

Fusillade du 13 septembre 2006 au Collège Dawson:

**SECURE (Soutien, évaluation
et coordination unifiés pour le
rétablissement et l'éducation):
un programme d'intervention
psychologique multimodal**



Fusillade du 13 septembre 2006 au Collège Dawson : SECURE (Soutien, évaluation et coordination unifiés pour le rétablissement et l'éducation) : un programme d'intervention psychologique multimodal

Citation suggérée :

Séguin, M., Chawky, N., Guay, S., Szkrumelak, N., Lesage, A., Bleau, P., Boyer, R., Steiner, W., Gauvin, D., Miquelon, P., Roy, D. *Fusillade du 13 septembre 2006 au Collège Dawson : SECURE (Soutien, évaluation et coordination unifiés pour le rétablissement et l'éducation) : plan multimodal d'intervention psychologique en cas de fusillade en milieu scolaire*. Troisième de quatre rapports déposés au ministère de la Justice du Québec sur l'évaluation de l'impact psychologique et de l'intervention psychologique suite à la fusillade au Collège Dawson le 13 septembre 2006.

Équipe de recherche

Ordre alphabétique

Pierre Bleau, M.D., FRCPC, médecin psychiatre, Coordonnateur de l'équipe, Directeur médical du Programme d'anxiété du CUSM, Professeur adjoint, Département de psychiatrie, Université McGill.

Richard Boyer, M.A. (Soc.), Ph.D., Chercheur, Département de psychiatrie, Université de Montréal et Centre de recherche Fernand-Séguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Stéphane Guay, Ph.D., psychologue-chercheur, Directeur du Centre d'études sur le trauma, Centre de recherche Fernand-Séguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et Professeur agrégé, École de criminologie, Université de Montréal.

Alain Lesage, M.D., FRCPC, M.Phil., médecin psychiatre et Professeur au Département de psychiatrie, Université de Montréal et Centre de recherche Fernand-Séguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Monique Séguin, Ph.D., Professeure, Université du Québec en Outaouais; Centre d'études McGill sur le suicide, Institut universitaire en santé mentale Douglas.

Warren Steiner, M.D., FRCPC, Psychiatre en chef, Département de psychiatrie, Centre universitaire de santé McGill (CUSM), Professeur agrégé, Département de psychiatrie, Université McGill.

Nadia Szkrumelak, M.D., FRCPC, Psychiatre en chef adjointe, Département de psychiatrie, Centre universitaire de santé McGill (CUSM), Professeure adjointe, Département de psychiatrie, Université McGill.

Dépôt légal
Bibliothèque et
Archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN 978-2-922577-90-7

1^{er} septembre 2010

© Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2010
Tous droits réservés

Distribué par le Centre de documentation de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine
Téléphone : 514 251-4000 poste 2964;
Télécopieur : 514 251-0270
Web : www.hlhl.qc.ca
Courriel : bibliotheque.lhl@sss.gouv.qc.ca

Merci...

Téléphonistes : Dan Jeannotte, Jessica Burai, Julie Potvin, Ever Yobany Rivas, Frances Moyle, Alexandra Martin, Kang Min Lee, Mélanie Riccio, Maria Garcia, Adam Leiner, Barbara Skerrett, Grace Hlywa Maytan, Robin Wiviott et tous les autres.

Administrateurs et personnel du Collège Dawson : Richard Filion, Diane Gauvin, Donna Varrica, Paul Rastelli, Shirley Jorgensen, Andrew Mackay, Mary Hlywa, Geoff Kloos, Drago Kresevic et tous les autres.

Assistanat de recherche : Denise Roy, Nadia Chawky, Paule Miquelon, Jean-François Dupont, Emilie Soulard, Julie Fiset-Laniel, Christian Sauvé, Philippe Lesage, Nicole Guay, France Proulx, Christian Levac et l'équipe MultiSpectra.

Un merci tout spécial à toutes ces personnes qui ont accepté de se rappeler ces tristes événements : les étudiants, le personnel de soutien, les professeurs, les professionnels, les administrateurs et les intervenants, les parents, spécialement à la famille de Anastasia De Sousa.

À l'honorable Jean-Marc Fournier,

Ministre de la Justice du Québec

Le 13 septembre 2006, un tireur fait irruption au Collège Dawson. Il tue une personne, en blesse 19 autres et se suicide par la suite. Il s'agit de la troisième tragédie du genre à survenir au Québec ; une tragédie qui a laissé sa marque dans la mémoire collective.

Le Collège Dawson, par sa mission d'enseignement, a souhaité que l'analyse de la situation permette d'améliorer les interventions si de tels événements devaient se reproduire.

C'est dans ce contexte que l'Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) a reçu, en 2007, une subvention du Gouvernement du Québec pour étudier les impacts psychologiques de ce drame. Pour ce faire, une collaboration interuniversitaire dynamique a été instituée entre l'Université McGill, l'Université de Montréal et l'Université du Québec en Outaouais, de même qu'avec le Collège Dawson. En plus d'aborder les impacts psychologiques de ce drame sur la population exposée, l'étude a permis d'évaluer le plan d'intervention psychologique mis en place et de proposer un modèle de plan d'intervention pour faire face à des situations similaires.

Sous la direction scientifique du Dr Alain Lesage, notre équipe, composée de chercheurs du Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, du Groupe McGill d'étude sur le suicide et de l'Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill, vous présente les quatre documents suivants :

- Évaluation du plan d'intervention psychologique d'urgence ;
- Rapport d'une enquête auprès des étudiants et du personnel du Collège Dawson sur l'impact psychologique et la recherche d'aide ;
- SECURE (Soutien, évaluation et coordination unifiés pour le rétablissement et l'éducation) : un programme d'intervention psychologique multimodal ;
- Synthèse et recommandations.

En vous remettant cette étude, les chercheurs associés souhaitent apporter aux réseaux de la santé, de l'éducation, de la justice et de la sécurité publique, les éléments d'information nécessaires pour intervenir efficacement dans le contexte d'un drame comme celui vécu le 13 septembre 2006 au Collège Dawson.

D^r Pierre Bleau

Directeur médical du programme d'anxiété

Centre universitaire de santé McGill



Ce programme prend ancrage sur la capacité du milieu à repérer, identifier et répondre aux troubles courants de santé mentale.

RÉSUMÉ

Depuis une décennie des programmes d'intervention post-traumatique ont été développés aux niveaux local, national et international afin d'offrir des stratégies aux survivants de tragédies.

Ces programmes reposent sur une approche médicale de l'intervention d'urgence. Ainsi, la plupart des programmes sont conçus pour identifier les problèmes psychologiques aigus, dont la symptomatologie sera observable, généralement à court terme. Même si plusieurs programmes abordent les impacts de ces événements traumatiques, le dépistage et l'identification des difficultés demeurent dans le champ des troubles de stress aigus ou de stress post-traumatique. Ainsi peu de programmes ont pour objectif le dépistage et l'identification des difficultés chroniques, ou apparaissant sur le long cours, et qui incluent systématiquement le dépistage et la recherche active d'individus ayant des troubles simples ou concomitants de dépression, d'anxiété et d'abus et dépendance qui peuvent avoir été exacerbés ou apparaître plus d'une année après le traumatisme.

Ce programme équilibré d'intervention psychologique propose un changement de paradigme. Il prend ancrage sur la capacité du milieu à repérer, identifier et répondre aux troubles courants de santé mentale. Ce changement de paradigme devra inclure des interventions psychologiques variées, à géométrie variable permettant le dépistage et l'intervention des troubles aigus et des troubles qui se développeront à plus long terme et de manière chronique. Les stratégies devront inclure une dimension d'*empowerment* afin de s'appuyer sur la résilience des personnes, sans croire pour autant que tous s'en sortiront avec le temps. Ainsi, des activités de littéracie sociale et une attitude de vigilance permettront de poursuivre des activités de dépistage et de favoriser des initiatives de marketing social, d'auto-dépistage des étudiants vulnérables durant de nombreux mois suivant la tragédie. Ce programme devra également adapter les interventions selon le développement et l'apparition des difficultés de santé mentale.

Il met l'accent sur l'instauration de services de base de dépistage et d'intervention des troubles courants de santé mentale, associée à la préparation d'un protocole d'intervention psychologique, intégré aux protocoles d'urgence et de crise en milieu scolaire. Il doit être revu régulièrement. Une révision des protocoles et une formation régulière du personnel de l'école et des partenaires assureraient un fonctionnement optimal si l'institution devait mettre en application un tel programme.

Ce programme d'intervention psychologique multimodal, en cas de fusillade en milieu scolaire, propose une planification séquentielle selon des sphères spécifiques d'intervention :

1. la préparation du plan d'intervention psychologique et le maintien des connaissances et des protocoles ;
2. les interventions d'urgence au moment de la crise ou du trauma ;
3. les interventions post-immédiat d'identification des troubles associés au trauma et afin de soutenir la résilience ;
4. les interventions à réaliser à court terme visant à identifier les troubles aigus de santé mentale ;
5. les interventions à réaliser à moyen et long terme visant à repérer les troubles chroniques.



PRÉAMBULE

Dans un reportage publié dans *La Presse*, le 13 mars 2009, Marie-Claude Lortie rapporte que depuis les événements du Collège Dawson, en septembre 2006, pas moins de six tueries ont eu lieu à travers le monde faisant 34 morts et près d'une soixantaine de blessés. Entre 1999 et 2009, nous pouvons dénombrer près de 60 fusillades en milieu scolaire avec 181 décès. Au Québec, la mémoire collective demeure marquée par la fusillade de l'École Polytechnique à l'Université de Montréal en 1989 et celle de l'Université Concordia en 1992.

En plus des conséquences associées à la perte de vies humaines, le retentissement de ces événements est important en termes de personnes blessées, de vies perturbées, de bouleversements émotifs, de deuil et de douleurs des familles et des proches, de destruction de propriété, d'impacts sur les performances scolaires, etc. Il est reconnu que les dommages psychologiques et sociaux suite à l'exposition au trauma de la violence demeurent plus importants que les dommages physiques (Shultz *et al.*, 2006).

Depuis une décennie, des programmes d'intervention psychologique suite à l'exposition à des catastrophes ont été développés au niveaux local, national et international afin d'offrir un soutien aux survivants de telles tragédies. Mentionnons, entre autres, *The International Crisis Response Network* (ICRN) développé par le *International School Psychology Association* (Jimerson *et al.*, 2005); le *National Organization for Victim Assistance* (NOVA); le *Community Crisis Response Team Protocol* (Young, 2002); le *Multi-Modal Intervention*, connu sous le nom de BASIC ID et BASIC Ph (Lahad, 1997) et le *Psychological First Aid (PFA) Field Operations Guide* développé par le *National Child Traumatic Stress Network* du *National Center for PTSD* (Vernberg *et al.*, 2008), ou l'organisation de la sécurité civile du Québec (Laurendeau *et al.*, 2007).

