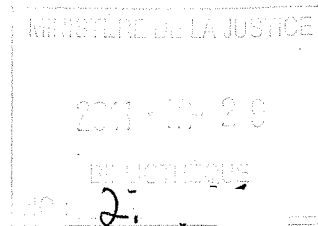


**LA TRAGÉDIE DU 6 DÉCEMBRE 1989
À L'ÉCOLE POLYTECHNIQUE DE MONTREAL**

Groupe de travail De Coster



**LES INTERVENTIONS
PSYCHOSOCIALES**

Gabrielle Mercier-Leblond bac sc.

Table des matières

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	i
INTRODUCTION	1
CHAPITRE PREMIER - INTERVENTION PSYCHOSOCIALE DES DIFFÉRENTS CENTRES HOSPITALIERS AYANT REÇU DES BLESSÉS LE SOIR DE LA TRAGÉDIE	4
1.1 Hôpital Général de Montréal	5
1.2 Hôpital Général Juif de Montréal	6
1.3 Hôpital Royal Victoria	6
CHAPITRE 2 - IMPLICATION DES DIFFÉRENTES RESSOURCES SUR LE PLAN PSYCHOSOCIAL	8
2.1 Urgences-Santé	9
2.2 SPCUM	9
2.3 CRSSS	11
2.4 Fédération des CLSC	12

2.5	CLSC Côte-des-Neiges	13
2.6	CSS	14
2.7	DSC Hôpital Ste-Justine	14
2.8	Tracom (Centre de crise)	15
2.9	Corporation professionnelle des psychologues	17
2.10	C.S.S.T. (I.V.A.C.)	17
2.11	C.A.V.A.C.	19
2.12	Plaidoyer-Victimes	19
 CHAPITRE 3 - INTERVENTION DES PROFESSIONNELS DE L'ÉCOLE POLYTECHNIQUE ET DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL SUR LE PLAN PSYCHOSOCIAL LORS DES ÉVÉNEMENTS À LA POLYTECHNIQUE		 20
3.1	Directeur du service de psychologie de l'Université de Montréal	21
3.1.1	Bilan du suivi psychologique	29

3.2	Psychologue de l'École Polytechnique	30
3.3	Directeur de l'École Polytechnique par intérim le soir de la tragédie	32
3.4	Directeur du service aux étudiants	33
 CHAPITRE 4 - IMPACT DE L'ÉVÉNEMENT SUR LES DIFFÉRENTES		
VICTIMES		
4.1	Les blessés physiques	35
4.2	Les étudiants de l'École Polytechnique	35
4.3	Les familles des victimes	36
4.4	La population	
4.4.1	CSS	37
4.4.2	Regroupement provincial des centres de femmes "hébergement"	37
4.4.3	Association des ressources intervenant auprès des hommes abusifs	38
4.4.4	Réseau de la santé CHCD, CHLD, CLSC, Centre de crise	38

CHAPITRE 5 - PROBLÉMATIQUE I - L'ABSENCE DE STRUCTURE FORMELLE D'UN PLAN D'INTERVENTION PSYCHOSOCIALE AU MOMENT D'UN SINISTRE	39
5.1 Critères nécessaires à la réussite d'une intervention psychosociale lors d'un sinistre	40
CHAPITRE 6 - PRÉSENTATION DE LA PROBLÉMATIQUE I AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	43
CHAPITRE 7 - PROPOSITION D'UN PLAN D'INTERVENTION D'URGENCE AU NIVEAU PSYCHOSOCIAL	45
7.1 Plan d'intervention d'urgence niveau psychosocial	46
7.2 Tableau 2	48
7.3 Critique d'un expert sur le plan proposé	49

CHAPITRE 8 - EXPERTISES DE DIFFÉRENTS PROFESSIONNELS SUR LE PROFIL PSYCHOLOGIQUE DE L'AGRESSEUR RESPONSABLE DE L'ÉVÉNEMENT, SON ÉTAT DE SANTÉ MENTALE VERSUS LA POSSIBILITÉ DE PRÉVENTION	50
8.1 Expertise d'une psychologue en santé mentale	52
8.2 Expertise d'un psychiatre médico-légal	53
8.3 Expertise d'un psychanalyste	56
8.4 Expertise d'une travailleuse sociale en santé mentale	56
CHAPITRE 9 - PROBLÉMATIQUE II - LE JEUNE ENFANT VIVANT DANS UN MILIEU FAMILIAL PERTURBÉ	60
CHAPITRE 10 - PRÉSENTATION DE LA PROBLÉMATIQUE II AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	62
CONCLUSION	64
RECOMMANDATIONS	68
RÉFÉRENCES	73

PERSONNES CONSULTÉES	78
ANNEXE 1	83
ANNEXE 2	87
ANNEXE 3	90
ANNEXE 4	96

Introduction

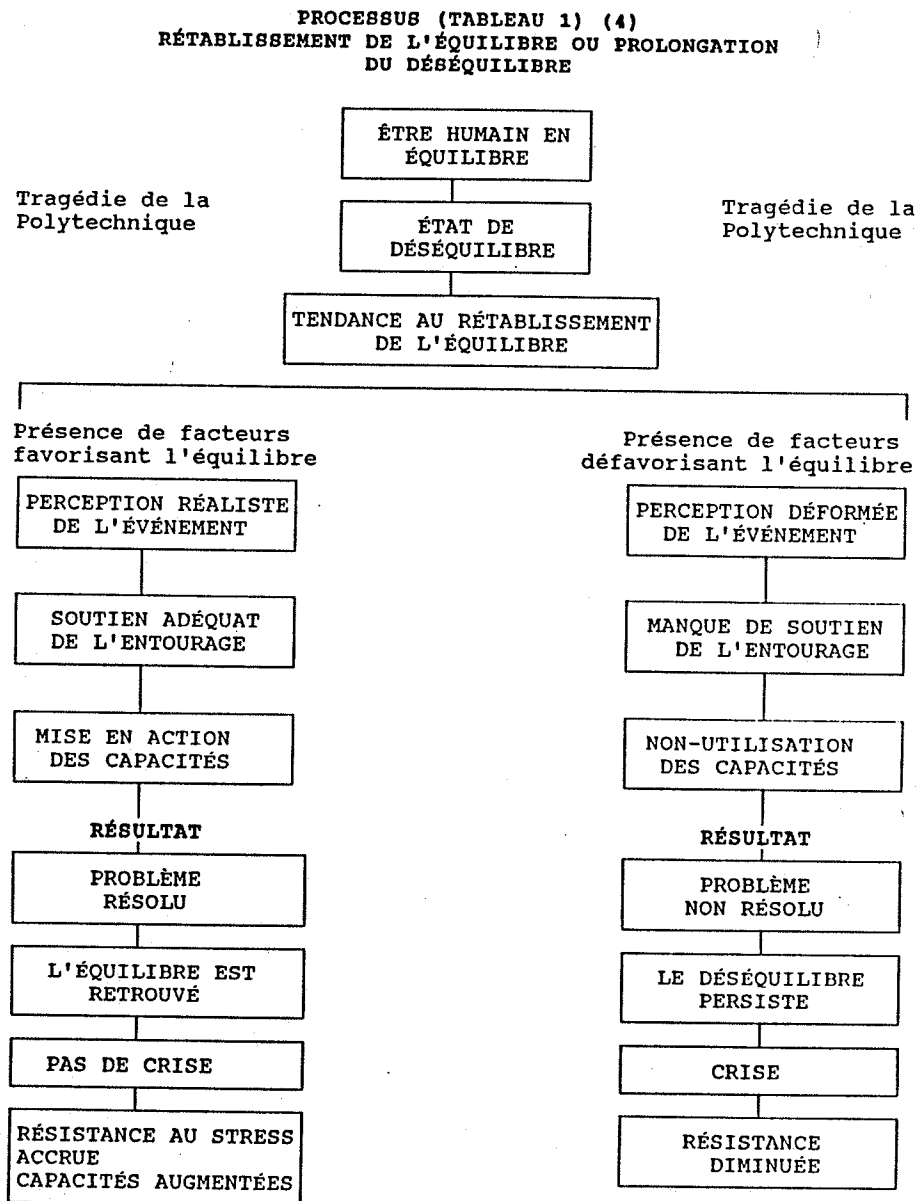
INTRODUCTION

Chaque fois que surviennent dans la vie d'une personne des événements qui menacent son intégrité biologique, physique ou sociale, il en résulte un certain degré de déséquilibre. Selon Rapoport (1), lorsqu'un besoin instinctif où l'intégrité est menacée, l'être humain réagit habituellement par de l'anxiété. L'intervention immédiate a pour but de réduire la tension en procurant à l'individu des moyens de reconnaître ses sentiments et de les extérioriser.

Caplan (2) souligne que la crise, de façon caractéristique, est circonscrite et dure de quatre (4) à six (6) semaines. C'est là une période de transition présentant à la fois le danger d'une vulnérabilité psychique accrue et une occasion d'enrichissement de la personnalité. Dans toute situation particulière, l'issue peut dépendre, dans une large mesure, de la facilité d'accès à l'aide appropriée. Il est plus facile d'agir sur les circonstances responsables d'une perturbation si elles sont récentes.

La prévention primaire en santé mentale à la suite d'un sinistre, a pour but de réduire au minimum l'apparition dans une population donnée jusque-là stable, de problèmes d'adaptation et de décompensation psychologique (3).

Le tableau 1 explique le processus du rétablissement de l'équilibre ou la prolongation du déséquilibre (4) lors d'événements stressants. Il est maintenant acquis que suite à un désastre, la prévention primaire, les interventions de crise et un suivi à plus long terme sont nécessaires (5).



Des données épidémiologiques montrent une augmentation significative de la morbidité en santé mentale suivant une catastrophe majeure, et on rencontre des problèmes chroniques longtemps après le désastre lui-même (5).

Les principaux aspects d'une intervention optimale sont résumés par les conclusions de Toubiana et Milgram (6). Elle doit se faire le plus tôt possible après l'événement (notion "d'immediacy"), le plus près possible du lieu du sinistre ou du lieu d'évacuation des sinistrés (notion de "proximity"), regrouper les victimes semblables (notion de "community"), et créer un climat où passe un message clair disant que ce qu'ils vivent est normal, qu'ils récupéreront et qu'ils pourront reprendre rapidement leurs activités (notions d'expectancy).

Un plan d'évaluation pour intervention psychosociale lors d'une tragédie (annexe 1) fait par des experts (7) me servira de référence pour analyser les modèles d'intervention pendant et après l'événement de la Polytechnique.

Dans ce document, j'aborderai la prévention au niveau de l'agresseur et les séquelles psychologiques possible au moment d'un sinistre. Je n'aborderai pas le sujet de l'éthique des médias ni celui de l'accessibilité aux armes à feu, car selon moi, ces sujets doivent être traités par des experts. Des professionnels en santé mentale étant intervenus lors des événements à la Polytechnique ont été rencontrés dans le but d'analyser les interventions et de proposer un plan d'intervention psychosociale lors de sinistre.

