux, physiques, cognitifs, émotionnels et sociaux.</p> <p>b. Il faut dresser la liste des risques et dangers liés à la santé mentale sur le lieu de travail (y compris les 13 facteurs) afin d'en prendre connaissance pour les gérer et sensibiliser les employés.</p>	<p>a. Il est difficile d'obtenir des informations sur la fréquence et l'utilisation des programmes de formation en santé mentale; elles sont imprécises et ne font généralement pas l'objet d'un suivi.</p> <p>b. Il est difficile de déterminer les mesures à prendre afin de créer un lieu de travail sain et sécuritaire sur le plan psychologique ou les mécanismes de soutien préventifs ou correctifs appropriés à mettre en place étant donné que les dangers et les risques psychologiques sur le lieu</p>	<p>a. La plupart des programmes mènent plus d'une activité et ne peuvent être classés dans un seul type de pratique.</p> <p>b. Il n'existe pas beaucoup d'options de formation de premiers soins en santé mentale, malgré l'efficacité prouvée de ce programme.</p>	<p>Transmettre aux employés des connaissances de base sur les pratiques et les comportements qui sont sains et sécuritaires sur le plan psychologique et leur offrir de la formation et des séances d'orientation fondées sur des données probantes*, de manière systématique et continue.</p> <ul style="list-style-type: none"> • prévention du harcèlement et de la violence sur le lieu de travail; • programmes de prévention des risques; <ul style="list-style-type: none"> a. rapport d'enquête de situation comportant des risques.

#	Type de pratique	Thème	Résultats découlant de la revue de la littérature	Constatations des membres du Comité	Constatations découlant de l'analyse de l'inventaire	Recommandations
				de travail ne sont pas répertoriés.		
2	Intervention (exposition) (Actions visant la détection précoce et l'intervention rapide après un événement critique ou traumatisant ou une exposition à un ou plusieurs facteurs de stress psychologique)	Traitement des blessures et des troubles psychologiques	<p>a. Il est essentiel de soutenir les travailleurs en détresse émotionnelle après avoir été exposés à des préjudices psychologiques, notamment le stress chronique. Les séances de débriefage après un stress causé par un incident grave, de gestion du risque de traumatisme et de débriefage après un stress causé à la suite d'un incident s'avèrent relativement efficaces lorsqu'ils incluent la participation des pairs, de la direction et d'un professionnel de la santé mentale.</p> <p>b. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), notamment les techniques de traitement émotionnel, les thérapies d'exposition et la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, se sont révélées efficaces. La thérapie cognitivo-comportementale en ligne permet d'obtenir des résultats positifs semblables à ceux de la TCC</p>	<p>a. Dans l'ensemble, au sein des ministères participants, il existe moins de mécanismes de soutien au rétablissement à la disposition des employés que ceux liés à la résilience et à la réduction de la stigmatisation.</p> <p>b. Dans le cadre d'une étude en ligne sur la thérapie cognitivo-comportementale menée au Canada, on a évalué un cours sur le bien-être du personnel de la sécurité publique. Cette étude montre des résultats prometteurs dans le traitement du trouble de stress post-traumatique, du trouble panique, de</p>	<p>a. Il existe très peu d'options de programmes sur le rétablissement, y compris des programmes d'intervention en cas de crise et de gestion de crise.</p>	<p>Trouver des moyens permettant d'élargir les possibilités d'intervention et de rétablissement offertes aux employés et à la haute direction qui prennent en compte les projets pilotes prometteurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les programmes de décompression destinés aux employés présentant un risque élevé d'exposition à des blessures de santé mentale; • le cours sur le bien-être du personnel de la sécurité publique destiné aux employés présentant un risque élevé d'exposition à des blessures de santé mentale; • les approches adoptées par la GRC pour réduire les dangers. Ces approches consistent à limiter l'exposition aux risques ou à tenter de contrôler la durée d'exposition à ceux-ci.