Au Québec, les événements de l'École Polytechnique en 1989 figurent parmi ceux qui ont suscités le développement du volet psychosocial en sécurité civile au Québec (MSSS, 1994a, b). D'ailleurs, le groupe d'enquête DeCoster, mandaté par le gouvernement du Québec, a déterminé les rôles et les responsabilités des centres de santé et de services sociaux afin de garantir le soutien psychosocial suite à un événement traumatique. En guise de critère de réussite on mentionne qu'une intervention psychosociale doit avoir (1) une unité d'action et de direction, (2) une planification, (3) une intervention rapide, (4) une capacité à prévoir les réactions à l'événement, (5) une disponibilité de ressources, (6) une gestion des relations avec les médias et (7) une structure simple, mobile et supportante (Martel, 2000; Laurendeau *et al.*, 2007).

Malgré que chacun ait un accent spécifique différent, ces programmes ont des bases communes : (1) les programmes s'appuient sur les théories de stress, de *coping*, d'adaptation et de résilience lors d'une exposition à un événement traumatique, (2) les programmes sont applicables et pratiques dans presque tous les environnements – milieux scolaires, communautaires, ou autres, (3) les programmes sont adaptés à différentes clientèles et différents stades de développement au cours de la vie, malgré qu'il y ait des indications particulières pour les enfants, les adolescents et les personnes âgées (4) les programmes sont sensibles aux contextes culturels différents permettant ainsi de proposer des interventions de manière flexible et adaptée (Pynoos *et al.*, 2008).

Il est reconnu que les dommages psychologiques et sociaux suite à l'exposition au trauma de la violence demeurent plus importants que les dommages physiques.



De manière générale l'ensemble des programmes actuels sont présentés selon une organisation temporelle. Brock & Jimerson (2004) proposent une planification en cinq temps : pré-impact, impact, immédiatement après l'impact, post-impact et suivi long-terme (voir tableau I), ce qui permet d'illustrer les différentes activités et interventions qui doivent être planifiées à travers le temps. Le tableau présente des interventions qui se réalisent selon des phases temporelles et des sphères spécifiques d'interventions, dont les interventions d'urgence, les interventions médicales, les interventions de soutien, les interventions psychologiques, l'éducation psychologique, le dépistage et les références, les rituels et les commémorations.

Malgré une diffusion assez large de ces programmes post-trauma, aucun n'a été empiriquement validé. On le comprend, les défis méthodologiques sont énormes. Cependant certaines études ont mesuré l'efficacité de certaines interventions lors de contextes traumatiques et l'état des connaissances permet d'identifier des principes de base quant aux interventions suivant une tragédie.

Tableau I
Résumé des interventions lors de cinq phases suivant un événement tragique

<i>Pré-Impact Période avant l'événement</i>	<i>Impact La période de trauma/crise</i>	<i>Post-trauma Immédiatement après l'événement</i>	<i>Post-Impact Jours et semaines après l'événement</i>	<i>Recouvrement/ Reconstruction Mois et années suivant l'événement</i>
<i>Période de préparation</i> - Éducation - Exercices- manœuvres - Planification	<i>Prévention immédiate</i> - Protéger - Intervention d'urgence	- Réduire l'exposition au trauma - Augmenter le sentiment de sécurité réel et perçu		
<i>Planification de crise</i> <ul style="list-style-type: none"> • Établir un groupe de travail inter-agences • Établir un groupe de réponse dans les écoles • Développer un bottin de ressources • Trouver des fonds • Établir des critères pour identifier des groupes à risque • Identifier des refuges • Établir un système de communication • Développer du matériel qui permettra d'identifier les intervenants de crise • Développer un plan pour transmettre l'information • Développer un plan d'intervention pour le décès et les familles endeuillées • Planifier les interventions médicales d'urgence 		<i>Interventions médicales</i> - Premier soins - Triage médical	- Assurer le traitement des personnes ayant des vulnérabilités préexistantes	
		<i>Systèmes de soutien</i> - Réunir les familles/les personnes en besoin avec les intervenants appropriés	- Réunir les étudiants avec les amis et les professeurs - Retour à l'école	
		<i>Interventions psychologiques</i> - Interventions d'urgence	- Interventions psychologiques urgentes - Débriefing de groupe - Psychothérapie - Intervention de crise	- Préparation à des interventions de crise - Se préparer aux anniversaires - Poursuite des interventions de psychothérapie
		<i>Éducation psychologique</i> - Groupes psychoéducatifs - Donner de l'information	- Psychoéducation de groupe - Distribuer des feuillets d'information - Formation des intervenants	- Se préparer aux anniversaires - Formation des intervenants - Distribuer des feuillets d'information
		<i>Dépistage et références</i> - Dépistage initial	- Dépistage individuel - Procédures de références - Dépistage de toute la communauté scolaire	- Dépistage individuel
		<i>Rituels et commémorations</i> - Participation aux rituels - Planification de commémorations	- Participation aux rituels - Réaliser les commémorations	

Source : Brock & Jimerson (2004)

Les programmes post-trauma ou post-incident critique reposent sur un modèle médical d'intervention d'urgence. Dans ce contexte, les interventions psychologique s'appuient aussi sur des interventions d'urgences psychosociales basées sur les théories de stress, de crise et de trauma, exigeant des interventions rapides et à court terme. Ainsi, la plupart des programmes sont conçus pour identifier les problèmes psychologiques aigus dont la symptomatologie sera observable, généralement, à court terme. Même si plusieurs programmes insistent sur le retentissement de ces événements traumatiques à long terme, le dépistage et l'identification des difficultés demeurent dans le champ des troubles de stress, de stress aigus ou de stress post traumatique.

Ainsi, rares sont les programmes qui incluent systématiquement le dépistage et la recherche active d'individus ayant pu développer des troubles courants de santé mentale. Les résultats de l'étude suivant la tragédie du Collège Dawson indiquent la présence de taux importants de troubles mentaux déjà présents et exacerbés, autant que l'émergence importante de nouveaux troubles auprès de la communauté collégiale des étudiants et du personnel (Boyer *et al.*, 2010). C'est pourquoi le dépistage et l'identification des difficultés plus chroniques ou apparaissant sur le long cours devrait être un objectif dont il faut tenir compte lors de la mise en place de programmes post-traumatiques.

Ainsi les interventions post-traumatiques, doivent être adaptées pour dépister et intervenir sur un éventail très large de difficultés, allant des troubles aigus et passagers à des troubles chroniques et sévères. De fait, toutes les interventions en milieu académique doivent inclure le dépistage des difficultés suivantes de santé mentale soient : les troubles de l'humeur, les troubles de l'adaptation, les problèmes d'agressivité, les troubles d'abus et de dépendances, les troubles anxieux aigus, à court et long terme, incluant l'état de stress post-traumatique.

Les programmes
post-trauma ou
post-incident critique
reposent sur un
modèle médical
d'intervention
d'urgence.

ÉLABORATION DU PROGRAMME MULTIMODAL D'INTERVENTION PSYCHOLOGIQUE

I- Évaluation et analyse du contexte : les leçons à tirer du programme d'intervention suite à la fusillade au Collège Dawson

Les interventions
mises en place au
Collège Dawson suite à
la fusillade du 13 sep-
tembre étaient orien-
tées selon un cadre
théorique centré sur
l'intervention de crise
et de résilience.

La philosophie d'intervention

Les interventions mises en place au Collège Dawson suite à la fusillade du 13 septembre étaient orientées selon un cadre théorique centré sur l'intervention de crise et de résilience. Les promoteurs de l'équipe de gestion de crise ont misé sur la jeunesse et la capacité de résilience des étudiants et du personnel comme variables majeures de rétablissement de la population collégiale. Ainsi, des attitudes partagées de non-stigmatisation et de non-dramatisation se sont reflétées dans l'organisation et l'offre des services.

C'est dans cette perspective que les interventions suivantes ont été mises en place : d'abord la préparation du collège et le retour du personnel scolaire ; le retour des étudiants (le plus rapidement possible afin de rétablir, à leur intention, une structure de soutien) ; la réappropriation des lieux par la population collégiale ; la présence de nombreux intervenants sur place pour soutenir les personnes qui auraient besoin d'intervention ; la possibilité de rencontrer des intervenants sur demande dans les jours et semaines suivant le retour en classe ; la planification de rituels et de commémorations, pour n'en mentionner que certaines. À travers ces activités de réintégration des lieux, du retour en classe, une attitude de résilience collective s'est manifestée selon laquelle la force collective permettra de vaincre l'adversité.

L'accès aux services

C'est ainsi que lors du retour au Collège les jours et semaines suivants, les étudiants et les membres du personnel étaient invités à consulter des intervenants disponibles sur place. La consultation des services de santé mentale était présentée comme une solution adaptée au stress inhabituel que certains avaient vécu. Comme il n'y avait pas suffisamment de lieux disponibles pour offrir un bureau fermé à chaque intervenant, durant la première semaine, ceux-ci étaient tous à la bibliothèque et les intervenants recevaient les « patients » dans des bureaux semi-ouverts. Pour les organisateurs cela donnait un message d'ouverture à la consultation et favorisait une attitude de non-dramatisation et de normalisation du processus de consultation, qui peut s'avérer tout à fait naturel dans de telles circonstances. Si certaines personnes ont bien compris cette approche et se sont senties à l'aise avec cet aménagement, d'autres se sont senties trop exposées, ayant le sentiment d'avoir peu ou pas assez d'intimité. Certaines personnes ont choisi de ne pas consulter, craignant un manque de confidentialité.

Pour certains professeurs et employés, qui souhaitaient être perçus par les étudiants comme des sources de soutien potentiel, le fait de devoir consulter dans le même lieu que les étudiants pouvait dévaloriser ou discréditer leur rôle d'aidant vis-à-vis des étudiants. Certains professeurs ont manifesté ensuite le besoin d'être soutenu dans ce rôle par des intervenants non affectés par la fusillade. Ainsi, deux valeurs s'affrontaient : celle de la normalisation associée à la demande d'aide et celle de vouloir préserver un rôle de soutien auprès des étudiants. Cet exemple illustre les écueils potentiels lorsque l'offre de service est proposée selon un mode d'intervention unique. Une approche multimodale pourrait répondre davantage aux besoins de différents sous-groupes.