**Intervention psychosociale des différents
centres hospitaliers ayant reçu
des blessés le soir de la tragédie**

Chapitre premier

INTERVENTION PSYCHOSOCIALE DES DIFFÉRENTS CENTRES HOSPITALIERS AYANT REÇU DES BLESSÉS LE SOIR DE LA TRAGÉDIE

1.1 Hôpital Général de Montréal (Madame Johanne Lamontagne, directrice des relations communautaires)

Urgence La priorité des services a été pour les victimes, 6 blessés dont 5 femmes et 1 homme. Une des femmes a pu quitter le soir même.

L'administration s'est occupée des parents afin de les supporter et les reconforter le soir de la tragédie.

7 décembre: Plusieurs appels nous sont parvenus pour offrir du support psychosocial aux victimes. La grande quantité d'appels a obligé l'administration à limiter leur accès aux victimes car ceci aurait pu être un facteur agressant plus qu'aidant. Un médecin du département de psychiatrie a été libéré pour pouvoir rencontrer les victimes et leur famille sur une base de volontariat. Les parents furent réfractaires à rencontrer le psychiatre.

Il n'existe pas de plan d'intervention psychosociale à l'urgence lors de sinistre, mais présentement, il y a une réévaluation du plan d'urgence.

Le directeur des services professionnels rendait visite aux victimes tous les matins.

Entente avec l'Université de Montréal: une psychologue pourrait venir rencontrer les victimes à l'hôpital.

1.2 Hôpital Général Juif de Montréal (Docteur Marc Affilalo, directeur de l'urgence, Madame Rezoski, coordonnatrice)

Urgence Plan psychosocial prévu lors de sinistre, il n'a pas été déclenché le soir de l'événement de la Polytechnique. Il n'y a pas eu d'aide psychologique offerte aux parents des victimes.

L'aide psychologique aux victimes hospitalisées était offerte selon l'état du patient.

3 blessés ont été hospitalisés, 2 garçons et 1 fille. La fille a dû subir plusieurs chirurgies. La travailleuse sociale et les infirmières ont donné du support à la jeune fille et sa famille.

Il n'y a pas eu de protocole d'entente avec le service de psychologie de l'Université de Montréal. La procédure des besoins de services en psychiatrie est demeurée la même que pour les autres bénéficiaires.

1.3 Hôpital Royal Victoria (Docteur Mimi Israël, psychiatre responsable du module d'intervention de crise)

Soir de la tragédie, quatre blessés ont été conduits à l'urgence. Une infirmière en santé mentale est permanente au service de l'urgence. Elle était disponible pour apporter du support au blessé et à sa famille selon leur besoin. Deux psychologues ont été libérés de leur fonction pour intervenir auprès des étudiants et leur famille à l'Université de Montréal.

L'urgence pouvait accueillir en tout temps toute personne présentant des symptômes de décompensation psychologique.

Le délai de réponse du module d'intervention de crise est bref (2 à 3 jours) pour la demande de suivi à court terme, suite à un stress récent.

Un plan d'intervention en situation d'urgence, lors de sinistre, avec possibilité d'accès avec plus de personnel a été organisé par l'hôpital.

Il y eut très peu de demandes pour les victimes primaires, une augmentation de la demande des consultations en psychiatrie a été observée pour des victimes tertiaires (population en général) présentant une fragilité psychologique.

**Implication des différentes ressources
sur le plan psychosocial**

Chapitre 2

IMPLICATION DES DIFFÉRENTES RESSOURCES SUR LE PLAN PSYCHOSOCIAL

2.1 Urgences-Santé (Madame Louise Hébert-Aubé, directrice des opérations)

- Urgences-Santé n'a pas de protocole d'aide psychologique lors de tragédie. L'aide apportée le 6 décembre fut l'initiative du médecin en service.

- Le 7 décembre, Urgences-Santé a offert 2 séances de rencontres pour tous les intervenants dans le but d'évaluer les interventions effectuées lors de l'événement du 6 décembre:
 - . Coordonnateur
 - . Répartiteur
 - . Infirmier(ière)
 - . Médecin

- En février 1990, il a été nécessaire de demander au bureau des relations humaines qu'un service d'aide psychologique soit offert aux employés. Ceci s'est fait sur une base volontaire et quelques employés ont consulté.

2.2 S.P.C.U.M. (Monsieur Jacques Lessard, directeur poste 33)

Soir du 6 Décembre 1989

Victimes secondaires "familles"

Les familles ont été rassemblées dans une salle commune en attendant qu'on identifie les blessés et les décès. Processus qui fut très long, soit de 21 h 30 à 3 h 30 du matin. Une demande d'appui a été sollicitée à l'université d'un (1) à deux (2) psychologues, ce qui fut accordé.

Le minimum de support fut fourni par les policiers: aide psychologique, café, téléphone. L'état d'anxiété des familles fut porté à son paroxysme en raison de l'attente, deux (2) personnes se sont évanouies, un homme est devenu agressif et a frappé sur une table et dans un mur.

Lorsque la famille appelée par le policier se rendait identifier le corps de la victime, certaines familles ont été seules sans aucun support psychologique, après le constat.

Les intervenants eux-mêmes (victimes tertiaires)

7 Décembre 1989

- 1) Séance de décompression pour les officiers policiers ayant intervenu lors de la tragédie. Groupe de 12 participants avec un psychologue.

9 Décembre 1989

- 2) Séance de décompression pour les policiers ayant intervenu lors de la tragédie. Groupe de 25 participants avec un psychologue. Cette séance fut moins efficace que la première car le groupe était en plus grand nombre.
- 3) Aucun support psychologique pour les responsables d'intervention policière ayant intervenu lors de la tragédie.

2.3 Conseil régional de la santé et des services sociaux de la région de Montréal (CRSSS) (Madame Marie-France Pjeiffer, responsable des projets intersectoriels)

Le C.R.S.S.S reçoit une lettre pour confirmer que la Fédération des CLSC a reçu comme directive: "D'accepter de donner priorité à l'accessibilité aux victimes".

Il n'y a pas eu d'implication de la part du C.R.S.S.S dans la tragédie de l'École Polytechnique.

Depuis six mois, le C.R.S.S.S. de la région de Montréal travaille conjointement avec la Communauté urbaine de Montréal pour établir un plan d'intervention sécurité publique, sécurité physique et psychosociale avec les instances appelées à intervenir au moment d'un sinistre.

2.4 La fédération des Centres locaux de services communautaires - Région de Montréal (Monsieur Michel Bissonnette, président)

8 Décembre 89: Le ministère de la Santé et des Services sociaux fait parvenir une lettre, où il invite les CLSC à accueillir toute demande d'aide faite par des personnes directement ou indirectement touchées par les événements survenus à l'École Polytechnique.

Un protocole d'intervention psychosociale préparé par monsieur Raymond-Gabriel Therrien (psychologue) du CLSC La Source de Charlesbourg, et la collaboration du CRSSS 03, docteur Renaud Leroux, leur a aidé à intervenir auprès des différents CLSC de la région de Montréal. Il y avait 2 CLSC désignés, le CLSC Côte-des-Neiges et le CLSC Plateau Mont-Royal. L'intervention se situait à 2 niveaux: 1) Le drame immédiat pour les familles; 2) Récidives et suivi à long terme.

Le 8 décembre, la Fédération a rencontré le service de psychologie de l'Université de Montréal, lequel possédait les ressources nécessaires pour apporter l'aide dans l'immédiat.

Le 13 Décembre: Rencontre des 34 CLSC de la région de Montréal.

Les 14-15 décembre: Formation du personnel des CLSC par des psychologues de l'Université de Montréal (Formation sur la récupération psychologique lors de sinistre).

Les CLSC n'étaient pas prêts à intervenir d'emblée lors de l'événement à la Polytechnique. Il n'y a pas de plan ni de structure organisationnel d'intervention lors de sinistre. Certains

CLSC au niveau de la province ont développé de façon individuelle des plans d'intervention en raison de leur besoin ou par initiative.

2.5 Centre local des services communautaires Côte-des-neiges (Madame Suzanne Descoteaux, responsable)

- Le CLSC Côte-des-Neiges reçoit le mandat de la Fédération des CLSC d'offrir des services d'aide post-traumatique aux victimes primaires, secondaires et tertiaires, suite à la tragédie de l'École Polytechnique.
- Le personnel n'a aucune formation pour offrir le service en urgence au moment d'un sinistre.
- Semaine du 10 décembre: organisation d'un cours de formation du personnel par la Fédération des CLSC - Cours de formation d'une durée d'une journée offert au personnel des différents CLSC de la région de Montréal.
- L'équipe en santé mentale est composée de membres travaillant dans différentes équipes de travail.
- Le service de maintien à domicile a été donné pour 2 victimes qui avaient été gravement blessées.
- Aide à l'Université de Montréal en offrant et payant les services d'un psychologue à demi-temps pour 2 mois.

- Prise en charge du service d'aide psychologique pour la période des Fêtes 1989-90 car fermeture de l'Université - Peu d'appels.
- L'Université a référé quelques cas au CLSC.
- Lors des heures de fermeture, le Centre de crise Tracom couvrait les demandes d'aide de services psychologiques auprès des victimes primaires, secondaires et tertiaires.
- La responsable du CLSC Côte-des-Neiges, madame Descoteaux, affirme que le support d'aide psychologique lors d'une tragédie doit être parmi les services essentiels, ceci dans un but de support et de prévention en santé mentale.

2.6 Les centres des services sociaux C.S.S.M.M. (Monsieur Justo Michelena, directeur adjoint)

Il n'y a pas eu de recherche systématique faite pour vérifier l'augmentation de la demande de services suite à la tragédie de l'École Polytechnique. Il n'y a eu aucun commentaire de la part des employés concernant une augmentation de la demande au C.S.S.M.M..

2.7 Département de santé communautaire - Hôpital Ste-Justine (Monsieur Tessier, responsable des communications)

Il a été impossible d'avoir de l'information au niveau du DSC de l'hôpital car ils n'ont rien retracé des services d'aide qui auraient été faits lors de l'événement de la Polytechnique.

Le directeur des services de psychologie de l'Université de Montréal a mentionné que deux rencontres ont été faites en janvier 90, avec un médecin du département des services communautaires, dans le but d'une évaluation de l'intervention préventive et une aide monétaire pour la réaliser.

Les services du DSC se sont avérés être une offre d'aide et de collaboration mais non une d'action.

2.8 Centre de crise (Tracom Inc.) (Monsieur Yvan Drouin, directeur)

Services offerts par le Centre de crise suite à l'événement polytechnique.