#	Type de pratique	Thème	Résultats découlant de la revue de la littérature	Constatations des membres du Comité	Constatations découlant de l'analyse de l'inventaire	Recommandations
			traditionnelle en personne. La thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme semble être la solution la plus efficace pour traiter les blessures psychologiques dues au traumatisme.	l'anxiété, de la colère et de la dépression.		
3	Traitement et rétablissement (diagnostic) (Mécanismes, stratégies et traitements visant à limiter l'incapacité résultant d'une blessure psychologique ou à rétablir une fonction)	Santé mentale : rétablissement et préparation	<p>a. Selon des études qualitatives, les expériences positives avec les pairs, y compris les interactions informelles entre collègues, l'entraide et le sens de l'humour sont des moyens efficaces pour atténuer l'incidence du stress. Le sentiment d'appartenance à une profession et la perception d'un soutien social sont associés à une forte augmentation de la résilience, de la cohésion sociale, de la collaboration et de l'inclusion. Le soutien social et par les pairs peut être informel et reposer sur des amitiés sur le lieu de travail.</p> <p>b. La personnalisation des programmes pour qu'ils soient adaptés aux différents participants et contextes et tiennent compte des expériences personnelles a une incidence sur l'efficacité.</p>	<p>a. Les mécanismes de soutien en santé mentale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ne sont pas toujours adaptés aux besoins, aux contextes ou à des publics en particulier; ne sont pas toujours utilisés en raison de la stigmatisation et des préoccupations liées à la protection de la vie privée. <p>b. Les preuves empiriques concernant l'efficacité des programmes de formation en santé mentale sont limitées (le Comité n'a pas été en mesure de définir les</p>	<p>b. Peu de mesures de prévention, d'atténuation et de contrôle, ainsi que de mécanismes de soutien en santé mentale sont destinés aux gestionnaires, aux superviseurs, ou à la haute direction, et peu d'entre eux permettent de réunir les groupes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer périodiquement les mécanismes de soutien en santé mentale (formation, traitement, rétablissement) afin d'en vérifier l'efficacité et de veiller à ce qu'ils réduisent le risque de préjudices psychologiques. <p>Accroître l'accès aux mesures de soutien en santé mentale fondées sur des données probantes qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> sont adaptées aux besoins des utilisateurs; tiennent compte des traumatismes; adaptées au travail et à la culture. <p>Encourager les employés à faire appel au soutien par les pairs et au soutien social pour renforcer leur résilience.</p> <p>Envisager des possibilités et des mesures qui faciliteront la mise en œuvre des recommandations formulées dans la présente étude afin d'améliorer la culture du lieu de</p>

Étude conjointe sur les mécanismes de soutien en santé mentale pour les employés

#	Type de pratique	Thème	Résultats découlant de la revue de la littérature	Constatations des membres du Comité	Constatations découlant de l'analyse de l'inventaire	Recommandations
			c. La résilience, l'autonomisation, la pleine conscience et d'autres programmes multimodaux offrent des interventions préventives efficaces.	meilleures pratiques, les besoins et les lacunes).		travail (dans un environnement de travail hybride et de plus en plus numérique).
* Dans ce contexte, l'expression « fondées sur des données probantes » signifie qu'il existe des documents ou des enquêtes internes attestant de l'efficacité de la formation ou des mesures de soutien en santé mentale. Cependant, il faut tenir compte du fait qu'il existe peu de travaux de recherche et d'évaluation dans ce domaine.						

Annexe A : Protocoles d'entente

1) Protocole d'entente entre le Conseil du Trésor du Canada et l'Alliance de la fonction publique du Canada concernant une étude conjointe sur les mécanismes de soutien offerts aux employés

Le présent protocole d'entente vise à mettre en œuvre l'entente conclue entre l'employeur et l'Alliance de la fonction publique du Canada en ce qui concerne les employés de l'unité de négociation des Services techniques (TC) qui sont exposés, dans le cadre de leurs fonctions, à des contenus explicites et perturbants, ou à des situations potentiellement menaçantes.

Les parties conviennent de créer un comité mixte, coprésidé par un représentant de chaque partie. Les membres de ce comité se réuniront dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la signature de la présente convention collective afin de se consulter et de parvenir à un accord sur le mandat qui guidera l'étude.

L'étude s'appuiera sur les recherches existantes ou d'autres sources d'information déterminées par le Comité afin de :

- repérer les postes au sein de l'unité de négociation dont les titulaires sont exposés, dans le cadre de leurs fonctions, à des contenus explicites et perturbants ou à des situations menaçantes qui peuvent nécessiter des mécanismes de soutien en santé mentale;
- cerner les besoins particuliers en matière de mécanismes de soutien;
- recenser et documenter les pratiques prometteuses et les meilleures pratiques en ce qui concerne les mécanismes de soutien;
- recommander les moyens pour mettre en œuvre les pratiques prometteuses et les meilleures pratiques recensées par l'étude.