La formation des professionnels

Lors de la période de réappropriation du collège, plusieurs intervenants professionnels ont été sollicités pour faire de la consultation auprès de la communauté du Collège Dawson. Cette approche visait à promouvoir une intervention rapide et précoce face aux problèmes émergents. Cependant, les intervenants n'avaient pas tous une formation à l'intervention en contexte post-traumatique ou à l'intervention de crise. Si « l'intervention clinique » est la tâche quotidienne des

Intervenants, tous ne sont pas nécessairement formés ou à l'aise face à des interventions de crise ou post-traumatiques. La conduite de l'entretien, dans un tel contexte, se réalise différemment des interventions cliniques habituelles. L'intervenant doit être plus actif, directif, ciblé dans ses évaluations diagnostiques et dans la reconnaissance des facteurs de risque spécifiques. Il est possible que plusieurs intervenants, n'ayant pas la formation adéquate, se soient sentis dépassés lors de ces premières semaines et, conséquemment, plusieurs personnes ayant consulté des intervenants ont mentionné avoir encore des besoins d'intervention psychologique.

L'offre continue de services

Graduellement, en fonction d'une diminution de la demande de soutien, les intervenants spécialisés en santé mentale qui étaient encore en place au collège se sont déplacés des lieux ouverts vers des bureaux fermés, certains intervenants demeurant sur place pendant six mois suivant la tragédie. Ces intervenants étaient toutefois moins visibles, donc moins sollicités. Dans ce contexte, leur présence devenait superflue.

Cela illustre les difficultés rencontrées quant à l'accessibilité continue des services spécialisés en santé mentale. Ainsi, une présence habituelle et régulière de professionnels formés au dépistage et au traitement des troubles courants de santé mentale, dans l'école et les milieux de travail, permettrait une habitude de consultation que l'on n'aurait pas à développer lors de situations critiques. D'autre part, des activités de dépistage sur un mode de *reaching-out* auraient pu permettre d'orienter certaines personnes vers les services de santé mentale. Méconnue des intervenants, notons une utilisation majeure de l'Internet par plus de 14 % des étudiants et du personnel pour s'informer des problèmes de santé mentale et parfois clavarder, sur le site Internet du Collège Dawson. Or, ces sites n'ont pas été investis par les intervenants pour créer des zones confidentielles pour le dépistage et l'offre de consultation.

Le besoin de dépistage, de recherche et de relance des individus en besoin

Également associée à la philosophie d'intervention, les organisateurs ont misé sur la capacité de résilience des membres de la communauté collégiale et sur leur capacité à exprimer leurs besoins et faire appel à l'aide psychologique. Il y a eu très peu d'activités de dépistage, de recherche et de relance active d'individus sur le terrain (*reaching-out*). Il aurait été sans doute souhaitable de développer des activités de dépistage spécifiquement pour les groupes à risque, des activités de dépistage systématique des personnes ayant été exposées directement à la fusillade, des activités d'éducation et de développement de littéracie sociale (ou d'éducation sociale qui propose un développement des connaissances théoriques sur un thème social, entre autres, les troubles mentaux et l'efficacité des traitements psychothérapeutiques). Ces activités auraient sans doute été bénéfiques et auraient pu favoriser une plus grande capacité de dépistage (de la part des enseignants, des amis, des parents, etc.) et d'autodépistage et, conséquemment, favoriser une plus grande consultation des services psychologiques.

Finalement, et dans la même perspective, le manque d'activités encadrées et spécifiques de *reaching-out*, n'a pas permis la mise en place d'interventions de suivis et de case management pour les étudiants blessés, les familles endeuillées et les étudiants particulièrement vulnérables. Notons cependant que de nombreuses interventions furent réalisées de manière informelle, soit par un professeur auprès d'un étudiant, ou par un directeur de programme auprès d'un étudiant ou d'un membre du personnel. Cependant, ces interventions se sont réalisées sur un mode informel basé sur le soutien social. Dans certains cas, des interventions plus formelles et encadrées ont été offertes par des intervenants spécialisés en santé mentale. Soulignons que la mise en place d'un modèle formel de prévention et d'intervention en santé mentale en milieu scolaire et en milieu de travail est nécessaire.

Constat quant à la santé de la communauté 18 mois après la fusillade (Boyer et al., 2010; Roy et al., 2010)

Suite à la fusillade, près de 18 % des répondants ont développé un trouble mental alors qu'ils n'en avaient pas connu auparavant dans leur vie. Si on s'attendait à l'éclosion d'épisode d'état



Si « l'intervention clinique » est la tâche quotidienne des intervenants, tous ne sont pas nécessairement formés ou à l'aise face à des interventions de crise ou post-traumatiques.



Parmi les services supplémentaires requis, l'information et la psychothérapie / counselling étaient cités plus fréquemment.

de stress post-traumatique (ÉSPT; 2%), on observe aussi d'autres troubles comme la dépression majeure (5%); la dépendance à l'alcool (5%); la phobie sociale (3%). De plus, des personnes ayant déjà connu des troubles mentaux ont continué de les éprouver dans les 18 mois suivants la fusillade. Au total 30% des répondants ont présenté un des troubles mentaux. Or, c'est au moins deux fois plus que ce qui était observé au Québec lors de l'ESCC 1.2. L'exposition à la fusillade semble pouvoir induire des idéations suicidaires (7%) et des tentatives de suicide (1%), là encore près de deux fois plus que dans l'ESCC 1.2. Les impacts psychologiques se poursuivent 18 mois après l'événement alors que les répondants rapportent avoir une moins bonne perception de leur santé mentale que dans l'ESCC 1.2, et plus de 7% continue de présenter des symptômes de détresse post-traumatique. Plus la sévérité de l'exposition spécifique à la fusillade est grande, plus augmente le risque de présenter l'ÉSPT, un trouble anxieux, dépressif ou de la dépendance à l'alcool. Près de 5% de la population du Collège Dawson a consulté un professionnel pour la première fois dans leur vie après la fusillade. Mais, davantage ont consulté parmi ceux qui avaient déjà consulté auparavant. Ainsi, dans les 18 mois suivant le 13 septembre 2006, près de 13% ont consulté un professionnel de la santé mentale (par exemple 6% un psychiatre; 7% un omnipraticien; 7% un psychologue). En cela, la population du Collège Dawson ne différerait pas de la population québécoise de 2002, à l'exception d'une plus grande accessibilité des psychiatres, sans doute lié à leurs rôles uniques dans la réponse psychologique à l'événement. Cependant, près de 14% de l'échantillon dit avoir utilisé l'internet pour des questions de santé mentale au cours de la période post-fusillade, ce qui diffère beaucoup de la population québécoise en 2002 (0,5%). Plus de 80% des personnes ayant consulté au moins une ressource ont estimé avoir reçu au moins un service satisfaisant, mais près de la moitié estimait qu'ils auraient eu besoin d'un autre service supplémentaire. Parmi les services supplémentaires requis, l'information et la psychothérapie/counselling étaient cités plus fréquemment. La majorité des personnes ayant présenté un trouble mental suite à la fusillade n'ont pas consulté, et en cela ne différeraient pas de la recherche d'aide dans la population québécoise lorsqu'elle présente un trouble mental. La raison la plus souvent citée en était une d'acceptabilité (le problème va se régler par soi-même...), alors que ce n'est pourtant pas le cas après 18 mois pour bien des répondants, telle qu'indiqué précédemment. Des raisons d'accessibilité aux services ont également été évoquées par 14% des répondants qui considéraient avoir des besoins d'aide non-comblés.

Ces données militent en faveur d'un soutien à long terme. Considérant les changements notés, les intervenants doivent s'attendre à des variations de symptomatologies entre la période post-immédiat et le moyen et long terme. Certains auteurs ont décrit le climat social post-traumatique comme une membrane qui enveloppe et protège certaines victimes, en leur permettant de faire un repli sur soi ou, dans certains cas, un repli sur le climat social de l'institution. Dans un tel contexte, certaines personnes vulnérables peuvent se nourrir du climat social post-traumatique qui est souvent un climat favorisant le sentiment d'unité, de force nouvelle émanant du milieu, de mobilisation du soutien social, d'*empowerment*, etc. Certains individus peuvent être totalement nourris par cette atmosphère, se sentant comblés par ce climat social qui est, par ailleurs, passager. Cet enfermement peut toutefois empêcher la reconnaissance de difficultés personnelles. Lorsque ce climat se dissipe, certains jeunes ou membres du personnel vivront cette nouvelle perte comme un abandon institutionnel et auront encore plus de difficulté à identifier que la source de leurs difficultés provient des événements traumatiques qui se sont produits des mois auparavant. Nos entrevues permettent de croire que des individus sont demeurés dépendant du milieu dans un tel contexte. Une théorie d'intervention basée sur la résilience peut être tout à fait adaptée dans la période post-immédiat, mais le cadre théorique doit se modifier pour s'adapter aux besoins changeants de la population et, en se modifiant, intégrer de nouveaux modes d'interventions et surtout de dépistages des gens en besoins d'aide psychologiques.

À l'instar des programmes documentés dans la littérature et des interventions réalisées au Collège Dawson suite à la fusillade et après l'analyse de l'état de santé des personnes 18 mois après la fusillade, nous proposons un programme d'intervention multimodal. Le programme multimodal proposé se décline selon quatre grands axes :

- les modèles théoriques sur lesquels on prend appui;
- les personnes auprès de qui il convient d'intervenir;
- les acteurs responsables de ces interventions;
- les actions à mettre en place.

10

Fusillade du 13 septembre 2006
au Collège Dawson : SECURE
(Soutien, évaluation et coordination
unifiés pour le rétablissement et
l'éducation): un programme
d'intervention psychologique multimodal

En se basant sur les connaissances actuelles en matière d'intervention d'urgence et les résultats de recherches cliniques ayant démontré une efficacité de traitement, le programme proposé tient compte des propositions retrouvées dans d'autres programmes connus et bonifiés par des ajouts de l'étude réalisée au Collège Dawson.