7 Décembre

- 1) Communication avec le directeur des services de psychologie de l'Université de Montréal. Entente et numéro de téléphone du Centre de crise mis sur le répondeur lors des périodes de fermeture des services de Psychologie de l'université - ouverture de quelques dossiers;
- 2) Communication avec la Corporation Professionnelle des psychologues afin d'offrir les services d'évaluation à domicile si nécessaire. Le numéro de téléphone fut mis sur répondeur lors de la fermeture des services téléphoniques offerts par la Corporation;

- 3) Communication avec le Lieutenant Ryan de la police de Montréal (chargé de la relève des familles) afin d'offrir du support si nécessaire;
- 4) Aide offerte aux urgences pour prise en charge de la clientèle présentant une fragilité psychologique mais ne nécessitant pas une hospitalisation.

Hôpital Général Juif

Hôpital Royal Victoria

Hôpital Général de Montréal

N.B.: Quatre (4) intervenants du Centre de crise ont reçu une formation en Californie dans le cadre de leur emploi "Intervention de crise post-traumatique" par la suite, une formation fut donnée par eux à tous les autres intervenants du centre. Le centre offre un service d'évaluation sur place lors de situations de crise. Il n'a pas été contacté le soir de la tragédie.

Les services du Centre de crise furent utilisés surtout en-dehors des heures d'écoute téléphonique de la Corporation Professionnelle des Psychologues et des heures de services offertes par le département de psychologie de l'Université de Montréal.

Les intervenants du Centre de crise sont intervenus au niveau de la clientèle primaire, secondaire et tertiaire. On observa surtout une augmentation de la demande des victimes tertiaires présentant déjà une fragilité psychologique.

L'impact du drame de l'École Polytechnique a nécessité une concertation entre les différents Centres de crise afin de répartir les demandes d'aide des différentes victimes.

2.9 Corporation Professionnelle des Psychologues du Québec
(Madame Diane Côté, responsable des communications)

7 décembre - Appel du public: Décision spontanée d'offrir le service d'écoute téléphonique et l'aide au S.O.C.P. (Service d'orientation-counselling psychologie) de l'Université de Montréal.

Ligne ouverte pendant 48 heures: Réponse à 250 appels. Fermeture du service pour la fin de semaine, un message sur écouteur est laissé référant les gens au Service de consultation à l'Université de Montréal et au Centre de crise Tracom.

Lorsqu'il y a une tragédie, la Corporation offre ses services pour de la formation et regroupe des psychologues pour aider au travail quotidien des équipes sur place.

2.10 Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail (Monsieur Sylvain Gendreau, directeur de l'IVAC)

Le lendemain de la tragédie, l'IVAC (Indemnisation des victimes d'actes criminels) a envoyé à l'Agence Telbec un communiqué à l'intention de tous les médias rappelant aux personnes à charge les recours possibles en vertu de la loi de l'IVAC.

L'IVAC a également conclu le 7 décembre 1989 une entente avec Urgences-Santé afin que toutes les factures de transport ambulancier leur soient directement acheminées dans le but d'offrir aux victimes et à leur famille un service de qualité.

De plus, une première session d'information s'est tenue le 14 décembre 1989 avec la Direction des Ressources humaines de l'École Polytechnique. À cela, se sont ajoutées six (6) sessions d'information données aux victimes par Madame Carole Rocheleau, responsable des communications à l'IVAC, et qui ont eu lieu les 20 décembre 1989 et 25 janvier 1990.

Aussi, les personnes grièvement blessées et les personnes à charge des femmes tuées ont reçu un "Formulaire de demande de prestations" accompagné d'une lettre de Madame Carole Rocheleau les invitant à soumettre leur demande.

La Direction des Victimes d'Actes Criminels a accepté, jusqu'à maintenant 33 demandes; deux ont été refusées et on attend toujours la décision concernant une demande.

Au sujet des personnes blessées, l'IVAC a versé des indemnités d'incapacité totale temporaire et d'incapacité partielle permanente. L'IVAC a également remboursé aux victimes les vêtements endommagés lors de l'événement, les frais de déplacement, de pharmacie, de psychothérapie et d'aide à domicile.

L'IVAC a constaté que les personnes blessées grièvement éprouvent plus de difficulté à récupérer psychologiquement. Ils ont dû consacrer leur énergie à la récupération de leurs blessures physiques et conséquemment, les atteintes psychologiques reliées à cet événement n'ont pas été priorisées.

Comme il a été démontré que les problèmes psychologiques engendrés par des actes de violence ont tendance à perdurer si l'intervention démarre tardivement, on prévoit des psychothérapies plus longues pour ces individus.

2.11 Le Centre d'Aide aux Victimes d'Actes Criminels (C.A.V.A.C.) (Madame Louise Geoffrion, coordonnatrice)

Il n'y a eu aucune intervention de la part du C.A.V.A.C. auprès des victimes de l'École Polytechnique.

2.12 Association Québécoise Plaidoyer-Victimes (Madame Arlène Gaudreault, présidente)

- 1) 7 Décembre 1990. Plaidoyer-Victimes offre son aide au directeur du service d'aide psychologique de l'Université de Montréal.
- 2) 10 Décembre 1990. Rencontre individuelle avec les parents à la chapelle ardente de l'Université de Montréal.
- 3) Visite des victimes dans les différents hôpitaux pour leur offrir leur service. Une seule personne a eu recours à leur service.

Le groupe Plaidoyer-Victimes se penche sur la problématique de la non-organisation de support psychosocial intégré aux autres interventions en situation d'urgence.

**Intervention des professionnels de l'École
Polytechnique et de l'Université de Montréal
sur le plan psychosocial lors des événements
à la Polytechnique**

Chapitre 3

INTERVENTION DES PROFESSIONNELS DE L'ÉCOLE POLYTECHNIQUE
ET DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL SUR LE PLAN
PSYCHOSOCIAL LORS DES ÉVÉNEMENTS À LA POLYTECHNIQUE

3.1 Service de psychologie de l'Université de Montréal (Monsieur Claude Pratte, directeur du service de psychologie)

6 décembre

- 1) Prise de contact immédiate avec le directeur de l'École Polytechnique qui avait déjà commencé à gérer la récupération de l'événement.
- 2) Convocation de ses collègues du S.O.C.P. (Service d'orientation-counselling psychologie)
 - a) si nécessité, d'intervenir le soir même;
 - b) pour céduer une réunion d'urgence le 7 décembre à 8 h 00 dans le but de planifier l'intervention.
- 3) Monsieur Pratte se présente au quartier général des opérations où était le directeur de la Polytechnique, Monsieur Courville, dont sa première préoccupation était l'aide qu'il pouvait apporter aux parents des victimes auxquels il devra annoncer la mauvaise nouvelle.
- 4) Prise en charge du support psychologique par Monsieur Claude Pratte. Il assure au directeur de la Polytechnique qu'il s'occupera sur le champ d'apporter de l'aide

aux parents des victimes, et il l'informe que du soutien psychologique serait offert, dès le lendemain, à toute personne de l'université qui pourrait en avoir besoin.

- 5) Reconnaissance officielle et "de fait" du rôle dévolu au S.O.C.P. par le directeur de Polytechnique. Ce dernier annonce le soir même dans les médias qu'une aide psychologique serait apportée par le S.O.C.P.. Donc, il confirme de façon claire le mandat au S.O.C.P. et évite ainsi que des délais inutiles, dûs à une ambiguïté au niveau des structures, ne se produisent.
- 6) Communication avec Monsieur Gilles Lussier, psychologue rattaché à la Polytechnique; répartition du travail le soir même.

Monsieur Lussier s'occupait des parents au moment de l'identification des victimes.

Monsieur Pratte recevait les parents et les amis(ies), inquiets de savoir si leur enfant ou ami(e) était parmi les victimes.

- 7) Collaboration avec les policiers pour établir une stratégie dans la façon d'annoncer la terrible nouvelle à chacune des familles.
- 8) La présence d'intervenants psychologues apportait un certain soutien aux principaux responsables: directeur, vice-recteur, policiers, agents de sécurité, ainsi qu'à certains parents et témoins du drame.

- 9) Monsieur Claude Pratte s'identifie comme le responsable des services psychologiques, qui seraient mis sur pied afin que la population et toutes les personnes concernées, intervenants, victimes ou bénévoles, puissent acheminer leur demande et leur appel à un endroit précis.

7 décembre

8 h 00

- 1) Réunion de l'équipe permanente des intervenants du S.O.C.P. composée de 8 professionnels. Le but est d'établir les premières étapes d'un plan d'intervention.
- 2) Évaluation des ressources à l'intérieur du S.O.C.P. de l'Université de Montréal
 - Le S.O.C.P., en plus de ses professionnels permanents, emploie sur une base horaire plus de 25 autres professionnels.
 - Le psychologue de l'École Polytechnique et les intervenants d'autres services de l'Université de Montréal.
 - Le bilan confirme qu'à l'intérieur du S.O.C.P. et de l'université, il y a les ressources nécessaires pour organiser l'intervention.
- 3) S'organiser de façon efficace et aller chercher l'expertise en intervention post-traumatique qui manquait au niveau du modèle de l'intervention à entreprendre.
- 4) Répartition des tâches.

- 5) Délégation au directeur du S.O.C.P. de la responsabilité de la coordination générale et des relations avec l'extérieur, les médias et l'École Polytechnique.
- 6) Instauration d'un seul numéro de téléphone à composer pour rejoindre le service, que ce soit pour les personnes nécessitant de l'aide ou les bénévoles pour offrir leurs services.
- 7) Avalanche de journalistes et d'offres d'aide de toutes sortes. Le directeur du S.O.C.P. détermine pendant toute l'intervention l'aide externe qui serait nécessaire et quels journalistes seraient rencontrés et à quel moment.
- 8) Acceptation de toutes les offres d'aide acheminées, on les garde en réserve pour les moments où elles seraient utiles.
- 9) La Corporation Professionnelle des Psychologues met sur pied un service d'écoute téléphonique.
- 10) Entente avec la Corporation: elle s'occupera de la population en général tandis que le service de psychologie s'occupera de toutes personnes rattachées à l'Université de Montréal.

12 h 00

- 1) Réunion d'urgence du comité exécutif de l'Université de Montréal. Décision rapide à prendre suite au drame, funérailles, journée de deuil, annonce des services de psychologie.

- 2) Communiqué aux médias via la direction des communications de l'université pour annoncer les services de psychologie pour aider les gens à s'aider eux-mêmes.

13 h 00

Réunion à l'École Polytechnique où participent le directeur, le psychologue des services aux étudiants de Polytechnique, d'autres membres de l'école, ainsi que l'Association des étudiants de Polytechnique.

Décision

Première rencontre de groupe avec les étudiants et les parents de Polytechnique le 8 décembre 14 h 00.

L'information circule très rapidement via l'Association des étudiants et via d'autres intervenants des services aux étudiants.