En outre, les parties étudieront les possibilités de mener leurs travaux conjointement avec le groupe Services des programmes et de l'administration (PA).

L'étude aura pour objectif d'examiner les postes concernés au sein des ministères et des organismes suivants :

- Transports Canada;
- Bureau de la sécurité des transports du Canada;
- Pêches et Océans Canada;
- Environnement et Changement climatique Canada;
- Emploi et Développement social Canada;
- Garde côtière canadienne,
- Services aux Autochtones Canada;
- Gendarmerie royale du Canada.

- D'autres ministères ou organismes de l'administration publique centrale convenus par les deux parties.

L'étude doit être achevée au plus tard le 21 juin 2021. La présente entente peut être prolongée d'un commun accord.

2) Protocole d'entente entre le Conseil du Trésor du Canada et l'Alliance de la fonction publique du Canada concernant une étude conjointe sur les mécanismes de soutien offerts aux employés

Le présent protocole d'entente vise à mettre en œuvre l'entente conclue entre l'employeur et l'Alliance de la fonction publique du Canada en ce qui concerne les employés de l'unité de négociation Services des programmes et de l'administration (PA) qui sont exposés, dans le cadre de leurs fonctions, à des contenus explicites et perturbants, ou à des situations potentiellement menaçantes.

Les parties conviennent de créer un comité mixte, coprésidé par un représentant de chaque partie. Les membres se réuniront dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la signature de la présente convention collective afin de se consulter et de parvenir à un accord sur le mandat qui guidera l'étude.

L'étude s'appuiera sur les recherches existantes ou d'autres sources d'information déterminées par le Comité afin de :

- repérer les postes au sein de l'unité de négociation dont les titulaires sont exposés, dans le cadre de leurs fonctions, à des contenus explicites et perturbants ou à des situations menaçantes qui peuvent nécessiter des mécanismes de soutien en santé mentale;
- cerner les besoins particuliers en matière de mécanismes de soutien;
- recenser et documenter les pratiques prometteuses et les meilleures pratiques en ce qui concerne les mécanismes de soutien;
- recommander les moyens pour mettre en œuvre les pratiques prometteuses et les meilleures pratiques recensées par l'étude.

L'étude aura pour objectif d'examiner les postes concernés au sein des ministères et des organismes suivants :

- Service des poursuites pénales du Canada;
- Commission des libérations conditionnelles du Canada;
- Gendarmerie royale du Canada;

Étude conjointe sur les mécanismes de soutien en santé mentale pour les employés

- Anciens combattants Canada
- D'autres ministères ou organismes de l'administration publique centrale convenus par les deux parties.

L'étude doit être achevée au plus tard le 20 juin 2022. La présente entente peut être prolongée d'un commun accord.

Annexe B : Critères d'orientation pour le repérage des postes

Dans cette étude, le terme « postes » ne désigne pas de numéros de postes donnés, mais plutôt des groupes d'employés qui exercent certaines fonctions ou certains rôles (par exemple, agents parajuridiques, enquêteurs, agents administratifs).

Dans le cadre de leurs fonctions, les employés peuvent être intrinsèquement ou potentiellement exposés à du matériel explicite et dérangeant ou à des situations potentiellement menaçantes, y compris :

1. un incident unique, grave ou significatif ou une exposition répétée, à long terme et chronique à des risques psychologiques et physiques;
2. des contenus ou des situations explicites, graphiques, violents, ou autrement perturbant sur le plan personnel, y compris :
 - violence, traumatisme visant une personne ou un enfant ou décès d'une personne ou d'un enfant;
 - situations de nature sexuelle ou violente;
 - violations des droits de la personne, négligence ou maltraitance de personnes vulnérables ou d'êtres vivants ou manquement au devoir de fournir les choses nécessaires à l'existence;
 - crimes violents, torture, terrorisme, combat ou première intervention;
 - accidents de voiture, d'avion, de bateau, de train ou collisions ou explosions de matériaux;
 - rapports d'accidents et de coroners;
 - violence à l'encontre des personnes fondée sur des motifs de distinction illicite*, violence contre les animaux ou autres formes de violence.
3. des personnes ou situations qui constituent, ou pourraient constituer, une menace pour la santé ou la sécurité physique ou psychologique de la personne ou d'autrui, par exemple :
 - catastrophes naturelles ou d'origine humaine, telles que les tremblements de terre, les tornades, les feux de forêt, les incendies, les inondations, le terrorisme et les pandémies;
 - site d'accident de voiture, d'avion, de bateau ou de train, collision ou explosion de matériaux;
 - rencontres de personnes incarcérées dans le cadre de programmes de libération conditionnelle et de services correctionnels;
 - rencontres de personnes hostiles, désemparées ou très émotives;