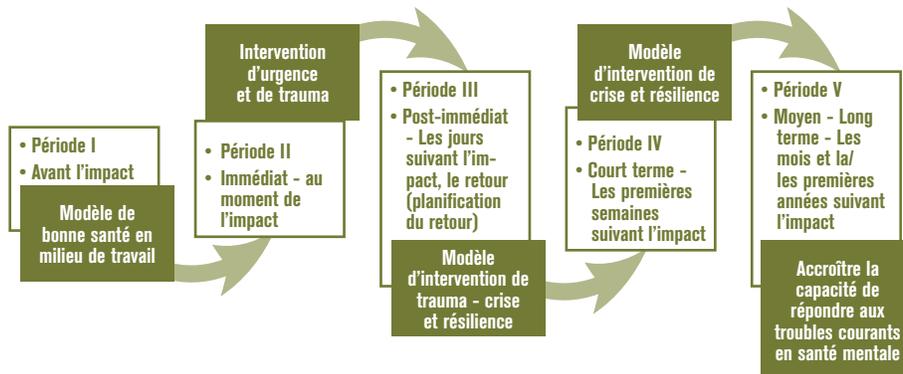
II- Les modèles théoriques pour orienter les actions sur une longue période

L'intervention, quelle qu'elle soit, doit toujours être guidée par un cadre théorique, lequel permet de justifier les choix d'intervention. Dans le cas d'une intervention à long terme s'orchestrant suite à un événement tragique, aucun modèle théorique unique ne permet de soutenir et d'orienter les actions sur une longue période. Nous proposons donc un programme basé sur la combinaison de plusieurs modèles théoriques, lesquels peuvent s'appuyer les uns sur les autres de manière séquentielle.

Ce programme propose, comme d'autres, un processus séquentiel dans le temps, divisé selon des sphères d'intervention spécifiques. Une combinaison de modèles théoriques permet de mieux conceptualiser les besoins étiologiques en fonction de chacune des périodes d'intervention. Puisque les personnes évolueront au fil du temps, il semble pertinent d'adopter les différents modèles théoriques afin de mieux répondre aux besoins des personnes à risque. Ainsi, les actions à poser et les acteurs nécessaires pour réaliser les interventions seront adaptés selon les périodes.

La période I (Avant l'impact)

Cette période s'appuie sur un modèle de milieu de travail en santé qui développe la résilience des individus, prévient l'écllosion des troubles mentaux et de toxicomanies en agissant sur les facteurs psychosociaux dans l'organisation du travail (Vézina *et al.*, 2004 ; *Institute of Health Economics & Mental Health Commission of Canada*, 2008). Certains modèles sont proposés pour les milieux professionnels, développés au Québec avec l'aide des milieux patronaux, syndicaux et l'Institut national de santé publique du Québec. Ils sont illustrés par la norme de santé au travail (BNQ, 2008). Cette norme propose la création d'un comité paritaire qui évalue l'état de santé et les facteurs de risque, avant de suggérer des interventions de promotion, prévention et de traitement pro-actif. Cette approche innovatrice implantée en milieu scolaire devrait toucher tant les étudiants que le personnel. Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec entretient actuellement l'idée d'implanter la norme BNQ (2008) pour les employés du ministère à Québec (MSSS, communication personnelle).



Avec cette gamme d'activités mises en place par un comité de santé au travail, les milieux scolaires seraient mieux préparés à des interventions d'urgence. De plus, un plan d'intervention cadre en cas de crise ou d'urgence, intégrant le plan d'intervention psychologique multimodal proposé ici devra être développé, rendu accessible à tous les établissements scolaires. Une formation constante devra être fournie. Au Québec, et sans doute dans d'autres provinces ou états nord-américains, chaque niveau scolaire (primaire, secondaire, collégial et universitaire) peut disposer de plans d'intervention différents; la plupart n'intégrant pas un plan d'intervention psychologique. Un tel plan d'intervention-cadre doit donc être développé par un comité interministériel de la province

En se basant sur les connaissances actuelles en matière d'intervention d'urgence et les résultats de recherches cliniques ayant démontré une efficacité de traitement, le programme proposé tient compte des propositions retrouvées dans d'autres programmes connus et bonifiés par des ajouts de l'étude réalisée au Collège Dawson.

Une utilisation urgente d'un plan d'intervention psychologique multimodal nécessite qu'un protocole ait déjà été planifié et préparé à l'avance.

Lors d'une intervention d'urgence, la priorité est de transmettre un sentiment de sécurité aux victimes le plus rapidement possible.

ou de l'état, impliquant les ministères de l'Éducation, du Loisir et du Sport, de la Santé et des Services sociaux, de la Sécurité civile et de la Justice. Les différents établissements scolaires, pour leur part, sont invités à se procurer « un plan d'intervention-cadre » lors d'incident critique (plutôt que de développer un nouveau programme pour chaque établissement) et à s'assurer de leur capacité à réaliser un tel programme dans leur milieu.

Une utilisation urgente d'un plan d'intervention psychologique multimodal nécessite qu'un protocole ait déjà été planifié et préparé à l'avance. Dans le cadre de cette période de planification les établissements verront à : (1) la formation du personnel pour les besoins logistiques et psychosociaux, (2) au maintien des protocoles d'urgence à travers le passage du temps, (3) s'assurer, auprès des Centres locaux et régionaux de santé et de services sociaux, d'avoir accès au matériel nécessaire (des trousseaux d'intervention psychologiques), (4) au maintien des liens avec les partenaires qui auront à intervenir si un plan d'urgence devait être déclenché.

La période II (L'impact)

La période II est la période de l'impact, la période durant laquelle le plan d'intervention d'urgence doit être déclenché. Les modèles d'intervention d'urgence et de traitement post-traumatique doivent prendre préséance lors de cette période : secourir les personnes en danger, sécuriser les individus et les lieux, combler les besoins pratiques et accueillir la vague (*surge*) de personnes qui convergent sur les lieux pour recevoir de l'aide ou pour s'informer d'un proche doivent être les priorités d'intervention. Les soins aux victimes et aux proches sont évidemment les priorités.

Il s'agit d'une période d'intervention policière ou l'intervention d'urgence, médicale et psychosociale, vise à apporter une réponse immédiate aux personnes ayant été blessées physiquement et psychologiquement. Des modalités d'urgence différentes sont prévues dans les heures et les jours suivant un événement traumatique. Les interventions des premiers moments sont souvent coordonnées avec les services d'urgence (services policiers, services d'urgence médicale, etc.) et visent à assurer une aide médicale immédiate aux personnes blessées, à sécuriser les lieux, etc. Les établissements hospitaliers sont souvent submergés par l'arrivée de victimes et par l'arrivée de centaines de proches qui cherchent à obtenir des informations au sujet d'un des leurs proches lors de périodes comme celles-ci. Ici les établissements doivent intégrer à leur code d'urgence médical (code orange), un code d'urgence psychologique pour soutenir les membres de l'entourage qui apprendront soit le décès ou l'état de santé précaire d'un proche, et les personnes traumatisées psychologiquement qui s'y présenteront. Les familles, les proches, les visiteurs et les curieux doivent être séparés par sous-groupes. Des directives claires doivent être données à l'ensemble des personnes se massant aux abords des hôpitaux. Des salles séparées doivent être prévues pour les familles, pour les blessés légers et pour les traumatisés psychologiques. Un soutien psychologique et social doit être apporté aux proches et aux victimes en tout premier lieu. La confidentialité des lieux doit aussi être assurée.

L'intervention psychologique et l'intervention de soutien, lors de ces premiers moments, prendront souvent des formes de soutien émotionnel informel, autour de la gestion de l'urgence : il faut combler les besoins de soutien formels en déterminant un lieu pour recevoir les personnes qui fuient dans tous les sens, prévoir des couvertures chaudes, des téléphones pour ceux qui souhaiteraient rejoindre un proche, etc. Lors d'une intervention d'urgence, la priorité est de transmettre un sentiment de sécurité aux victimes le plus rapidement possible. Il s'agit d'être présent pour assister les personnes exposées à l'événement critique. Ces personnes doivent être éloignées le plus vite possible des lieux ou être tenues informées de l'avancement des secours, notamment lorsque des proches sont impliqués. Lors de cette première période, il est souvent assez difficile de planifier des services psychologiques d'envergure, car les personnes ayant été au centre d'un tel événement cherchent plus souvent à fuir pour se retrouver dans un lieu sécuritaire. Les interventions psychologiques auront donc une plus grande importance au moment de la prochaine période.

La période III (Post-immédiat)

Durant la période III, c'est-à-dire les jours suivant l'impact, les interventions proposées doivent être guidées selon un modèle d'intervention et de gestion de crise, de trauma et de résilience afin

d'assurer la recherche et un suivi proactif des personnes reconnues à plus haut risque de trauma psychologique (The International Crisis Response Network (ICRN)). Ce modèle, développé par The International School Psychology Association (Jimerson *et al.*, 2005) vise la réappropriation des lieux, le retour en classe, l'identification de sous groupes à risque, etc.

Après la période d'impact, le retentissement des événements devient plus réel. Conséquemment, des réactions de stress temporaires peuvent être assez fréquentes et normales, lors des premiers jours suivant une tragédie. Un des principes de base du volet psychosocial en sécurité civile est que les personnes ont des capacités à composer avec une situation stressante : la grande majorité des membres de la communauté académique auront des réactions de stress temporaires et seront en état de déséquilibre, mais la majorité d'entre eux auront les ressources internes et externes nécessaires afin de faire face au sinistre. La plupart des personnes affectées auront recours à des moyens de compensation et auront une perception réaliste de l'événement, un réseau de soutien social approprié et les capacités d'adaptation requises.

Par contre, certaines personnes n'auront pas les ressources individuelles et sociales pour faire face à ces événements et les réactions initiales de stress ne s'estomperont pas. Ces personnes devront être identifiées par des activités de dépistage et une aide sur un mode de *reaching-out* devra être offerte. L'enquête et les groupes de discussion menés auprès du personnel et des étudiants du Collège Dawson permettent de confirmer que plus la proximité était grande avec le tireur, plus le risque de trauma psychologique augmentait. Par ailleurs, les personnes ayant déjà connu des problèmes de santé mentale étaient plus à même d'être affectées. Nous spécifierons plus loin les groupes primaires, secondaires et tertiaires plus à risque. Des stratégies systématiques de dépistage, de démarchage et de suivi proactif, des groupes les plus à risque et l'identification d'un intervenant pivot (gestionnaire clinique de cas) seront également présentées.

C'est durant cette période que les activités de réappropriation des lieux se mettent en place dans un contexte de stress. En général la mise en place d'activités de réappropriation vise à soutenir la résilience des individus en reconnaissant que la communauté est et sera plus forte que la tragédie qu'elle vient de vivre. L'objectif de l'intervention psychosociale est de supporter le rétablissement de l'équilibre émotionnel. Elle cherche donc à favoriser les sentiments de sécurité, de confiance, de compétence, d'estime de soi, d'autonomie et d'affirmation de soi ainsi qu'à encourager le processus d'intégration de l'événement. À travers ces activités de résilience, la mise en place d'activités d'informations peut déjà être introduite : donner de l'information quant à des signes et symptômes associés à des risques de troubles de stress post-traumatiques, de dépression, etc. ; donner des indications quant à la présence de services psychologiques ; encourager les personnes à consulter.