14 h 00

Formation des intervenants:

Conférence d'une spécialiste de l'intervention en situation de crise, madame Odette Arseneault, s'adressant à tous ceux qui peuvent intervenir et pour définir ensemble le modèle sur lequel s'appuieront les interventions (une trentaine de personnes sont convoquées à cette conférence). Tous les psychologues permanents et contractuels des services ainsi que toutes les personnes disponibles du service de santé: médecins, infirmières et aussi les agents de pastorale.

Modèle d'intervention:

Le modèle d'intervention retenu était axé sur 2 objectifs particuliers:

- 1) Aider les personnes à mieux comprendre leurs réactions émotives et leur comportement;
- 2) Les aider à exprimer les sentiments vécus lors du drame ou après.

Le but est de donner du support pour aider à passer à travers la crise. Les activités proposées sont toutes à caractère facultatif. Aucune n'est à caractère obligatoire pour les victimes comme pour les témoins de l'événement.

Aux U.S.A., les intervenants privilégient une approche plus directive en obligeant certaines personnes à participer à des sessions d'information ou de "counselling".

17 h 00

Le plan d'intervention pour les prochaines journées est élaboré, et la mise en opération pour le lendemain est préparée.

8 décembre

- Poursuite des services et de l'organisation, ainsi que de la planification de la journée.

- Planification des opérations de la fin de semaine, c'est-à-dire maintenir des services de consultation individuelle à l'École Polytechnique, au S.O.C.P. et à la chapelle ardente.
- Rencontre de la spécialiste en intervention de crise, madame Odette Arseneault, avec tous les intervenants pour le groupe support de l'après-midi.

14 h 00

Premier groupe de rencontres (36 à 48 heures après le drame) 150 personnes ont répondu à l'appel.

Ce premier groupe a permis aux personnes présentes d'exprimer leur détresse, de la partager, de créer ainsi un premier sentiment de solidarité et de trouver ensemble des moyens pour mieux absorber le traumatisme.

Étape extrêmement importante de l'intervention psychologique.

9 et 10 décembre

- Service de consultation individuelle à l'École Polytechnique et au S.O.C.P. de l'Université de Montréal.
- Ligne téléphonique pour support psychologique.

Semaines du 11 décembre et 18 décembre

- Série de groupes de support et d'information pour les différentes clientèles:
 - Les témoins directs et indirects.
 - Les familles et les amis(ies) des victimes décédées.
 - Les personnes blessées physiquement et leur famille.
 - Les employés(ées) de bureau.
 - Les employés(ées) de soutien.
 - Le personnel administratif.
 - Les professeurs.
 - Tous les autres étudiants.

- Support individuel à ceux qui pouvaient en avoir besoin.

- Planification de l'aide à plus long terme, c'est-à-dire durant la période s'étendant du 22 décembre au 8 janvier et du 8 janvier jusqu'à la fin du semestre.

- Contact avec les autres organismes publics qui avaient déjà offert leur aide:
 - Regroupement des 34 CLSC du Montréal métropolitain.

 - Responsable du département de la Santé communautaire (DSC) de Sainte-Justine pour évaluer avec lui l'aide qu'il pouvait apporter.

- Rencontre avec les représentants du bureau de l'indemnisation des victimes d'actes criminels.
- Contact avec la représentante de "Plaidoyer- victimes".

Pour la période du 22 décembre au 4 janvier

Plan: Organisation d'un service d'urgence durant la période des fêtes avec Tracom (centre de crise), ainsi que différents CLSC, qui acceptaient de rendre disponible un de leur professionnel et de recevoir en priorité toutes les personnes touchées par les événements de la Polytechnique.

Janvier 1990

Le service de psychologie de l'Université de Montréal continue à offrir des services de consultation individuelle pour les étudiants et les parents qui en auraient besoin.

3.1.1 Bilan du suivi psychologique

Suivi de groupe: 1 500 personnes ont participé aux rencontres de groupe.

Groupe de support pour les parents: membres de 7 familles y ont participé. Une thérapie de 10 sessions a été proposée, après 5 sessions, arrêt de la thérapie à la demande des parents. L'aide offerte aux parents a été plus incitative.

Suivi individuel: 100 personnes ont eu 4 à 6 rencontres et 10 poursuivent encore un suivi en septembre 1990.

Le SOCP s'est assuré que les personnes blessées physiquement, et ne pouvant se déplacer pour venir consulter, soient vues par d'autres psychologues à domicile.

Un test de dépistage est envoyé, par le département de psychiatrie, aux étudiants de Polytechnique à la fin de leur session au mois de mai. 30% des étudiants présentaient un haut niveau de stress pouvant apporter une fragilité psychologique. Un deuxième contrôle de ce test sera fait en décembre 1990.

3.2 Psychologue École Polytechnique (Monsieur Gilles Lussier)

Au début, le plan d'intervention a été adopté pour des personnes saines, des jeunes gens en projet. L'approche a été plus éducative que clinique car ils avaient leur réseau naturel de support.

Problématique qui a nécessité un suivi à long terme:

- Isolement suite à la tragédie
- Fragilité à l'intérieur
- Stress trop élevé, incapable de le gérer
- Crainte de leur propre violence
- Peur d'être victime → réaction phobique
- Identification aux victimes ou à l'agresseur

- Décompensation psychologique
- "Burn out"
- Projet "d'acting out"

Les cas de réaction suicidaire-homicidaire furent référés à l'Institut Allan Memorial, au Royal Victoria ou à Tracom (centre de crise).

Il est nécessaire d'avoir une entente entre les différents intervenants car il y a plusieurs problématiques pour l'accès aux services de santé:

- 1) Il n'y a pas de plan d'intervention psychosociale établi lors d'un sinistre.
- 2) Il n'y a pas d'information sur la prévention en santé mentale.
- 3) L'accessibilité aux ressources:
 - Centre hospitalier → si nécessité d'une demande de consultation en psychiatrie, il y a une attente de deux à six mois avant que le patient soit rencontré, si décompensation, il doit se présenter à l'urgence.
 - CLSC: Plusieurs centres de santé communautaire n'ont pas d'équipe en santé mentale.
 - * Les ressources doivent évoluer avec les besoins des gens, si la structure est trop rigide, on ne peut s'adapter.

3.3 Directeur de l'École Polytechnique par intérim lors de la tragédie (Monsieur Louis Courville)

Support apporté aux étudiants de la part de l'administration.

Examen déplacé: 1 700 examens pour 1 000 étudiants

Blessé physiquement: Exempté d'examen

Blessé psychologiquement: Après entrevue avec psychologue, pourrait être exempté des examens

Certains(nes) étudiants(tes) blessés(sées) ont dû retarder leurs études en raison d'un suivi médical, de la physiothérapie ou de l'aide psychologique.

Il n'y a pas eu d'augmentation du taux d'échec ou d'abandon suite à la tragédie du 6 décembre.

Inscription des femmes à l'École Polytechnique

Une augmentation de 6.7% d'inscription chez les femmes:

1989 19% des inscriptions étaient des femmes

1990 24.7% des inscriptions étaient des femmes

Inscription des femmes dans l'ensemble des universités québécoises

Année cycle	1982 %	1989 %
1 ^{er} cycle	51	57
2 ^e cycle	42	48
3 ^e cycle	34	35
Ensemble du % des inscriptions pour tous les cycles	50	57

3.4 Directeur du service aux étudiants (Monsieur Gilles Gauthier)

Sans l'intervention du service de psychologie de l'Université de Montréal (40 psychologues), on aurait eu d'énormes problèmes car le personnel du service aux étudiants n'a pas l'expertise pour intervenir en situation de crise auprès des étudiants.

Il est nécessaire qu'un organisme provincial apporte de l'aide, ceci est fondamental; une aide psychologique doit être offerte aux victimes. Le personnel du service aux étudiants a reçu des centaines de demandes, le personnel a dû être en congé à tour de rôle. Le service des relations humaines a dû engager un psychologue et mettre sur pied un service d'aide au personnel depuis quelques mois.

Impact de l'événement sur les différentes victimes

Chapitre 4

IMPACT DE L'ÉVÉNEMENT SUR LES DIFFÉRENTES VICTIMES

4.1 Les blessés physiques (14)

Les blessés physiques éprouvent plus de difficulté à récupérer psychologiquement, car en plus du stress vécu lors de l'événement, ils ont dû affronter certaines pertes physiques, affectives et professionnelles. L'atteinte physique a exigé d'eux l'acceptation d'une nouvelle image corporelle. Émotivement, ils ont dû faire le deuil de leurs consoeurs, et pour des raisons de santé, ils ont retardé leurs études, donc leur cheminement professionnel. Dans un premier temps, il a été nécessaire de monopoliser leur énergie à la récupération de leurs blessures physiques. Plusieurs facteurs déterminants ont altéré leur style de vie, ce qui a affecté pour quelques blessés le maintien positif de leur équilibre psychologique. Par contre, d'autres ont perçu la menace ou la perte comme un défi et il leur a été possible de mobiliser leur énergie en des activités ayant pour but la récupération et l'actualisation de soi.

4.2 Témoignage des étudiants de l'École Polytechnique

(Madame Marie-Josée Leblond, vice-présidente des affaires externes
Association des étudiants de la Polytechnique

Monsieur Serge Savard, trésorier de l'Association étudiante de la
Polytechnique

Monsieur Patrick Desjardins, étudiant)

Le support qui nous a été apporté suite à l'événement du 6 décembre, que ce soit du service de psychologie ou de la part de l'administration, était bon, humain et reconfortant. Il a été excellent et ceci très tôt au moment où on en avait besoin. Nous étions en fin de session et le stress chez les étudiants(tes) était déjà très élevé. Suite à l'événement,

on s'est cherché entre nous et on voulait se trouver. L'école nous a donné une sécurité émotive dès le début, on était un groupe homogène comme une famille qui se partage la peine d'une perte énorme. La solidarité nous a aidé. Le fait de revenir à la Polytechnique pour passer les examens nous a obligé à rentrer "dedans", à reprendre la vie normale; personne n'a été laissé seul à la Polytechnique. Les victimes ont été moins oubliées que dans les autres tragédies.

Il est important de démystifier l'aide psychologique car trop confondue avec troubles mentaux. Il est essentiel que soit offerte de l'aide psychologique, et ceci dès le moment de la tragédie, car on a besoin de ventiler nos émotions et d'être ensemble pour se reconforter. Certains ont eu besoin d'aide psychologique individuelle (70 garçons et 30 filles). Ceci s'explique car il y avait 82% de garçons et 18% de filles sur le total des étudiants à la Polytechnique. Donc, les filles ont consulté un peu plus que les garçons. L'explication que donnent les étudiants est le fait que les victimes soient des femmes, l'insécurité et la remise en question ont été des facteurs contribuant au besoin de demander de l'aide. Les besoins d'aide ont été satisfaisants et il est encore possible de consulter au service de psychologie de l'École Polytechnique.