- travail seul dans des lieux ou des situations isolés ou éloignés, ou sans couverture téléphonique mobile, y compris dans des situations où il pourrait y avoir des animaux sauvages dangereux;
 - activités d'application de la loi et situations de première intervention, par exemple lorsque la formation au recours à la force est nécessaire ou que la sécurité des personnes risque d'être compromise;
 - activités de surveillance et enquêtes de conformité;
 - endroits de semi-confinement, notamment les centres de surveillance des immigrants et des réfugiés;
 - harcèlement et intimidation ciblés.
4. des activités ou des expositions à des situations qui entraînent un sentiment de culpabilité, un engourdissement éthique, une fatigue de compassion ou un conflit moral intense liés aux éléments suivants :
- traumatisme (direct ou indirect);
 - interaction avec les victimes, les survivants d'accidents ou d'autres traumatismes et avec leurs familles et leurs proches;
 - impression de perpétuer les systèmes coloniaux,;
 - système des pensionnats et autres traumatismes sociaux;
 - déni ou refus de soins, y compris dans les situations où les systèmes fournis sont en conflit avec les valeurs fondamentales, la culture ou la foi (par exemple, les dossiers liés au principe de Jordan, les procédures de demande, de recours et d'examen à la Commission de l'immigration et du statut de réfugié, l'assistance médicale à la mort au ministère de la Justice Canada);
5. tout autre critère d'orientation conforme à l'esprit du mandat de cette étude.

***Motifs de distinction illicite**

- **3 (1)** *Pour l'application de la présente loi, les motifs de distinction illicite sont ceux fondés sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, l'âge, le sexe, l'orientation sexuelle, l'identité ou l'expression de genre, l'état matrimonial, la situation de famille, les caractéristiques génétiques, l'état de personne graciée ou la déficience.*

Annexe C : Lectures recommandées

Diverses professions et exposition aux traumatismes

1. ANDREWS, Katie L., *et al.* « [Exposures to Potentially Psychologically Traumatic Events among Canadian Coast Guard and Conservation and Protection Officers](#) », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 19, n° 22, (2022), p. 15116.
2. ANDREWS, Katie L., *et al.* « [Mental Health Training, Attitudes toward Support, and Screening Positive for Mental Disorders among Canadian Coast Guard and Conservation and Protection Officers](#) », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 19, n° 23, (2022), p. 15734.
3. BONDE, J. P., *et al.* « [Risk of depressive disorder following disasters and military deployment: systematic review with meta-analysis](#) », *British Journal of Psychiatry*, vol. 208, n° 4, (2016), p. 330-336.
4. BURNS, C. M., *et al.* « [The Emotional Impact on and Coping Strategies Employed by Police Teams Investigating Internet Child Exploitation](#) », *Traumatology*, vol. 14, n° 2, (2008), p. 20-31.
5. BYWOOD, Petra, et B. Costa. « [Vicarious exposure to trauma at work: A rapid review of the prevalence and impact of vicarious exposure to trauma within the workplace](#) », Institute for Safety, Compensation and Recovery Research, *Evidence Review*, vol. 226, (2018), p. 1-18.
6. CARLETON, R. Nicholas, *et al.* « [Suicidal ideation plans, and attempts among public safety personnel in Canada](#) », *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, vol. 59, n°3, (2018), p. 220-231.
7. CARLETON, R. Nicholas, *et al.* « [Mental Disorder Symptoms among Public Safety Personnel in Canada](#) », *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 63, n° 1, (2018), p. 54-64.
8. DURAN, Fazeelat, et J. Woodhams. « [Impact of Traumatic Material on Professionals in Analytical and Secondary Investigative Roles Working in Criminal Justice Settings: a Qualitative Approach](#) », *Journal of Police and Criminal Psychology*, vol. 37, (2022), p. 904-917.
9. FLANNERY, Raymond B. « [News Journalists and Posttraumatic Stress Disorder : a Review of Literature, 2011-2020](#) », *Psychiatric Quarterly*, vol. 93, (2022), p 151-159.
10. KNODEL, Rebekah K. « [Coping with Vicarious Trauma in Mental Health Interpreting](#) », *Journal of Interpretation*, vol. 26, n° 1, (2018).
11. LENTZ, Liana, P. H. Silverstone et Y. I. Krameddine. « [High Rates of Mental Health Disorders in Civilian Employees Working in Police Organizations](#) », *Frontiers in Psychology*, vol. 11, (2020).