Lors de cette période, la plupart des personnes, dépasseront l'état de stress temporaire avec le soutien de leurs pairs, de leur famille, etc. Par contre, un certain nombre d'individus ne pourront pas dépasser l'état de stress temporaire et développeront des réactions de stress aigu et, possiblement, des réactions de stress post-traumatique. Il sera nécessaire lors de ces premiers jours de commencer à faire l'identification des sous-groupes à risque. Ainsi avec le soutien d'enseignants, de directeurs, d'intervenants psychosociaux, il sera possible d'élaborer une première liste des sous-groupes à risque et d'établir une règle de vigilance à l'égard des individus présentant certains symptômes et facteurs de risque.

Les intervenants de l'établissement (professeurs, directeurs, professionnels de santé mentale, employés de soutien, etc.) devront avoir été rencontrés, avoir reçu des documents d'information, avoir été soutenus et dirigés avant l'arrivée des étudiants dans l'établissement. Il est important de pouvoir compter sur les adultes qui pourront et devront transmettre un sentiment de bienveillance et de protection à la communauté académique. Par contre, ces adultes doivent également avoir des ressources et bénéficier du soutien pour faire face, dans certains cas, à leur propre vulnérabilité et/ou pour soutenir les collègues et les élèves dans d'autres cas.

Lors de ces premiers moments, l'intervention psychosociale se doit d'être « de terrain » et non « de cabinet » (Martel, 2000). Les intervenants doivent pouvoir proposer leurs services en se mêlant aux étudiants et en proposant un engagement à des activités appropriées telles que des séances d'information et des rencontres pour parents, à des séances spécifiques pour les personnes



En général la mise en place d'activités de réappropriation vise à soutenir la résilience des individus en reconnaissant que la communauté est et sera plus forte que la tragédie qu'elle vient de vivre.

Des stratégies de consultation sur internet pourraient être des outils essentiels à développer et à mettre en place auprès des communautés pour informer sur les conséquences potentielles et les services bio-psycho-sociaux disponibles suite à de telles tragédies.

ayant été témoins directs, etc. Ainsi commence l'identification des sous-groupes à risque. Cette première identification de sous-groupe d'individus permettra déjà d'identifier les interventions psychologiques à mettre en place. Pour les personnes ayant été exposées plus sévèrement à l'événement, il faut procéder à une évaluation plus élaborée. La planification de ce type de rencontre permettra le suivi des personnes potentiellement à risque.

Des services d'intervention psychologiques pourront être offerts, sur demande, sur les lieux de l'établissement. Ainsi, des formulaires d'identification et un registre de personnes sollicitant un entretien permettront de faire un suivi dans les semaines suivant la tragédie.

Enfin, à cette période, il peut être important, en fonction du milieu, de développer des services de soutien, d'information et de référence pour les parents, les familles et les proches. Également des stratégies de consultation sur internet pourraient être des outils essentiels à développer et à mettre en place auprès des communautés pour informer sur les conséquences potentielles et les services bio-psycho-sociaux disponibles suite à de telles tragédies.

La période IV (Les premières semaines post-trauma)

La période IV inclut le court terme, c'est-à-dire les premières semaines suivant la tragédie. Les interventions y sont proactives : elles visent à dépister et intervenir dans les cas de troubles aigus et vise l'intervention de crise. Ici, il est nécessaire de cibler les personnes ayant des troubles de stress aigus, de stress post-traumatiques et de dysfonctionnement afin d'accroître la capacité d'*empowerment* et de résilience à l'ensemble de la communauté.

Après l'impact, les stratégies de coping ou d'adaptation seront utilisées avec des résultats variables. Chez certains individus, les capacités d'adaptation seront dépassées à cause de l'ampleur des événements et ils n'arriveront pas à trouver des stratégies permettant de conserver ou de revenir à un niveau d'équilibre. Cela peut conduire au développement de stress aigu ou à des réponses de stress post-traumatique. Lorsque l'état d'équilibre est dépassé et que les personnes sont dans un état de vulnérabilité, celles-ci pourront tenter, pendant un temps, de maintenir un certain niveau de fonctionnement en utilisant des stratégies compensatoires à court terme. Cependant, cela pourra créer des difficultés supplémentaires à moyen ou long terme : ne pensons qu'à des stratégies comme l'utilisation d'alcool, de drogues. L'exacerbation de troubles anxieux ou dépressifs, de l'irritabilité ou de l'agressivité, peut être des manifestations également de difficultés d'adaptation. Ces personnes pourront développer graduellement un état de crise ou des troubles de santé mentale dont des troubles anxieux, des troubles d'adaptation et de l'humeur, des troubles d'abus et de dépendances aux substances. Pour toutes ces raisons, il est important de maintenir la présence de soutien sur une longue période. Ainsi, la présence de la cellule d'action médicale et psychologique pourra aider les membres de la communauté scolaire à identifier de manière spécifique, les facteurs de risques et les sous-population vulnérables et à identifier ceci sur une longue période en tenant compte de l'évolution des difficultés et de la symptomatologie des problèmes de santé mentale qui se développeront au fil du temps.

Il est essentiel, à cette période, de mettre en place des activités de suivi : développer des activités d'*outreach*. On pense, entre autres, aux personnes qui sont venues consulter, mais n'ont pas donné suite; aux victimes qui doivent demeurer à l'hôpital ou à leur domicile; aux personnes qui étaient hospitalisées et qui réintègrent l'école plusieurs semaines après; aux individus qui sont identifiés par les enseignants ou par un pair comme pouvant être à risque; aux étudiants absents ou ayant abandonnés les études, etc.

Des activités de littéracie sociale, qui permettent une meilleure connaissance des différents aspects de la santé mentale, doivent être mises en place et réactivées régulièrement. Elles sont d'ailleurs prévues dans le comité santé et bien-être proposé dans la norme BNQ (2008). Des activités de littéracie sociale peuvent se réaliser dans les classes, permettant une discussion en petits groupes et possiblement faire en sorte que certains individus puissent s'auto-identifier. La mise en place d'activités de dépistage sur ordinateur peut aussi s'avérer une avenue prometteuse non seulement pour les étudiants, mais aussi pour les membres du personnel. Ces activités de dépistage, par voie électronique, peuvent se réaliser de manière interactive avec un intervenant psychosocial qui pourra engager les personnes vulnérables vers les services de santé mentale.

Le maintien de services psychologiques sur le campus est également important afin permettre un accès facile et immédiat de l'aide à procurer. Une passerelle vers les services spécialisés en santé mentale doit aussi être planifiée afin de référer certaines personnes ayant une situation plus complexe.

La période V (Période de vigilance long-terme)

La période V s'étend sur le long terme, soit les mois et les années suivant la tragédie. Elle s'appuie sur la capacité du milieu à accroître la capacité de répondre aux troubles mentaux courants en milieu scolaire ou en milieu de travail. Le maintien d'un milieu en santé s'appuie sur l'approche holistique de la santé et de la santé mentale, la reconnaissance des facteurs de risque dans l'environnement de travail (Vézina *et al.*, 2004 ; BNQ, 2008) et la gestion thérapeutique des troubles mentaux courants selon le modèle de maladie chronique (*Institute of Health Economics & Mental Health Commission of Canada*, 2008).

Un programme équilibré d'intervention psychologique devra transmettre le sentiment d'empowerment et devra faire confiance à la résilience des jeunes et du personnel scolaire sans être trop confiant que tous s'en sortiront avec le temps. Ainsi, un juste regard entre une perspective positive de la résilience et une perspective de la reconnaissance de la présence de vulnérabilités individuelles est nécessaire.

Des activités de littéracie sociale et une attitude de vigilance permettront de poursuivre des activités de dépistage et de favoriser des initiatives de marketing social, d'auto-dépistage des étudiants vulnérables durant de nombreux mois suivant la tragédie. Il sera nécessaire de varier l'offre des interventions en fonction du moment auquel il est possible de voir apparaître des difficultés de santé mentale. La formation et la compétence des intervenants seront garantes de la capacité qu'ils auront de dépister, d'évaluer et de mettre en place les interventions appropriées pour les groupes à risque identifiés.

III- Philosophie des actions en cas de fusillade en milieu scolaire

Un plan d'intervention développé par les ministères nationaux ou d'état, diffusé, intégré et enseigné constamment

Au Québec, le volet psychosocial est inclus dans l'organisation des services en situation d'urgence depuis le début des années 1990, soit suite à la tuerie de l'École Polytechnique en 1989. À cette époque, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec développait un modèle d'organisation des actions sociosanitaires dans le cadre des mesures d'urgence en sécurité civile (MSSS 1994a, b ; Laurendeau, Labarre & Sénécal, 2007). Ainsi, la Loi sur la sécurité civile, adoptée en 2001, confiait au ministère de la Sécurité publique du Québec un rôle d'encadrement incluant le mandat d'élaborer et de maintenir le Plan national de sécurité civile et le pouvoir de déclarer l'état d'urgence national.

Il est irréaliste de demander à chaque école de développer un programme individuel et de le maintenir à jour au fil des années pour éventuellement faire face à un événement. Puisqu'il existe un lieu fixe de responsabilité, il revient au Gouvernement du Québec de mandater le ministère de la Sécurité publique et de développer un plan commun pour l'ensemble du Québec. Ce plan commun devrait être développé conjointement avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Justice (et leur équivalent dans d'autres provinces ou états nord-américains).

Un guide à l'intention des établissements scolaires devra être diffusé et il devra proposer des activités aux milieux d'éducation en guise de préparation, développer des outils communs qui pourraient être partagés et diffusés aux institutions québécoises sans que toutes les institutions aient à développer les mêmes outils sur une base individuelle. L'adoption, par les établissements scolaires, de la norme milieu de travail en santé (BNQ, 2008) créerait par ailleurs un état croissant de préparation et de résilience accru pour soutenir une crise et réduire les conséquences psychologiques

Un programme équilibré d'intervention psychologique devra transmettre le sentiment d'empowerment et devra faire confiance à la résilience des jeunes et du personnel scolaire sans être trop confiant que tous s'en sortiront avec le temps.

Des activités de littéracie sociale qui permettent une meilleure connaissance des différents aspects de la santé mentale, doivent être mises en place et réactivées régulièrement.