4.3 Les familles des victimes (11)

Il est difficile pour des parents d'assumer la perte de son enfant. Le deuil est la remise en question de multiples valeurs qu'on essaie de comprendre pour soulager notre douleur. Plusieurs familles ont présenté des difficultés d'adaptation au deuil et ont eu recours à de l'aide psychologique. D'autres ont voulu vivre de façon plus intime leur douleur en s'éloignant du groupe de parents des victimes. La capacité d'affronter la douleur de la

perte d'un enfant est individuelle, pour certaines personnes, il ne sera jamais possible de l'accepter et leur vie en sera toujours perturbée.

4.4.1 Les Centres de Services Sociaux C.S.S.M.M. (Madame Ginette Larouche, experte en violence conjugale au C.S.S.)

Il n'y a pas eu d'augmentation, dans les mois qui suivirent, de demandes d'aide pour des cas de violence conjugale suite à la tragédie de la Polytechnique. Cependant, le C.S.S. a observé une hausse de la "sévérité" de la violence familiale depuis l'automne 1990.

4.4.2 Regroupement provincial des centres de femmes "Hébergement" (Madame Diane Prud'Homme, présidente)

Il n'y a pas eu d'augmentation significative de demandes suite à l'événement de l'École Polytechnique.

Cependant, on a constaté une augmentation de la clientèle suite au meurtre de femmes par leur conjoint à l'automne 1990. Les femmes parlent plus rapidement des problèmes qu'elles vivent et de leurs peurs.

4.4.3 Association des ressources intervenant auprès des hommes violents (Monsieur Claude Roy, président de l'association)

Aucune augmentation de la clientèle suite à la tragédie de l'École Polytechnique, par contre, il y a eu augmentation de la clientèle suite aux drames conjugaux de l'automne 1990.

4.4.4 Réseau de la santé CHCD - CHLD, CLSC et Centre de crise (10)

Suite à l'événement de la tragédie de l'École Polytechnique, les différents services du réseau de la santé ont observé une augmentation de la clientèle présentant une fragilité psychologique. Certains parents ont amené leur fils consulter, car ils ne pouvaient accepter que celui-ci provoque une tragédie. Des clients diagnostiqués schizophrènes voulaient être rassurés. Des médecins de pratique générale demandaient des consultations en psychiatrie, pour des clients qui avaient verbalisé des scénarios de tragédie afin qu'on en évalue la dangerosité. Certains psychotiques avaient intégré l'événement dans leur délire. Les services de psychiatrie des hôpitaux de courte durée et de longue durée, les CLSC et les Centres de crise ont pu répondre efficacement et de façon efficiente à cette demande. La clientèle présentant une fragilité psychologique est, la plupart du temps, connue des milieux thérapeutiques et est avisée que lorsqu'elle présente des symptômes, elle doit se rendre aux endroits de service où elle peut recevoir de l'aide.

Problématique I

Chapitre 5

PROBLÉMATIQUE I

L'absence de structure formelle d'un plan d'intervention psychosociale au moment d'un sinistre

L'événement à l'École Polytechnique démontre bien l'absence d'une structure formelle d'un plan d'intervention psycho-sociale au moment d'un sinistre. Le service de psychologie de l'Université de Montréal s'est fait une structure de fonctionnement et un plan d'intervention "récupération psychologique post-traumatique" pour apporter l'aide requise aux différentes victimes. Que serait-il arrivé si cet événement se serait produit dans un autre endroit public? C'est vrai, il y a les CLSC et les Centres de crise. Il a été démontré, dans les données recueillies, qu'il aurait été impossible d'intervenir immédiatement et de façon optimale comme l'expliquent Toubiana et Milgram (6). L'intervention doit être faite le plus tôt possible suite à l'événement, dans les 24 à 72 heures. Les intervenants des CLSC ont reçu la formation pour intervenir une semaine après l'événement, pourtant les données épidémiologiques montrent une augmentation significative de la morbidité en santé mentale suivant une catastrophe majeure (5). L'expérience vécue par le service de psychologie de l'Université de Montréal a permis d'identifier certains critères essentiels à l'efficacité et l'efficience de l'intervention psychosociale suite à un sinistre.

5.1 Critères nécessaires à la réussite de l'intervention psychologique au moment d'un sinistre

- 1) Le responsable de l'aide psychosociale doit être identifié de façon officielle car ceci a un effet déterminant pour l'intervention.

- 2) Le contact direct avec les principaux gestionnaires de la crise, les victimes et les lieux donne rapidement le pouls de la situation. Il permet une première évaluation de la gravité de la situation, du type d'intervention nécessaire et du nombre de ressources nécessaires. Cela permet d'établir les premiers maillons du réseau de communication à établir et la coordination à entreprendre.
- 3) Les tâches nombreuses et urgentes qui sont à réaliser de façon simultanée, au début de l'intervention et par la suite, font voir à la nécessité d'une équipe de base.
- 4) Il est nécessaire de contrôler les offres d'aide acheminées, car l'un des dangers lors d'une tragédie est que plusieurs individus, groupes d'individus ou organismes désirant apporter leur aide, contribuent à nourrir le sentiment de panique par la quantité de services annoncés.
- 5) Pour être vraiment efficace, une intervention de crise doit avoir une unité d'action et une unité de direction.
- 6) Planification et exécution des premières interventions
- 7) Prévoir toute réaction à l'événement.
- 8) La disponibilité des ressources autour est importante car elle donne un filet de sécurité.
- 9) Gérer les relations avec les médias.

Dans une situation de crise, les nombreuses interventions des journalistes peuvent faire perdre un temps qui est compté; il faut déterminer pendant toute l'intervention quel(s) journaliste(s) sera rencontré ou seront rencontrés et à quel moment.

10) Une structure simple, mobile, supportante pour fonctionner d'une façon complètement autonome et que la structure comme telle ne sert que d'appui.

* Il est important que l'aide psychosociale soit considérée comme un élément essentiel à toute intervention d'urgence, dans le cas de catastrophe naturelle, accidentelle ou criminelle.

**Présentation de la problématique I
au ministère de la Santé et
des Services sociaux**

Chapitre 6

PRÉSENTATION DE LA PROBLÉMATIQUE I AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le dossier d'intervention psychosociale lors de sinistres est une priorité présentement et doit aboutir à des résultats d'ici un an.

Objectifs:

- 1) Monter une structure d'intervention santé physique publique et psychosociale qui sera apte à jouer son rôle lors de sinistres.
- 2) Chaque intervenant au niveau psychosocial doit avoir suivi un cours de 15 heures avant de faire le choix d'intervenir lors de sinistres.
- 3) L'expertise doit être développée au niveau régional.
- 4) Les CLSC doivent garantir l'intervention psychosociale de façon pro-active.

**Proposition d'un plan d'intervention
d'urgence au niveau psychosocial**

Chapitre 7

**PROPOSITION D'UN PLAN D'INTERVENTION
AU NIVEAU PSYCHOSOCIAL**

7.1 Plan d'intervention d'urgence - Niveau psychosocial pour chaque région socio-sanitaire

(Gabrielle Leblond, clinicienne en santé mentale

Dr Jean-Pierre Fournier, psychiatre en intervention de crise)

- 1) À chaque CRSSS: il doit y avoir un coordonnateur psychosocial avec une équipe multidisciplinaire composée d'intervenants des différents milieux du réseau des services santé et sociaux de la région.

Équipe multidisciplinaire (5 à 6 membres au maximum):

psychologue, psychiatre, infirmier(ière), travailleur(se) social(e).

Rôle: avec l'accord du coordonnateur, l'équipe multidisciplinaire apporte son aide au CLSC pour les besoins immédiats d'un surplus de personnel qualifié.

- 2) Dans chaque CLSC, une personne doit être identifiée comme responsable du plan psychosocial en urgence lors d'un sinistre.

Rôle: à la demande du coordonnateur régional, le plan d'action prévu lors d'un sinistre est déclenché et les services psychosociaux sont offerts d'emblée aux victimes.

- 3) Pour chaque urgence des hôpitaux, une personne de l'équipe en santé mentale est identifiée comme responsable pour intervenir au moment d'un sinistre.

Rôle: elle apporte du support psychologique aux blessés et aux familles. Elle est désignée comme personne-ressource pour faciliter l'accès au service en urgence et en clinique externe de psychiatrie pour les victimes.

4) Des protocoles d'entente seront faits avec les ressources complémentaires (IVAC...) et le coordonnateur psychosocial régional selon les besoins découlant du sinistre:

- incendie, tremblement de terre, inondation;
- attentat à la bombe, accident écologique;
- attentat criminel, etc.

Organigramme (cf.: tableau 2).

* Une formation adéquate à tout le personnel ayant à intervenir au niveau psychosocial pendant et après un sinistre.

* Simulation d'un sinistre une fois l'an.

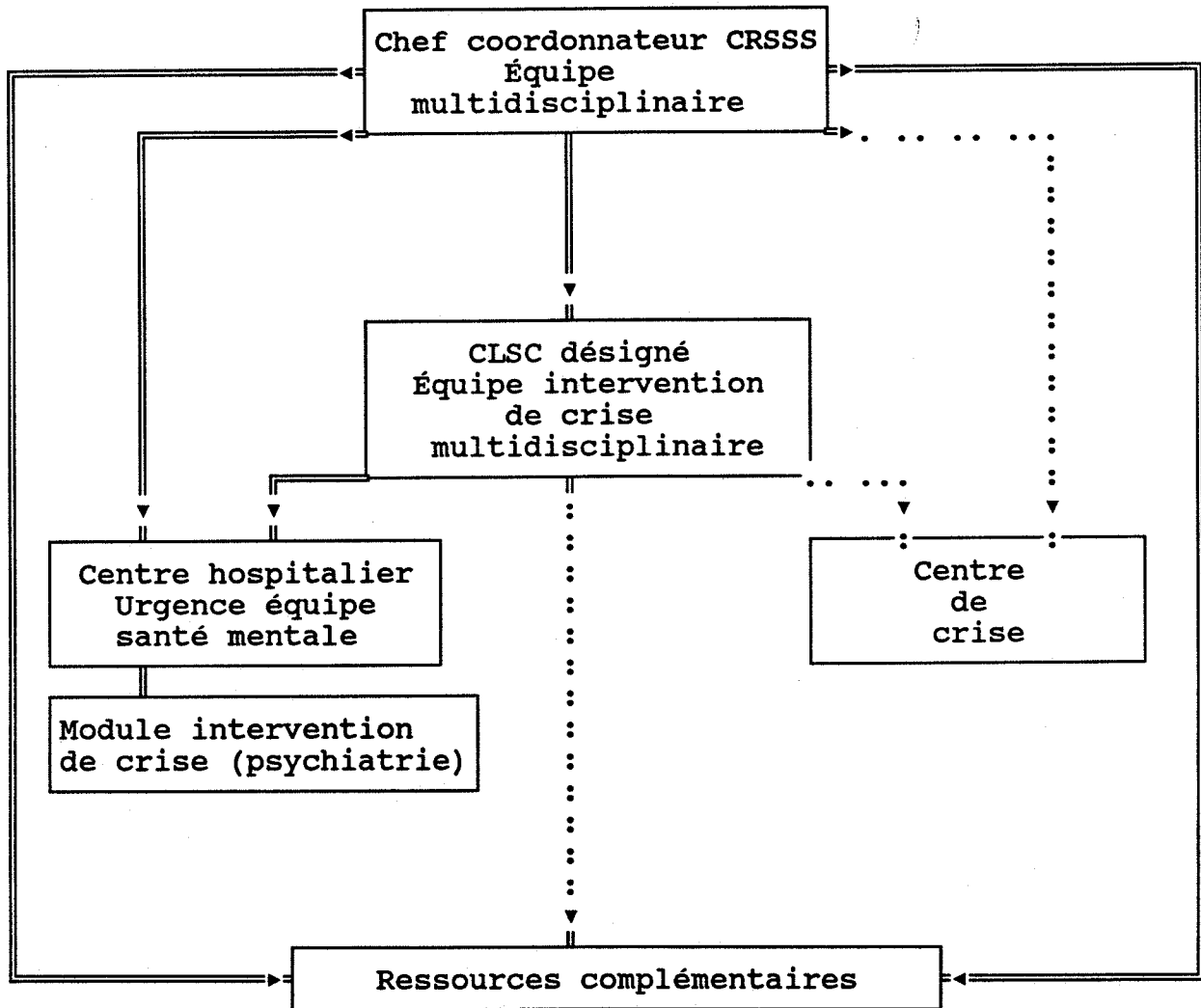
But: évaluation et amélioration de l'intervention.