12. MCCANN, I. Lisa, et L. A. Pearlman. « [Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims](#) », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 3, n° 1, (1990), p. 131-149.
13. PERRON, Brian E., et B. S. Hiltz. « [Burnout and Secondary Trauma Among Forensic Interviewers of Abused Children](#) », *Child and Adolescent Social Work Journal*, vol. 23, n° 2, (2006), p. 216-234.
14. RØNNING, Line, J. Blumberg et J. Dammeyer. « [Vicarious traumatisation in lawyers working with traumatised asylum seekers: a pilot study](#) », *Psychiatry, Psychology and Law*, vol. 27, n° 4, (2020), p. 665-677.
15. SERVATIUS, Richard J., *et al.* « [Stress-Related Mental Health Symptoms in Coast Guard: Incidence, Vulnerability, and Neurocognitive Performance](#) », *Frontiers in Psychology*, vol. 8, n° 1513, (2017).
16. SEVERSON, Margaret, et C. Pettus-Davis. « [Parole Officers' Experiences of the Symptoms of Secondary Trauma in the Supervision of Sex Offenders](#) », *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, vol. 57, n° 1, (2013), p. 5-24.
17. SLADE, Jessica, et E. Alleyne. « [The Psychological Impact of Slaughterhouse Employment: A Systematic Literature Review](#) », *Trauma, Violence, and Abuse*, vol. 24, n° 2, (2023), p. 429-440.
18. SYNDICAT DES EMPLOYÉ-E-S DU SOLLICITEUR GÉNÉRAL. « [Progresser : rapport sur le fardeau invisible des traumatismes psychologiques pour les employés de la sécurité publique](#) », (2017).
19. VRKLEVSKI, Lila Petar, et J. Franklin. « [Vicarious Trauma: The Impact on Solicitors of Exposure to Traumatic Material](#) », *Traumatology*, vol. 14, n° 1, (2008), p. 106-118.

Facteurs de risque, facteurs de protection

1. BAKHSHI, Japneet, M. S. Wesley et K. J. Reddy. « [Vicarious Trauma in Law Students: Role of Gender, Personality, and Social Support](#) », *International Journal of Criminal Justice Sciences*, vol. 16, n° 1, (2021), p. 34-50.
2. BAUM, Nehami, G. Rahav et M. Sharon. « [Heightened susceptibility to secondary traumatization: A meta-analysis of gender differences](#) », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 84, n° 2, (2014). p. 111-122.
3. BELL, Holly, S. Kulkarni et L. Dalton. « [Organizational Prevention of Vicarious Trauma](#) », *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, vol. 84, n° 4, (2003), p. 463-470.

4. BREWIN, C. R., B. Andrews et J. D. Valentine. « [Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults](#) », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 68, n° 5, (2000), p. 748-766.
5. CHERRY, Nicola, *et al.* « [The role of organization supports in mitigating mental ill health in firefighters: A cohort study in Alberta, Canada](#) », *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 64, n° 7, (2021), p. 593-601
6. CHOI, Ga-Young. « [Organizational Impacts of the Secondary Traumatic Stress of Social Workers Assisting Family Violence or Sexual Assault Survivors](#) », *Administration in Social Work*, vol. 35, (2011), p. 225-242.
7. DI NOTA, Paula M., *et al.* « [Proactive psychological programs designed to mitigate posttraumatic stress injuries among at-risk workers: A systematic review and meta-analysis](#) », *Systematic Reviews*, vol. 10, (2021), p. 126.
8. DONNELLY, Elizabeth A., *et al.* « [Predictors of posttraumatic stress and preferred sources of social support among Canadian paramedics](#) », *Canadian Journal of Emergency Medicine*, vol. 18, n° 3, (2016), p. 205-212.
9. HARRISON, Richard L. et M. J. Westwood. « [Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices](#) », *Psychotherapy*, vol. 46, n° 2, (2009), p. 203-219.
10. KINDERMANN, David, *et al.* « [Prevalence of and Risk Factors for Secondary Traumatization in Interpreters for Refugees: A Cross-Sectional Study](#) » *Psychopathology*, vol. 50, n° 4, (2017), p. 262-272.
11. LEYS, Christophe, *et al.* « [Resilience Predicts Lower Anxiety and Depression and Greater Recovery after a Vicarious Trauma](#) », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 18, n° 23, (2021), p. 12608.
12. PELED-AVRAM, Maya, « [The role of relational-oriented supervision and personal and work-related factors in the development of vicarious traumatization](#) », *Clinical Social Work Journal*, vol. 45, n° 1, (2017), p. 22-32.
13. SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. « [SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach](#) », (2014), p. 1-27.