Un guide à l'intention des établissements scolaires devra être diffusé et il devra proposer des activités aux milieux d'éducation en guise de préparation. Développer des outils communs [...]

néfastes. La sécurité civile devra veiller à ce que les plans d'intervention psychologique soient appliqués sur le long terme et que les établissements fassent, de manière répétitive pendant les premières années après un incident critique, des activités en vue d'augmenter la littéracie sociale, des activités de dépistage et des activités d'*outreach*.

Au moment de la crise : développement d'une équipe de gestion de crise et nomination, par les ministères, d'un intervenant expert en intervention de crise à court et long terme.

L'évaluation du plan d'intervention psychologique d'urgence (Roy et al., 2010) nous apprend comment une équipe de gestion de crise formée de la direction générale, des responsables des communications et des études a été constituée au Collège Dawson. Cette équipe était soutenue par des psychiatres du département de psychiatrie local qui s'avérait avoir aussi une expertise en intervention de crise en situation de catastrophe. Cette expertise a d'ailleurs été reconnue par l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal.

Adopter une philosophie d'action à géométrie variable entre l'immédiat, le court et long terme.

Certains objectifs s'appliquent tout au long de la mise en place du programme par l'équipe de gestion de crise. La philosophie d'intervention doit être discutée préalablement; elle doit être claire et comprise par tous afin d'être maintenue et partagée. Ce détail revêt une importance particulière puisque la philosophie guidera les choix des interventions à réaliser. Cette philosophie doit être constamment clarifiée tout au long de la mise en place du programme afin que tous puissent s'y référer et que les choix d'interventions soient clairement compris à la lumière de ces valeurs partagées. La coordination et le maintien des activités permettront à l'équipe de gestion de crise d'avoir une vision du développement des difficultés de santé mentale au fil du temps. Cette vision permettra de comprendre quels sont les sous-groupes d'individus qui pourraient développer des vulnérabilités et à quelles périodes, afin de mettre en place des interventions appropriées à moyen et à long terme. Ainsi, ces activités et les équipes qui en sont responsables doivent être coordonnées les unes avec les autres afin d'assurer que les ressources nécessaires soient disponibles et s'adaptent selon le moment. Tenir compte des sensibilités culturelles pourra être plus important dans certaines communautés : des aspects associés au deuil, aux rituels et à certaines activités de commémoration devront faire l'objet de sensibilité de la part de toute la communauté scolaire. Il faudra évaluer les interventions constamment et les ajuster au besoin du milieu. Aucun programme ne permet d'établir, avec exactitude, les interventions à assurer et de déterminer, à l'avance, les moments durant lesquels ces interventions devront se réaliser. Malgré un certain niveau de préparation, les interventions psychologiques seront déterminées par les cliniciens (psychologues, psychoéducateurs, travailleurs sociaux, médecins, etc.) qui devront mettre à profit leurs compétences et leur jugement clinique afin de choisir les interventions les mieux adaptées à la situation. Ainsi, il est essentiel d'évaluer constamment les situations avant de déterminer les interventions à mettre en place. Les personnes responsables devront faire des bilans régulièrement et partager ces résultats en vue de coordonner, continuellement, les activités afin d'assurer une flexibilité à travers les types et les lieux d'interventions.

Il est important de soutenir le corps professoral et le personnel : avoir le souci de soutenir tous les membres du personnel, indépendamment que ceux-ci soient des employés permanents ou des employés issus d'agences de service. Il ne faut oublier personne ! Octroyer un rôle à tout le monde dans le processus de rétablissement et de réappropriation est, sans doute, le meilleur moyen d'assurer le partage de valeurs communes. Aussi, le personnel enseignant, le personnel de soutien et le personnel de direction, bien qu'ils aient autant été touchés que les étudiants au cours de cette tragédie, auront un rôle de soutien, d'encadrement et de protection à maintenir pendant de nombreux mois. Il est donc essentiel de prévoir des activités permettant de les soutenir. Ceci permettra de maintenir une atmosphère saine et positive et de réitérer l'importance des valeurs partagées tout au long de la mise en place du programme d'intervention psychologique.

Enfin, il est important que chaque programme ait un volet d'intervention auprès des proches et des familles qui jouent un rôle d'aïdant naturel majeur. Le rôle de ces familles peut également être un atout important dans la qualité du climat social de l'école et dans le rétablissement du milieu scolaire. Ces familles peuvent avoir un rôle de leadership politique en lien avec la prévention sociale de la violence.

IV- Les personnes à associer : l'identification de sous-groupes à risque

Sans être en mesure de savoir, à l'avance, quels individus seront susceptibles de développer des difficultés d'adaptation suite à une exposition directe ou indirecte à un événement tragique, certains éléments peuvent permettre d'identifier des groupes à risque. Il s'agit, entre autres, des personnes ayant été exposées directement à l'événement tragique, des personnes ayant ou ayant déjà eu des troubles psychosociaux ou des troubles mentaux (incluant les troubles addictifs et les comportements autodestructeurs et suicidaires) et des personnes plus vulnérables et fragiles aux difficultés de la vie et ayant des limites quant à l'utilisation de stratégies de *coping*. Ces personnes pourront avoir plus de difficultés à réagir au stress supplémentaire associé à l'événement tragique.

Avec de jeunes adolescents et de jeunes adultes, il importe de considérer le sentiment d'invulnérabilité propre à ce stade de développement. Des défis particuliers se poseront en fonction de l'âge et du stade de développement dans lequel les personnes se situeront. Entre autres les jeunes adultes vivent un phénomène de distanciation des figures adultes, particulièrement des figures parentales. Ainsi, les demandes d'aide peuvent être difficiles à exprimer et plus difficiles à reconnaître au cours de cette phase du développement. Lorsqu'exposé à un événement traumatique, le sentiment d'invulnérabilité peut s'effondrer subitement et laisser les personnes plus fragiles, avec peu de moyens pour faire face à l'adversité. Le manque d'expérience à faire face à des situations d'adversité conjugué au manque de maturité peut contribuer à rendre l'évaluation des difficultés inadéquate. Il peut ainsi devenir difficile, pour un jeune, de faire la distinction entre les difficultés qui se résoudront sans interventions de celles qui sont en train de se chroniciser et qui nécessitent une demande de consultation psychologique. Ce manque de connaissance fait en sorte que plusieurs jeunes sous-estiment leurs difficultés, attendent trop longtemps ou hésitent à faire une demande d'aide croyant, à tort, que les difficultés qu'ils vivent s'estomperont avec le temps. Ainsi, un programme basé sur l'identification de groupes potentiellement à risque permettrait de développer des stratégies de dépistage multiples sur une longue période.

Pourtant, les troubles mentaux sont prévalents chez les enfants et adolescents (Breton *et al.*, 1999; Santé-Québec, 1993) : de 10 à 15 % sont affectés de troubles extériorisés (ex. : déficits de l'attention et hyperactivité, troubles des conduites) ou intériorisés (ex. : phobies, anxiété, dépression) et une minorité recevra de l'aide, surtout du milieu scolaire. À mesure que l'adolescence progresse, les troubles intériorisés dominent, plus prévalents chez les filles, et les troubles avec consommation de substances, chez les garçons, s'ajoutent et les deux sont moins à même de consulter pour ces problèmes, comme c'est le cas chez les adultes. Chez les adultes, la prévalence des troubles mentaux et des toxicomanies est équivalente (près de 10 à 15 %) et la majorité ne consulte pas et, s'ils le font, c'est auprès des services de première ligne comme les médecins de famille et les psychologues en bureau privé (Kairouz *et al.*, 2008). Dans l'enquête menée au Collège Dawson, la prévalence des troubles mentaux et toxicomanies avant la fusillade était équivalente et le recours aux services comparable. Après la fusillade, il y aura augmentation des troubles mentaux et toxicomanies, des manifestations d'agressivité chez les hommes et de victimisation chez les femmes, et un recours aux services comparable sauf pour l'utilisation de l'internet comme source d'information (Boyer *et al.*, 2010).

Différentes stratégies peuvent être utilisées afin de cibler les groupes à risque. Cependant, le niveau d'exposition ou de proximité avec l'événement traumatique peut être une stratégie efficace. En fonction des groupes cibles, différents types de difficultés peuvent survenir à court et à moyen terme. Entre autres, les sous groupes de personnes identifiées peuvent être à risque de développer des troubles mentaux compte tenu :

- des difficultés à faire face aux réactions de stress et pourront développer des problèmes de stress aigu ou de stress post-traumatique ;
- du manque d'habileté de coping et ainsi certaines personnes seront plus vulnérables au développement de crise personnelle, de crise suicidaire ou de comportements agressifs ;
- des réactions complexes face au deuil par le développement ultérieur d'une réaction de deuil pathologique ;

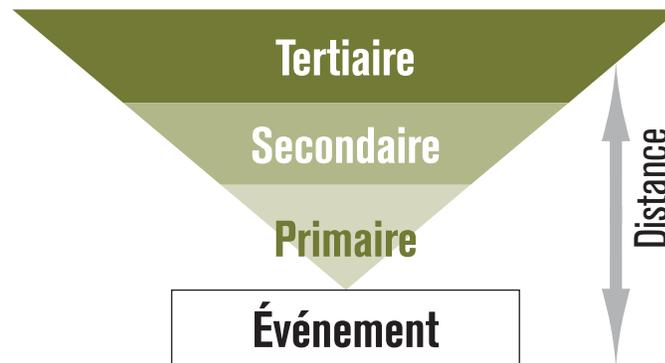


Sans être en mesure de savoir, à l'avance, quels individus seront susceptibles de développer des difficultés d'adaptation suite à une exposition directe ou indirecte à un événement tragique, certains éléments peuvent permettre d'identifier des groupes à risque.



- de l'exacerbation de troubles mentaux qui étaient présents avant le traumatisme ou au développement de troubles mentaux suite à l'exposition à ce traumatisme récent ;
- des difficultés de santé mentale comme des troubles de l'humeur, anxieux ou de dépendances, des manifestations d'agressivité ou une vulnérabilité à la victimisation peuvent s'ajouter aux difficultés qui pourront se développer à court et à moyen terme.

Basé sur cette catégorisation de sous-groupes et sur la preuve, lors de l'étude suite à la fusillade au Collège Dawson, confirmant que le risque de trauma psychologique s'accroît avec la proximité de la violence, il pourra être nécessaire de concevoir des interventions spécifiques pour les groupes suivants : le groupe primaire, le secondaire et le tertiaire.



Primaire :

- I. Les personnes blessées physiquement ainsi que leur famille, les amis et proches des personnes décédées ou blessées ;
- II. Les personnes ayant été sur les lieux et qui ont été exposées directement à la tragédie (les témoins directs).