Mesure d'efficacité de l'intervention

Un an après le sinistre, un échantillonnage parmi les victimes sera fait et il leur sera distribué un questionnaire sur la qualité des soins psychosociaux reçus lors du sinistre.

7.2 Tableau 2

PLAN D'INTERVENTION D'URGENCE
NIVEAU PSYCHOSOCIAL
POUR CHAQUE RÉGION SOCIO-SANITAIRE



..... Facultatif
Gabrielle Leblond, clinicienne en santé mentale
Dr Jean-Pierre Fournier, psychiatre en intervention de crise

7.3 Critique d'un expert sur le plan proposé: intervention d'urgence niveau psychosocial (Docteur Renaud Leroux) (36)

Il est important que le mandat soit donné par le ministère au CRSSS afin de donner du pouvoir au coordonnateur. La coordination doit appartenir au CRSSS et l'agir au CLSC. Le plan d'intervention proposé est applicable aux autres mesures d'urgence. Il peut s'intégrer au volet curatif et au volet santé publique.

Le niveau psychosocial comprend deux volets: la récupération psychologique et la réorganisation sociale. La récupération psychologique s'applique pour les effets psychologiques dûs à l'événement, tandis que la réorganisation sociale implique l'intervention de plusieurs instances (municipalité, pompier, policier, Croix Rouge, etc...).

Le plan d'intervention d'urgence, lors d'un sinistre, doit prévoir la séquence d'entrée en action de toutes les ressources-santé du milieu (curatives et préventives), de l'alerte jusqu'à la fin des opérations, et ce, en tout temps.

**Expertises de différents professionnels sur le
profil psychologique de l'agresseur
responsable de l'événement, son état
de santé mentale versus la possibilité
de prévention**

Chapitre 8

**EXPERTISES DE DIFFÉRENTS PROFESSIONNELS SUR LE PROFIL
PSYCHOLOGIQUE DE L'AGRESSEUR RESPONSABLE DE
L'ÉVÉNEMENT, SON ÉTAT DE SANTÉ MENTALE VERSUS
LA POSSIBILITÉ DE PRÉVENTION**

Un dossier confidentiel a été remis aux experts ci-après mentionnés. Il comprend des informations sur le vécu de l'agresseur, son enfance, son adolescence, sa vie de jeune adulte et ses antécédents familiaux. Ces données, ainsi que plusieurs témoignages de gens l'ayant côtoyé depuis l'adolescence font partie du dossier de l'enquête policière. Une copie des informations concernant l'agresseur dans le rapport du coroner, Madame Sourour, fait aussi partie de ce dossier.

Dans le but de diriger l'expertise sous le thème "Prévention", quatre questions furent soumises aux experts:

- 1- Est-ce qu'il y a un lien entre le responsable de l'École Polytechnique et son état de santé mentale?
- 2- Est-ce qu'il y a des mesures de prévention pour le jeune adulte présentant ce profil psychologique?
- 3- Le meilleur moyen de dépistage se retrouve-t-il en milieu scolaire?
- 4- Si selon l'expertise obtenue par le coroner Sourour on reconnaît qu'il y a un trouble majeur de personnalité, notre société donne-t-elle l'aide requise pour ce type de problème?

1- au niveau préventif;

2- programme d'aide spécialisé en milieu psychiatrique.

8.1 Expertise "niveau préventif versus l'agresseur" faite par une psychologue en santé mentale (Madame Marie Chabot)

L'étude du profil psychologique de l'agresseur me permet d'établir, bien sûr, un lien entre le responsable de l'événement de l'École Polytechnique et son état de santé mentale. Le dépistage précoce se heurte à des obstacles. On éprouve toujours beaucoup de réticences à étiqueter précocement un jeune présentant des troubles de comportement. La négation souvent très forte des proches, de la gravité de l'état de santé mentale d'une personne, le manque de connaissance à la fois des symptômes et/ou des ressources retardent l'aide thérapeutique. La pathologie même du sujet qui, quoique marginal, parfois excentrique, ne "dérange pas trop", habituellement, il n'y a qu'un seul passage à l'acte chez ces personnes.

Les mesures de prévention pour un jeune adulte présentant ce profil psychologique sont très difficiles à déterminer. Suivant mon expérience, il consulte rarement en psychiatrie et s'il le fait, la demande est bien circonscrite. Il s'exprime peu. C'est malheureusement après une décompensation ou un délit qu'il est un peu plus accessible.

Le milieu scolaire, l'employeur, les proches n'ont habituellement que des "parties", constituant des données insuffisantes pour soupçonner un passage à l'acte pouvant représenter un danger pour soi ou pour autrui. Il est quasi impossible d'exiger un suivi préventif pour un individu présentant des traits antisociaux ou un comportement marginal.

Notre société offre des structures d'aide, incomplètes et imparfaites certes, mais encore faut-il que ce genre d'individu en éprouve le besoin ou se laisse suffisamment approcher pour recevoir la suggestion de consulter.

Je conclus en disant qu'il faut dépasser ici la réflexion sur des mesures préventives concrètes, bien sûr nécessaires. Il est important de s'interroger sur la violence, ses conséquences, le rôle des hommes, des femmes dans notre société et la famille pour vraiment saisir le geste posé par l'agresseur. Nous sommes tous concernés mais rien ne changera sans "dérangement".

Une autre réflexion, cette fois-ci, concernant la prévention. Est-ce qu'une société peut prévenir un geste comme celui posé par l'agresseur? Je pense qu'il nous faudra toujours vivre avec un certain pourcentage de personnes dans la population, susceptibles de poser de tels gestes.

Les moyens de prévention peuvent toutefois être améliorés. Il s'agira d'un choix de société qui devra passer par la machine politique.

8.2 Expertise "niveau préventif versus l'agresseur" faite par un psychiatre en médico-légal (Docteur Yvon Garneau)

Le geste meurtrier de l'agresseur m'apparaît définitivement celui d'une personne atteinte d'un trouble mental. À mon avis, l'agresseur souffrait d'un trouble sévère de la personnalité caractérisé par des traits schizoïdes et paranoïdes. Dans son besoin de nier

son vécu d'incompétence sociale, il en était venu à la conviction délirante que le féminisme était responsable de toutes ses difficultés.

Comme la majorité des troubles psychiatriques, celui de l'agresseur semble avoir été déterminé par des variables logiques, psychologiques et sociales. L'agresseur a possiblement génétiquement hérité d'un tempérament difficile, de l'impulsivité de son père et d'une instabilité affective du côté maternel. Il semble avoir été marqué dans son enfance par les troubles conjugaux des parents, la violence du père, le manque de disponibilité affective de sa mère, le mépris de sa soeur et l'instabilité de son environnement. Il a probablement souffert de l'isolement entraîné par son manque d'habiletés sociales dans une société qui stimule chez les jeunes des attentes excessives, mais qui partage mal le travail, dans une société fixée sur la performance, qui rejette le handicap, dans une société qui tolère trop facilement la violence, habituellement masculine, et qui ne sait plus que faire de ce comportement périmé d'adaptation qu'est l'agressivité du mâle humain.

Il apparaît difficile de diminuer l'incidence élevée de violence masculine en général et encore plus de prévenir des incidents très rares comme le multiple meurtre par la main d'un esprit dérangé.

Les hommes abuseurs ont souvent été des enfants abusés dans des familles perturbées. Une mesure générale de prévention serait sûrement d'accorder une attention plus stable et continue à des groupes plus vulnérables d'enfants. Il faudrait essayer de personnaliser davantage l'aide apportée et de diminuer la discontinuité des ressources et des

professionnels. Nous demeurerons toujours tiraillés entre le désir d'aider des groupes-cibles et le risque de stigmatiser.

Il serait impossible et même dangereux pour les droits de la personne de s'alarmer et de vouloir intervenir auprès de toutes les personnes plus marginales entretenant des fantaisies agressives. Même chez quelqu'un comme l'agresseur, dont l'histoire et la condition renferment de multiples facteurs de risque, il est difficile de prédire la dangerosité et de définir la nécessité d'intervention plus ou moins immédiate, volontaire ou imposée.

L'agresseur aurait possiblement mal toléré une offre d'aide psychothérapeutique. Cependant, son entourage aurait pu être davantage sensibilisé à certains signes prédictifs d'une décompensation ou d'un risque imminent de passage à l'acte. Des changements assez soudains d'habitudes et d'attitudes chez une personne dont le caractère est plutôt rigide devraient habituellement conduire à une attention particulière. L'agresseur avait maigri, il avait commencé à donner ses biens, etc...

Enfin, toute mesure sociale valorisant la tolérance, l'entraide, la communication, la famille, aux dépens de l'individualisme, du matérialisme, des comportements d'oppression et de domination serait de nature préventive.

Cette note ne fait qu'évoquer quelques points. Le problème demeure entier. Je suis disponible à en reparler pour une discussion plus élaborée.

8.3 Expertise "niveau préventif versus l'agresseur" faite par un psychanaliste en santé mentale (Docteur Noël Montgrain)

La lecture du dossier qui m'a été remis ne me permet pas de faire le diagnostic d'un trouble psychotique. Il s'agit cependant d'une personne présentant un trouble de la personnalité relativement important que l'on pourrait qualifier grosso modo de schyzotypal.