Prévention et intervention

1. ANTONY, Jesmin, *et al.* « [Intervention for the prevention and management of occupational stress injury in first responders: a rapid overview of reviews](#) », *Systematic Reviews*, vol. 9, (2020), p. 121.

2. BERCIER, Melissa L., et B. R. Maynard. « [Interventions for Secondary Traumatic Stress with Mental Health Workers: A Systematic Review](#) », *Research on Social Work Practice*, vol. 25, n° 1, (2015), p. 81-89.
3. BERGER, Rony, H. Abu-Raiya, et J. Benatov. « [Reducing Primary and Secondary Traumatic Stress Symptoms Among Educators by Training Them to Deliver a Resiliency Program \(ERASE-Stress\) Following the Christchurch Earthquake in New Zealand](#) », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 86, n° 2, (2016), p. 236-251.
4. GALATZER-LEVY, Isaac R, S. H. Huang et G. A. Bonanno. « [Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: A review and statistical evaluation](#) », *Clinical Psychology Review*, vol. 63, (2018), p. 41-55
5. GERBRANDT, Nathan. « [5 Principles of Trauma-Informed Workplaces](#) », Crisis & Trauma Resource Institute.
6. GERBRANDT, Nathan, R. Grieser et V. Enns. « [A Little Book about Trauma-Informed Workplaces](#) », Crisis & Trauma Resource Institute, (2021).
7. GREENBERG, Neil, *et al.* « [A Cluster Randomized Controlled Trial to Determine the Efficacy of Trauma Risk Management \(TRiM\) in a Military Population](#) », *Journal of Trauma Stress*, vol. 23, n° 4, (2010), p. 430-436.
8. KIM, Jeongsuk, *et al.* « [A Scoping Review of Vicarious Trauma Interventions for Service Providers Working with People Who Have Experienced Traumatic Events](#) », *Trauma, Violence, & Abuse*, vol. 23, n° 5, (2021), p. 1437-1460.
9. REGEL, Stephen, et A. Dyregrov. « Commonalities and New Directions in Post-Trauma Support Interventions: From Pathology to the Promotion of Post-traumatic Growth », dans R. Hughes, A. Kinder et C. L. Cooper (éd.). [International Handbook of Workplace Trauma Support](#), (2012), p. 48-67.
10. RICHINS, Matt T., *et al.* « [Early Post-trauma Interventions in Organizations: A Scoping Review](#) », *Frontiers in Psychology*, vol. 11, n° 1176, (2020)
11. STELNICKI, Andrea M., *et al.* « [Evaluation of Before Operational Stress: A Program to Support Mental Health and Proactive Psychological Protection in Public Safety Personnel](#) », *Frontiers in Psychology*, vol. 12, n° 511755, (2021).

Traitement

1. BEAHM, Janine D., *et al.* « [Insights into internet-delivered cognitive behavioral therapy for public safety personnel: Exploration of client experience during and after treatment](#) », *Internet Interventions*, vol. 26, n° 100481, (2021).
2. FISHER, Naomi. « [Using EMDR Theory to Treat Clients Remotely](#) », *Journal of EMDR Practice and Research*, vol. 15, n° 1, (2021), p. 73-84.