Secondaire :

- III. Les personnes ayant déjà des troubles de santé mentale, des personnes à risque de comportements suicidaires ou agressifs ;
- IV. Les personnes ayant été exposées par leur travail de relation d'aide ou de soutien administratif ou pratique (ex. : les personnes ayant procédé au nettoyage physique des lieux après la tragédie).

Tertiaire :

- V. Les personnes sur les lieux, mais pas directement exposées (les témoins indirects);

Une configuration hétéroclite de personnes

Dans la tragédie survenue au Collège Dawson en 2006, il y a eu le décès d'une jeune femme, du tireur et plusieurs blessés. Lors d'autres événements semblables, aux États-Unis ou ailleurs, le nombre de personnes décédées et blessées fut plus élevé. Dans certains cas, des membres de la famille endeuillée ont dû poursuivre leur scolarité dans la même école où la fusillade a eu lieu. Dans d'autres cas, la personne ayant commis les meurtres, était extérieure à l'école alors que dans d'autres circonstances elle était connue de l'école, pouvait avoir fréquenté l'école et y avoir des amis ou de la fratrie. Ainsi, une configuration hétéroclite de personnes doit continuer de se côtoyer et un programme d'intervention psychologique doit tenir compte des besoins des familles décédées, des personnes blessées physiquement et psychologiquement, voir même des besoins des personnes proches du tueur. Soutenir toutes les personnes vulnérables doit être une valeur commune partagée par les intervenants responsables des interventions psychosociales et psychologiques.

Le contexte particulier des personnes blessées et des familles en deuil

Ainsi, plusieurs personnes peuvent se retrouver blessées ou en deuil, avoir du mal à fonctionner à cause d'atteintes physiques ou cognitives et avoir du mal à conserver le niveau d'attention, de

concentration nécessaire pour poursuivre les cours et le travail normalement. Une connaissance de l'adaptation au deuil et des distinctions entre l'adaptation saine et la complexification du deuil est nécessaire afin de cibler et d'aider une personne vivant une période de deuil complexe, tout comme la compétence à identifier et à évaluer l'ensemble des difficultés courantes de santé mentale.

Le soutien auprès des personnes blessées est également essentiel. Ces personnes, qui ont été blessées alors qu'elles étaient dans un milieu sécuritaire, auront besoin de soutien. En raison des séquelles, certains jeunes devront modifier totalement le cours de leur vie. Les évaluations cliniques des personnes blessées lors de la fusillade au Collège Dawson laissent entrevoir la présence de multiples difficultés importantes pour ces personnes et leur famille : difficultés d'ordre physique, psychologique, social, académique, financière, etc. La fratrie et les amis doivent aussi faire l'objet d'attention spécifique et soutenue. Nous devons étendre ces considérations aux familles et faire en sorte que les interventions puissent soutenir toutes les familles. Dans le cadre des entrevues réalisées pour compléter ce projet de recherche, nous avons été particulièrement sensibles au drame et la souffrance des familles endeuillées et des familles dont les proches ont été blessés. Perdre quelqu'un subitement, dans des circonstances aussi brutales et violentes, est, pour les proches, une situation injuste et incompréhensible de laquelle il est difficile de se relever. Lors de nos entretiens, les familles ont reconnu avoir vécu des états de désorganisation pendant de nombreux mois ou années suivant le drame. Ils doivent négocier avec leur propre peine, celle de leur famille et de leurs enfants, des amis de l'enfant décédé ou blessé, de la famille étendue, des voisins, etc. Ils doivent souvent affronter l'insistance des médias, la complexité du système juridique, le manque de moyens financiers, la désorganisation du milieu familial, etc. Si les offres de soutien et de services sont nombreuses au cours des premiers jours suivant le drame, à un moment où les proches sont souvent dans un état d'engourdissement et ont du mal à comprendre toutes les informations qui pleuvent sur eux, malheureusement peu de temps après la tragédie, le soutien se raréfie et les familles sombrent alors dans l'oubli général. Effectivement, peu d'organismes ont le mandat de maintenir des contacts à plus long terme avec les familles, si bien qu'après quelques semaines, celles-ci se retrouvent seules, sans forces, à devoir prendre des décisions multiples et importantes. Les familles ont été nombreuses à évoquer avoir eu besoin d'un soutien de type case management, qui permettrait une intervention systémique de la part du milieu.

Le milieu scolaire ne pourra ni ne devra prendre en charge toutes ces démarches. Ainsi, le plan d'intervention psychologique devra prévoir, à l'avance, des protocoles d'entente avec des organismes sur le plan local, régional et national lesquelles devront également soutenir le milieu scolaire et proposer des interventions hors du milieu scolaire, à court et à long terme. Ainsi, nous recommandons une approche de hiérarchisation des soins telle que recommandée pour la gestion des maladies chroniques en première ligne et de coordination des services de type case management clinique pour les personnes blessées physiquement, les témoins immédiats et leurs proches. Cette combinaison d'approches permettra de soutenir les personnes les plus vulnérables de façon proactive sur le long terme.

V- L'équipe de gestion de crise

Les activités d'élaboration d'un protocole d'intervention psychologique multimodal doivent débiter par la formation de l'équipe de gestion de crise autour de la direction de l'école, soutenue par un expert de l'extérieur en intervention de crise en cas de catastrophe identifié et payé en concertation avec les autorités régionales ou provinciales de l'éducation et de la santé. Elle s'associera avec des responsables des différentes cellules d'action décrites plus loin. Cette équipe servira à développer et à coordonner le plan d'intervention d'urgence.

Cette équipe regroupe le directeur de l'établissement, certains cadres (qui pourront, en fonction de leurs expertises professionnelles, avoir la responsabilité des cellules d'action de crise dont des intervenants psychosociaux de l'établissement), des intervenants extérieurs à l'établissement, dont l'expert en intervention psychologique de crise suite à une catastrophe, des responsables des centres locaux ou régionaux de santé, des agents de liaison avec les établissements hospita-

Les activités d'élaboration d'un protocole d'intervention psychologique multimodal doivent débiter par la formation de l'équipe de gestion de crise autour de la direction de l'école, soutenue par un expert de l'extérieur en intervention de crise [...]

liers ayant reçu les blessés, une personne responsable de la logistique et de la sécurité qui sera en lien avec les équipes d'urgence policières ou ambulancières, le responsable du comité santé au travail, s'il a été créé au préalable par l'établissement, ou des responsables des conseillers psychologiques dont pourrait disposer l'école. Cette équipe de gestion de crise coordonnera l'ensemble des activités, de la planification au suivi long terme. Cette équipe devra faire des rencontres régulièrement afin d'évaluer les actions qui ont déjà été mises en place et de planifier les étapes subséquentes.

Dans un deuxième temps, il est nécessaire d'identifier et de planifier, au sein de cette équipe, les rôles que chacun aura à assumer et cela pour toutes les étapes de la mise en place de ce plan d'intervention multimodal. Ces rôles peuvent être distribués selon des sphères de responsabilités ou selon d'autres logiques propres à chaque milieu.

Les quatre cellules d'actions de crise sont :

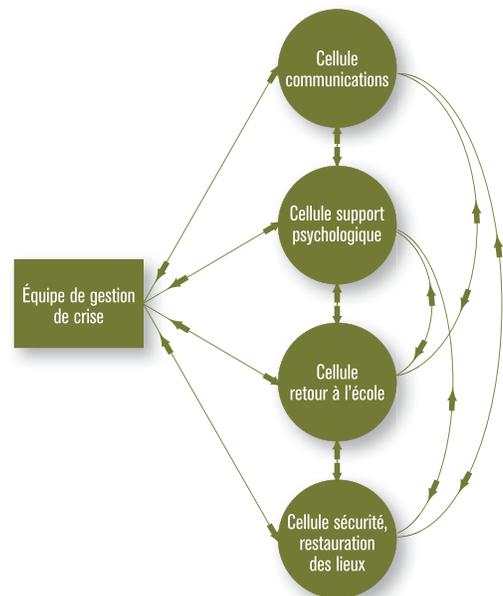
1. Soutien médical et psychologique
2. Communications
3. Sécurité / restauration des lieux
4. Logistique du retour à l'école et activités de psychoéducation.

Chaque cellule d'action de l'établissement a le rôle de se coordonner avec les groupes externes.

Bien que chaque cellule ait des responsabilités distinctes, les frontières de responsabilité sont très floues. Il est donc essentiel que ces quatre cellules soient en interaction constante. Par exemple, la logistique du retour à l'école et les communications sont grandement influencées par l'importance des aspects psychologiques.

Cellule d'action de coordination médicale et psychologique

Cette cellule est identifiée en premier lieu, car elle sera la première à collaborer avec les équipes des urgences des centres hospitaliers où seront dirigées les victimes blessées physiquement ou psychologiquement et où se dirigeront leurs proches, amis, etc. Parmi les interventions à réaliser, mentionnons les interventions d'urgence médicales, l'accueil des vagues de personnes, le suivi des personnes blessées, la mise en place du case management pour les personnes blessées et leurs familles, etc. Cette équipe regroupe l'infirmière scolaire, les médecins, un psychiatre répondant du département de psychiatrie hospitalier, le responsable de l'intervention psychosociale selon le code orange de l'établissement hospitalier et les intervenants psychosociaux de l'hôpital de la région ou du quartier prévus dans le volet intervention psychosociale du code orange des établissements hospitaliers.



le volet intervention psychosociale du code orange des établissements hospitaliers.

Cette équipe aura ensuite la coordination psychologique à assumer les activités suivantes : formation du personnel scolaire lors de la phase de préparation, encadrement psychologique de la communauté académique, évaluations diagnostiques, interventions cliniques, suivis, etc. Cette équipe regroupe les psychologues de l'école, les psychologues du CSSS, des psychologues de l'hôpital, un cadre du milieu académique connaissant bien les étudiants, etc.

Cellule d'action des communications

Cette cellule est responsable du lien avec les médias. Ici, le terme « médias » doit être pris au sens large et doit inclure toutes les formes de communications : médias publics, médias scolaires, radio publique, radio étudiante, etc. Toutes les formes de communications internet doivent aussi être incluses. Les étudiants et le personnel du Collège Dawson ont été des utilisateurs de communications électroniques afin de s'échanger de l'information tout au long de cette tragédie : dès le moment de la fusillade pour ceux qui étaient enfermés dans des bureaux et dans les jours suivants pour obtenir de l'information. Ainsi, cette cellule doit avoir des responsabilités variées qui évolueront avec le temps.