Cependant, rien ne permet même a posteriori de découvrir quelque élément qui aurait pu permettre de prédire l'événement.

Il n'est donc pas possible, à partir de ce dossier, d'établir quelques lignes de conduite que ce soit dans l'ordre de la prévention.

À la suite d'un événement comme celui-là, et compte tenu qu'il est impossible de tracer un tableau permettant quelque élément de prédiction à partir de la personne impliquée, il ne reste plus qu'à regarder un aussi tragique événement comme un symptôme d'un malaise profond dans notre société actuelle. C'est donc un questionnement global sur les conditions de vie non pas seulement des femmes mais aussi des hommes, particulièrement dans la société québécoise.

8.4 Expertise "niveau préventif versus l'agresseur" faite par une travailleuse sociale en santé mentale (Madame Claudette LeBrun)

Comment définit-on l'état de santé mentale d'un individu? Pour moi, c'est la recherche d'un état de bien-être qui conduit à un certain équilibre psycho-socio-affectif.

Dans le cas de "l'agresseur", on peut parler d'un enfant mal-aimé qui a grandi dans des conditions très défavorables. L'instabilité affective, le climat de violence familiale ont lourdement handicapé son développement psychosocial.

Pour se protéger des blessures de son enfance, il s'est érigé un mur qui a semblé impénétrable aux autres; repli sur soi, rigidité, isolement social, pensée magique.

L'ordinateur est devenu pour l'agresseur "objet d'affection", secteur exclusif dans lequel il s'est investi, sauf que "l'instrument" ne répond pas aux besoins affectifs de la personne.

Si on parle de mesures de prévention, il faut aussi parler d'interventions préventives.

Du jeune enfant jusqu'au jeune adulte, "l'agresseur" a manifesté, à sa façon, sa détresse; sauf que peu de gens ne semblent avoir été à l'écoute. Son retrait social, son isolement affectif, ses échecs, son potentiel d'agressivité élevé, ses difficultés d'intégration, son associabilité sont des indices observables.

L'agresseur a côtoyé plusieurs organismes et/ou personne-ressource du réseau social (cf.: Annexe 2), il serait souhaitable, dans une perspective de prévention, d'aborder le sujet, de l'appivoiser, lui offrir de l'aide, de la disponibilité. L'agresseur ne semble pas avoir bénéficié d'aucun support social (selon le Rapport). L'agresseur a donc grandi dans le rejet, la haine, la violence, le ressentiment, la rivalité, l'insécurité.

Le profil psychologique du jeune homme s'est concentré autour de son mal-être et l'on connaît les conséquences tragiques.

Prévention:

Le milieu scolaire est certainement propice au dépistage de problèmes psychosociaux chez les enfants.

L'entourage connaissait l'intérêt exclusif de l'agresseur pour l'ordinateur, on reconnaissait aussi un potentiel intellectuel élevé et des aspirations professionnelles constructives.

Une intervention de support de valorisation de ses capacités et des conseils adéquats concernant son orientation professionnelle auraient possiblement réorienté le cours de sa vie.

Entre autres, le contact quotidien école/enfant et la relation privilégiée qui peut s'établir entre l'enfant/professeur. L'observation qu'on peut dégager de l'attitude, des comportements, de l'expression de l'enfant peut aussi être très révélatrice de ses conflits internes. Mais l'école n'est pas le seul organisme impliqué dans le cas de l'agresseur car tout au cours de sa vie, il a côtoyé des personnes-ressources susceptibles de dépister le malaise toujours grandissant qui s'installait.

Niveau préventif:

À ma connaissance, on ne naît pas avec un trouble de la personnalité, c'est une inadaptation qui se développe au fur et à mesure dans la croissance de l'individu.

Le milieu familial, la relation parentale, l'environnement sont des secteurs-clé qui influencent la personnalité et/ou trouble le développement.

La prévention est statistiquement difficile à mesurer par conséquent, se démontre moins bien. Ça peut être des gestes gratuits, des attitudes aidantes, des contacts supportants, des réactions rassurantes ou tout simplement une information juste. Le plus important chez un aidant, c'est la personne elle-même et son approche. La prévention c'est aussi des programmes d'interventions structurées auprès de clientèles diverses, dans différents milieux de vie. C'est aussi l'implication des groupes sociaux dans les quartiers.

Problématique II
Le jeune enfant vivant dans un
milieu familial perturbé

Chapitre 9

PROBLÉMATIQUE II

LE JEUNE ENFANT VIVANT DANS UN MILIEU FAMILIAL PERTURBÉ

Le jeune enfant vivant dans un milieu familial perturbé

L'agresseur est l'exemple d'un enfant vivant dans un milieu familial nuisible à son équilibre et son développement. Il a été retiré de son milieu pour sa protection et a été placé d'un milieu de substitut à un autre (plusieurs familles d'accueil), ce qui l'a privé de tout modèle parental stable.

Selon Jean Piaget (13), la petite enfance est sans doute la période la plus intense de la socialisation; les connaissances, les normes, les valeurs du milieu après avoir été imposées de l'extérieur progressivement, s'intériorisent pour devenir la raison et la conscience de chaque personne. Sorokin (14) décrit la socialisation comme le processus par lequel la personne humaine apprend et intériorise tout au cours de la vie les éléments socio-culturels de son milieu, les intègre à la structure de sa personnalité sous l'influence d'expériences et d'agents sociaux significatifs, et par là, s'adapte à l'environnement social où elle doit vivre. Il est primordial qu'un enfant puisse se développer dans un milieu psycho-socio-affectif stable, car les préjudices causés à l'enfant vivant dans un milieu perturbé et sans modèle parental stable laissent des séquelles permanentes (cf.: Annexe 3).

Présentation de la problématique II
au ministère de la Santé et
des Services sociaux

Chapitre 10

PRÉSENTATION DE LA PROBLÉMATIQUE II AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le ministère est conscient des différentes problématiques que vivent les jeunes en difficulté et espère, par sa réforme (cf.: Annexe 3), intensifier les activités préventives auprès des jeunes en matière de santé mentale et de violence. La recherche de solutions doit principalement s'orienter vers la prévention précoce et la mise en place de services adaptés dans les milieux de vie des jeunes. Il faut améliorer la qualité des services de protection de la jeunesse.

Conclusion

CONCLUSION

L'évaluation de l'intervention psychosociale de l'événement à la Polytechnique nous a permis de constater que le CRSSS, la Fédération des CLSC, les CLSC, le CSS, n'étaient pas prêts pour intervenir sur le plan de la récupération psychologique le soir de l'événement et dans les premières 72 heures post-tragédie (cf.: Annexe 1). Il n'existe pas de plan ou de protocole d'intervention psychosociale lors d'un sinistre, pourtant, les services de santé et les services sociaux font partie des services essentiels lors d'un sinistre. La loi sur les services de santé et les services sociaux confie au ministère le pouvoir de rendre accessible à toute personne, d'une façon continue et pendant toute sa vie, la gamme complète des services de santé et des services sociaux. Le ministère doit donc assurer à la population, en de tels moments, les services essentiels au moyen de plan d'urgence au niveau psychosocial. Le plan en situation d'urgence ne peut s'élaborer sans la participation des Conseils Régionaux de la Santé et des Services Sociaux; ils devront assumer leur rôle de coordination.

La récupération psychologique lors d'un sinistre se fait dans un but préventif, pour diminuer les séquelles psychologiques suite à ces événements. Les CLSC ont pris une position plus curative que préventive, ils n'ont pas assumé leur rôle de première ligne, ils doivent concevoir l'agir de façon pro-active lors d'un sinistre.

L'intervention psychosociale lors de l'événement à la Polytechnique fut privilégiée car l'Université de Montréal a pris la responsabilité d'offrir l'aide psychologique aux victimes primaires et secondaires. Le modèle d'intervention "récupération psychologique" a été adéquat et fait selon le plan de l'évaluation à l'annexe 1. L'expérience du service de psychologie de l'Université de Montréal peut servir de modèle pour l'intervention psychosociale d'un sinistre.

Le Centre de crise Tracom a démontré une collaboration et a offert un service efficient et efficace lors de cet événement.

La SPCUM et l'Université de Montréal ont pris leur responsabilité comme employeurs en offrant à leurs employés des rencontres de décompression (debriefing) dans un bref délai après le sinistre, et le service d'aide aux employés a assuré le suivi à plus long terme au besoin.

Il est nécessaire que notre population puisse compter sur un plan d'urgence global au moment d'un sinistre. La coordination et l'agir devront avoir pour objectif le bien-être du citoyen.

L'enfant d'aujourd'hui sera l'homme et la femme de demain; il est important de lui offrir un milieu de vie sain qui favorisera son équilibre. L'enfant vivant dans une famille problématique doit être protégé. Notre société se doit de lui offrir un lieu d'ancrage où il pourra être en sécurité et se développer sans préjudice. Ce lieu d'ancrage ne doit pas être offert qu'à l'enfant dont il y a eu plainte à la Direction de la Protection de la Jeunesse ou ayant commis un délit. Cette ressource doit être offerte dans un but préventif pour apporter du support aux parents, et par le fait même, diminuer l'impact psychologique à court et/ou à long terme chez l'enfant.

Dans la lecture de l'enquête sur l'agresseur, un fait a retenu mon attention: l'agresseur a eu des attitudes et un comportement dérangeants en obstruant partiellement l'accès à un local pendant 45 minutes sans qu'il n'y ait aucune intervention. I.P.P.N.A. (Intervention psychologique, physique non abusive), par sa théorie démontre les signes observables d'une

possibilité d'escalade au passage à l'acte quand l'individu utilise des attitudes dérangeantes pour passer le message "aide-moi, je vais perdre le contrôle" (cf.: Annexe 4). Les agents de sécurité et la population doivent être sensibilisés à cette théorie car l'intervention peut éviter des drames comme celui de l'École Polytechnique. La prévention doit être une priorité et ceci à tous les points de vue dans notre société. Une mesure de prévention en santé mentale au moment d'un sinistre serait d'informer la population des ressources disponibles dans leur région.

Recommandations

RECOMMANDATIONS - PROBLÉMATIQUE I

- 1) Le CRSSS devra établir un plan de coordination pour intervention psychosociale au moment d'un sinistre.
 - a) Dans le plan, il sera prévu la séquence d'entrée en action de toutes les ressources-santé et sociales du milieu (curatives et préventives), requises dès l'alerte jusqu'à la fin des opérations d'urgence et ce, en tout temps.
 - b) Des critères seront établis et à partir de ceux-ci, les équipes seront alertées et auront à se rendre sur le terrain.
- 2) Le CRSSS devra avoir une banque d'experts pouvant offrir leur expertise aux autres intervenants lors d'un sinistre.
- 3) Une formation adéquate devra être faite auprès des intervenants de 1^{ère} ligne et ceci, à tous les niveaux d'intervention psychosociale.
- 4) Un protocole d'entente devra être établi entre le coordonnateur du CRSSS et les ressources complémentaires, et ceci, dans le but d'éviter que la quantité de services annoncés contribue à nourrir le sentiment de panique dans la population.
- 5) Les CLSC auront la responsabilité de l'agir quant au savoir, savoir-être et savoir-faire dans les situations de sinistre.
- 6) Les CLSC devront se responsabiliser en vue de maximiser le temps et l'adéquation de leurs réponses en cas de sinistre.