3. HADJISTAVROPOULOS, Heather D., *et al.* « [Initial Outcomes of Transdiagnostic Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy Tailored to Public Safety Personnel: Longitudinal Observational Study](#) », *Journal of Medical Internet Research*, vol. 23, n° 5, (2021), p. e27610.
4. JERICHO, Brooke, A. Luo et D. Berle. « [Trauma-focused psychotherapies for post-traumatic stress disorder: A systematic review and network meta-analysis](#) », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 145, n° 2, (2022), p. 132-155.
5. KUMAR, Vikram, *et al.* « [The Effectiveness of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in Treatment of Psychiatric Disorders](#) », *Cureus*, vol. 9, n° 8, (2017), p. e1626.
6. LEWIS, Catrin, *et al.* « [Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis](#) », *European Journal of Psychotraumatology*, vol. 11, n° 1, (2020), p. 1729633.
7. MARTIN, Alicia, *et al.* « [Treatment Guidelines for PTSD : A Systematic Review](#) », *Journal of Clinical Medicine*, vol. 10, n° 18, (2021), p. 4175.
8. PARIKH, Sagar V., *et al.* « [Canadian Network for Mood and Anxiety treatments \(CANMAT\) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 2. Psychological Treatments.](#) », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 61, n° 9, (2016), p. 524-539.
9. RODRIGUEZ, Kerri E., *et al.* « [Defining the PTSD Service Dog Intervention: Perceived Importance, Usage, and Symptoms Specificity of Psychiatric Service Dogs for Military Veterans](#) », *Frontiers in Psychology*, vol. 11, (2020).
10. WATKINS, Laura E., K. R. Sprang et B. O. Rothbaum. « [Treating PTSD: A Review of Evidence-Based Psychotherapy Interventions](#) », *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, vol. 12, n° 258, (2018).

TSPT et autres troubles

1. CÉNAT, Jude Mary, « [Complex Racial Trauma: Evidence, Theory, Assessment, and Treatment](#) » *Perspectives on Psychological Science*, vol. 18, n° 3, (2022), p. 675-687.
2. FETZNER, Mathew G., *et al.* « [What is the association between traumatic life events and alcohol abuse/dependence in people with and without PTSD? Findings from a nationally representative sample](#) », *Depression and Anxiety*, vol. 28, n° 8, (2011), p. 632-638.
3. HOGG, B. M., *et al.* « [Psychological trauma as a transdiagnostic risk factor for mental disorder: an umbrella meta-analysis](#) », *European Psychiatry*, vol. 66, n° S1, (2023), p. S982-S983.
4. MAERCKER, Andreas, *et al.* « [Complex post-traumatic stress disorder](#) », *The Lancet*, vol. 400, n° 10345, (2022), p. 60-72.

5. MAURITZ, Maria W., *et al.*, « [Prevalence of Interpersonal trauma exposure and trauma-related disorders in severe mental illness](#) », *European Journal of Psychotraumatology*, vol. 4, n° 1, (2013), p. 19985.
6. TORQUATI, Luciana, *et al.* « [Shift Work and Poor Mental Health: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies](#) », *American Journal of Public Health*, vol. 109, n° 11, (2019), p. e1-e8.
7. TEND ACADEMY, « [Warning signs of Secondary Trauma and Compassion Fatigue](#) », (2017).
8. WEISS, Leah. « [Burnout from an Organizational Perspective](#) », *Stanford Social Innovation Review*, (2020).
9. WILLIAMSON, John B., M. S. Jaffee et R. E. Jorge. « [Posttraumatic Stress Disorder and Anxiety-Related Conditions](#) », *Continuum*, vol. 27, n° 6, (2021), p. 1738-1763.
10. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. « [Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases](#) », (2019).
11. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. « [CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité](#) », (2024).
12. YUAN, Kai, *et al.* « [Prevalence of posttraumatic stress disorder after infectious disease pandemics in the twenty-first century, including COVID-19: a meta-analysis and systematic review](#) », *Molecular Psychiatry*, vol. 26, (2021), p. 4982-4998.

Autres

1. INSTITUT CANADIEN DE RECHERCHE ET DE TRAITEMENT EN SÉCURITÉ PUBLIQUE. « [Glossary of Terms: A shared understanding of the common terms used to describe Psychological Trauma](#) », (2019).
2. CHAPMAN, S., *et al.* « [Les programmes de santé mentale en milieu de travail : une valeur ajoutée pour les employés et les employeurs – Plan directeur pour les programmes de santé mentale en milieu de travail](#) », Deloitte Insights, (2019).
3. CONSEIL NATIONAL MIXTE. « [Conseil de gestion du régime d'assurance invalidité – Rapport annuel - 2022](#) », (2023).
4. DELOITTE. « [Un plan directeur pour les programmes de santé mentale en milieu de travail](#) », (2023).