Cellule d'action pour la sécurité et la restauration des lieux

Cette cellule est généralement préparée à l'avance pour une situation de crise. Elle sera responsable des interventions dans l'urgence, de déclencher les plans d'évacuation, de distribuer une trousse d'intervention de crise, d'organiser le lieu du triage, de mettre en place un hébergement et un lieu de soutien aux étudiants seuls et isolés, de planifier le nettoyage et la réappropriation des lieux, etc. Comme pour l'intervention médicale d'urgence, il est question, ici, d'une intervention logistique d'urgence. Cette équipe regroupe le directeur de la sécurité de l'établissement, un agent des Forces de l'Ordre, des intervenants psychosociaux de l'école, le responsable des services techniques de l'établissement, etc.

Cellule d'action du retour à l'école et des activités de psychoéducation

Cette cellule doit avoir comme tâches de maintenir un climat de sécurité, de planifier les activités de commémorations et de planification de l'information académique. Maintenir un lien direct entre les étudiants et l'établissement sera important afin de répondre aux questions et demandes venant des étudiants. Dans le même ordre d'idée, maintenir le lien entre la direction et le personnel académique sera tout aussi important : il faut s'assurer que les décisions prises par l'administration soient bien communiquées au personnel scolaire et qu'un lien de dialogue demeure tout au long du processus de rétablissement. Ces interventions doivent se réaliser à plus long terme et sur une longue période. Cette cellule regroupe des cadres, des professeurs, des étudiants, etc. Elle devra faire une utilisation judicieuse et constante du site Web de l'établissement et d'autres sites fréquentés ou créés par les étudiants, leurs proches et le personnel.

Cette cellule aura aussi à assurer les liens avec le personnel scolaire et le personnel administratif. Elle devra prendre en charge les activités de littéracie sociale, d'*outreach*, de case management, etc. Cette équipe regroupe des intervenants psychosociaux du milieu scolaire, un cadre responsable des étudiants, un responsable du CSSS de la région, un médecin de clinique externe, etc.

Chaque personne de l'équipe de gestion de crise et des cellules d'action devront se familiariser avec ses responsabilités, préparer des plans d'intervention et des protocoles d'ententes permettant une meilleure efficacité des interventions si une tragédie devait survenir. Les personnes responsables de chacun des sous-groupes devraient rechercher ou recevoir les connaissances théoriques nécessaires à la préparation de leur rôle et devraient développer les interventions afin qu'elles soient adaptées aux cadres théorique.





RÉFÉRENCES

- BNQ. Bureau de normalisation du Québec (2008). Standard BNQ 9700-800/2008. Prévention, promotion et pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail. ISBN 978-2-551-23735-7 (disponible site <http://www.bnq.qc.ca/fr/index.html>)
- BOYER, R., LESAGE, A., GUAY, S., BLEAU, P., SÉGUIN, M., STEINER, W., SZKRUMELAK, N., GAUVIN, D., MIQUELON, P., ROY, D., CHAWKY, N. (2010) *Fusillade du 13 septembre 2006 au Collège Dawson: Rapport d'une enquête auprès des étudiants et du personnel du Collège Dawson sur l'impact psychologique et la recherche d'aide*. ISBN 978-2-922577-88-4
- BRETON JJ, BERGERON L, VALLA JP, BERTHIAUME C, GAUDET N, LAMBERT J, ST-GEORGES M, HOUDE L, LÉPINE S. (1999) Quebec child mental health survey: prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *J Child Psychol Psychiatry*. 40(3):375-84.
- BROCK, S.E. & JIMERSON, S. R. (2004). "School Crisis Intervention: Strategies of Addressing the Consequences of Crisis Events." In , E.R. GERLER (ed.) *The Handbook of School Violence*, pp. 285-332. Binghamton, NY: Haworth Press.
- CHEMTOB, C. M., CONROY, D. L., HOCHAUSER, C. J., BANKS, J., CRUZ, M.D., LANDRIGAN, P. J., NELSEN, W. C., SCHMEIDLER, J., LARAQUE, D., (2007). "Children who lost a parent as a result of the terrorist attacks of September 11, 2001: Registry construction and population description." *Death Studies*, Vol 31(1), Jan-Feb, 2007. pp. 87-100
- DODGE, K. (1993) "Effects of intervention on children on high risk for conduct problems." *FAST Track*.
- DYREGROV, A. (1997) "The Process of Psychological Debriefing." *Journal of Traumatic Stress*, 10, 589-604.
- ETH, S. (1992) "Clinical response to traumatized children", In, L.S. AUSTIN (Ed.) *Responding to disaster: A guide for mental health professionals* (pp.101-1230). Washington: DC. American Psychiatric Press.
- GILL, A.C. (2002). "Risk Factors for pediatric posttraumatic stress disorder after traumatic injury." *Archives of Psychiatric Nursing*, 16, 168-175.
- GUAY, S., LESAGE, A., BLEAU, P., SÉGUIN, M., BOYER, R., STEINER, W., SZKRUMELAK, N., GAUVIN, D., MIQUELON, P., CHAWKY, N., ROY, D. (2010) *Fusillade du 13 septembre 2006 au Collège Dawson: Synthèses et recommandations*. ISBN 978-2-922577-84-6
- HAAS, A., KOESTNER, B., ROSEBERG, J., MOORE, D., GARLOW, S.J., SEDWAY, J., NICHOLAS, L., HENDIN, H., MANN, J.J., & NEMEROFF, C.B. (2008). "An interactive Web-based method of outreach to college students at risk for suicide." *Journal of American College Health*, 57, 15-22.
- KAIROUZ, S., BOYER, R., NADEAU L, PERREAU L, FISET-LANIEL, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (cycle 1.2), Québec, Institut de la statistique du Québec. Accessible site Web www.stat.gouv.qc.ca.
- Institute of Health Economics, Alberta Health Services & Mental Health Commission of Canada (2008). *Consensus statement on depression in adults. How to improve prevention, diagnosis and treatment*. Accessible Web www.ihe.ca. ISBN 978-1-897443-43-9.
- JIMERSON, S.R., BROCK, S. E., & PLETCHER, S.W. (2005). "An Integrated Model of School Crisis Preparedness and Intervention." *School Psychology International*, 26, 275-296.
- LAHAD, M. (1997). "Basic ph: The Story of coping Resources". In, LAHAD AND COHEN (eds) *Community Stress Prevention*, Vols 1 and 2, pp. 117-143. Kiryat Shmona: Community Stress Prevention Center.
- LAURENDEAU, M-C., LABARRE, L., SENÉCAL, G. (2007) The psychosocial dimension of health and social service interventions in emergency situations. *Open Med*. 1(2): e102-e106. Publié en ligne le 20 août 2007.
- LORTIE, M. C. (2009) *La Presse*: Montréal, 13 mars 2009.
- MARCH, J. S., AMAYA-JACKSON, L., MURRAY, M. C. & SCHULTE, A. (1998). "Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with post-traumatic stress disorders after a single incident stressor." *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 585-593.
- MARTEL C. (2000) « Qu'en est-il de l'intervention psychosociale en sécurité civile au Québec ? » *Santé mentale au Québec*, 25 (1), 45-73.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. *L'intervention sociosanitaire dans le cadre des mesures d'urgence: volet services psychosociaux*. 1994.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Trousse d'outils pour l'intervention psychosociale dans le cadre des mesures d'urgence*. 1994.
- MICHENBAUM, D. (1994). "A clinical handbook - practical therapist manual for assessing and treating adult with posttraumatic stress disorder." (PTSD). Ontario: Institute Press.
- PYNOOS, R. S., FAIRBANK, J. A., STEINBERG, A. M., AMAYA-JACKSON, L., GERRITY, E., MOUNT, M. L., MAZE, J. (2008). "The National Traumatic Stress Network: Collaborating to Improve the Standard of Care." *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol 39(4), Aug 2008, 389-395.

22

Fusillade du 13 septembre 2006
au Collège Dawson : SECURE
(Soutien, évaluation et coordination
unifiés pour le rétablissement et
l'éducation): un programme
d'intervention psychologique multimodal

ROBERTS, A. R. (2002). "Assessment, Crisis Intervention, and Trauma Treatment: The Integrative ACT Intervention Model." *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2, 1, 1-21.

ROY, D., LESAGE, A., SÉGUIN, M., CHAWKY, N., BOYER, R., GUAY, S., BLEAU, P., STEINER, W., SZKRUMELAK, N., GAUVIN, D., MIQUELON, P., (2010) *Fusillade du 13 septembre 2006 au Collège Dawson: Évaluation du plan d'intervention psychologique d'urgence*. ISBN 978-2-922577-86-0

Santé Québec (1993). «Faits saillants.» *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes. Prévalence des troubles mentaux et utilisation des services*. ISBN-2-9803587-0-3.

SHULTZ JM, ESPINEL Z, HICK JL, GALEA S, SHAW JA, MILLER GT (2006) *Surge Sort Support: disaster behavioral health for health care professionals*. Miami FL: Center for Disaster & Extreme Event Preparedness. Accessible on WEB: <http://www.deep.med.miami.edu/x465.xml> or [http://www.deep.med.miami.edu/documents/Surge-Sort-Support_DBH%20for%20HC%20\(textbook\).pdf](http://www.deep.med.miami.edu/documents/Surge-Sort-Support_DBH%20for%20HC%20(textbook).pdf)

VERNBERG, E.M., STEINBERG, A.M., JACOBS, A.K., BRYMER, M.J., WATSON, P.J., OSOFSKY, J.D., LAYNE, C., PYNOS, R.S., & RUZEK, J.I. (2008). "Innovation in Disaster Mental Health: Psychological First Aid." *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 381-388.

VÉZINA, M., BOURBONNAIS, R., BRISSON, C., TRUDEL, L. "Workplace prevention and promotion strategies." *Healthc Pap*. 2004;5(2):32-44.

YOUNG, M. (2002). "The Community Crisis Response Team: The National and Organization for Victim Assistance protocol." In, S.E. BROCK, P.J. LAZARUS and S.R. JMERSON (eds) *Best Practices in School Crisis Prevention and Intervention*, pp. 333-354. Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.

YUNG, B. R., HAMMOND, W. R., SAMPSON, M., WARFIELD, J. (1998). "Linking psychology and public Health: A predoctoral clinical program in youth violence prevention." *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol 29(4), Aug 1998, 398-401

C O L L È G E
DAWSON



Institut de recherche
du Centre universitaire de santé McGill
The Research Institute
of the McGill University Health Centre



Centre de recherche
Fernand-Seguin
de l'Hôpital
Louis-H. Lafontaine

Animés par l'espoir