RECOMMANDATIONS - PROBLÉMATIQUE II

- 1) Développer des écoles primaires et secondaires avec pension et de faciliter l'accessibilité à ce type de ressource. Cette alternative procure aux parents un support plutôt qu'un remplacement.

- 2) Prise en charge globale psycho-socio-affective par un intervenant auprès de l'enfant, car cette personne servira de modèle et de personne stable à qui il pourra s'identifier; par le fait même, minimiser les multiples interventions que l'enfant aurait peut-être à vivre.

RECOMMANDATIONS "SÉCURITÉ ET PRÉVENTION"

- 1) Le gouvernement devrait légiférer sur un minimum de formation des personnes impliquées en première ligne dans la sécurité publique, tels les agents de sécurité; à noter que cette recommandation ne s'applique pas aux policiers (formation adéquate).

Cette formation obligatoire devrait porter, de façon non exhaustive, sur les points suivants:

- l'observation
- le décodage de la signification des différentes attitudes et comportements
- attitude à utiliser face à différents comportements
- l'intervention préventive
- initiation aux premiers soins en cas d'urgence.

- 2) Campagne d'information s'adressant au public en général.

Cette campagne aura pour but:

- a) Sensibiliser la population à l'observation et à l'identification des attitudes et comportements des gens côtoyés, connus ou inconnus, pouvant être un indice de malaises (profonds ou passagers).

La principale barrière à vaincre étant l'indifférence ou l'inaction de la population.

- b) Identifier les ressources de référence pouvant apporter de l'aide à ce type d'individu, ex.: CLSC, CSS, Centre de crise, maison d'hébergement, etc...
- 3) Au moment d'un sinistre, avec la collaboration des médias, des messages publicitaires devraient être diffusés pour identifier les ressources régionales disponibles pouvant apporter du support ou de l'aide aux victimes primaires, secondaires et tertiaires.

Références

RÉFÉRENCES

- (1) Rapoport, L.: The state of crisis: some theoretical considerations, Soc. Service Rev. 36: 211-217, juin 1962.
- (2) Caplan, G.: Principles of preventive psychiatry, New York, 1964, Basic Books, Inc., Publishers.
- (3) Renaud Leroux
Les conséquences et les répercussions psychosociales immédiates d'un sinistre.
- (4) Aguilera et Messick. Seconde édition - Mosby 1976
Intervention en situation de crise: (18-20-73). Effet des facteurs de décompensation dans un événement stressant (tableau 68).
- (5) William C.L. Solomen S.D. Bartone, P. Primary Prevention in Aircraft Desastes American Psychologist September 1988. (730-739).
- (6) Toubiana, Y. et coll.
Therapeutic community in the Forward Army Field Hospital: treatment, education and expectancy in combat stress reaction, in N.A. Milgram (Ed), Stress and coping in time of war: generalizations from the Israeli experience, New York, Brunner/Mazel, 1986

Toubiana, Y. H. et Milgram, N.A.

Crisis intervention in a school community disaster: principles and practices, Journal of Community Psychology, avril 1988, 16: 228-240.

(7) Plan d'évaluation pour intervention psychosociale lors de tragédie.

Gabrielle Mercier Leblond: Clinicienne santé mentale, urgence Centre hospitalier Université Laval.

Jean-Pierre Fournier: Psychiatre, spécialité intervention de de crise, Centre hospitalier Université Laval.

Raymond-Gabriel Therrien: Psychologue, CLSC la Source.

Renaud Leroux: Médecin coordonnateur des mesures d'urgence au CRSSS, région 03.

(8) Raymond Gabriel Therrien M. Ps

Soutien à l'intervention face à la tragédie de l'école Polytechnique de Montréal (février 1990).

(9) Raymond Gabriel Therrien M. Ps

Protocole de rencontre de debriefing dans une organisation de travail.

(10) Chatelaine Décembre 1990, Survivre par Francine Montpetit (55 à 61)

Série Parler pour parler (Radio-Canada) Avril 1990

Rencontre: Victime primaire étudiante, École Polytechnique

Monsieur Gilles Lussier, Psychologue, École Polytechnique

Monsieur Gilles Gauthier, Directeur du service aux étudiants, École Polytechnique

Monsieur Louis Courville, Directeur des études, École Polytechnique
Monsieur Claude Pratte, Directeur du service de psychologie de l'Université de
Montréal.

(11) Match de la Vie (Télé-Métropole)

Poly 1 an après, 4 décembre 1990

La Presse, 1^{er} décembre 1990 - B

La Presse, 25 novembre 1990, page 1

Journal de Québec, 9 décembre 1990, page 2

Journal de Québec, 3 décembre 1990

Journal de Québec, 2 décembre 1990, page 5

Le Soleil, 2 décembre 1990, B.6

Rencontre:

Monsieur Pierre Leclerc, père de Maryse

Monsieur Louis Courville, Directeur de la Polytechnique par intérim lors de
l'événement

Monsieur Claude Pratte, Directeur du service de psychologie, Université de
Montréal.

(12) - Module Intervention de crise Hôpital Royal Victoria

- CLSC Côte-des-Neiges

- CLSC Laurier Station

- Tracom centre de crise

- Urgence Centre hospitalier Université Laval

- (13) Jean Piaget, Le langage et la pensée chez l'enfant, Neufchatel: Delachaux et Niestlé, 4^{ème} édition 1956
- (14) P. Sorokin, Society culture and personality: their structure and dynamies, New York: Harver 1947
- (15) IPPNA (Intervention psychologique et physique non-abusive), NAPPI, 250 Minot Avenue Auburn, Maine

Personnes consultées

PERSONNES CONSULTÉES

Centre Hospitalier Université Laval, docteur Jean-Pierre Fournier, psychiatre

CLSC La Source Charlesbourg, Monsieur Raymond-Gabriel Therrien, psychologue

Hôpital Général de Montréal, Madame Johanne Lamontagne, directrice des relations communautaires

Hôpital Général Juif, docteur Marc Affilalo, directeur de l'urgence, Madame Rezoski, coordonnatrice

Hôpital Royal Victoria, docteur Mimi Israël, psychiatre, responsable du module d'intervention de crise

Urgences-Santé, Madame Louise Hébert-Aubé, directrice des opérations

SPCUM, Monsieur Jacques Lessard, directeur poste 33

CRSSS, Madame Marie-France Pjeiffer, responsable des projets intersectoriels

Fédération des CLSC - Région Montréal, Monsieur Michel Bissonnette, président

CLSC Côte-des-Neiges, Madame Suzanne Descôteaux, responsable

CSS, Monsieur Justo Michelena, directeur-adjoint

DSC Hôpital Ste-Justine, Monsieur Tessier, responsable des communications

Tracom (centre de crise), Monsieur Yvan Drouin, directeur

Corporation Professionnelle des Psychologues du Québec, Madame Diane côté,
responsable des communications

CSST-IVAC, Monsieur Sylvain Gendreau, directeur de l'IVAC

CAVAC, Madame Louise Geoffrion, coordonnatrice

Plaidoyer-Victimes, Madame Arlène Gaudreault, présidente

École Polytechnique, rencontre des étudiants, Madame Marie-Josée Leblond, vice-
présidente des affaires externes, Association des étudiants

C.S.S.M.M., Madame Ginette Larouche, experte en violence conjugale au CSS

Le regroupement provincial du centre de femmes "Hébergement", Madame Diane
Prud'Homme, présidente

Association des ressources intervenant auprès des hommes violents, Monsieur Claude Roy,
président de l'association

CRSSS, docteur Renaud Leroux, coordonnateur des mesures d'urgence

Centre Hospitalier Université Laval, Madame Marie Chabot, psychologue en santé mentale

Centre Hospitalier Robert-Giffard, docteur Yvon Garneau, médecin psychiatre en médico-légal

Centre Hospitalier Université Laval, docteur Noël Montgrain, médecin psychiatre analytique

Centre Hospitalier Université Laval, madame Claudette LeBrun, travailleuse sociale en santé mentale

M.S.S.S.S., Monsieur Maurice Boisvert, sous-ministre

Monsieur André Huot, chef de service, service des programmes à la communauté

Monsieur Michel Bélanger, chargé de programmes

Monsieur Pierre Michaud, directeur à la direction des programmes, communauté famille-jeunesse

Monsieur Roger Flashner, chef de la division des mesures d'urgence

U
E
N
C
O
O
R
G
S
O
O
O
C
S
A
S
O

Annexes

ANNEXE 1

PLAN D'ÉVALUATION POUR INTERVENTION PSYCHOSOCIALE LORS D'UN SINISTRE

Identification des personnes à risque, de développer des problèmes psychologiques durant le sinistre et par la suite.

- 1) Les survivants de la tragédie (victimes primaires contact direct avec l'agresseur), étudiants(tes), professeurs(res) et personnel de soutien de la Polytechnique;
- 2) Les familles en deuil, l'entourage des victimes et les autres étudiants de la Polytechnique (victimes secondaires contact avec les victimes primaires);
- 3) Les intervenants eux-mêmes (victimes tertiaires déterminant via facteurs de risques);
 - a) les policiers;
 - b) les équipes médicales;
 - c) les traumatologues, les techniciens en pathologie;
 - d) le personnel assurant le support psychologique aux victimes primaires et secondaires;
- 4) La population en général (victimes tertiaires)

Évaluation de l'intervention psychosociale:

- 1) Y-a-t-il un plan communautaire d'intervention (avec coordination) pour la récupération psychologique des victimes d'une urgence collective?
- 2) Est-ce qu'il y a un plan pouvant faire appel aux ressources du milieu (organisation communautaire) et aux organisations publiques, selon un mode d'intervention intégré et un modèle prévu d'avance comme le propose Harshbarger?
- 3) Existe-t-il un protocole d'aide psychosociale intégré à l'équipe d'intervention en situation d'urgence?
- 4) Quels sont les types d'intervention, d'aide et de support aux victimes primaires, secondaires et autres au moment du vécu traumatique?
- 5) Est-ce qu'il y a une session d'informations destinée aux victimes primaires, secondaires et tertiaires sur le stress post-traumatique et les services offerts?
- 6) Est-ce qu'il y a des groupes de décompression destinés aux victimes primaires, secondaires et tertiaires peu après l'événement (dans les 24 à 72 heures)?
- 7) Un suivi des différents groupes de décompression est-il fait?
- 8) La composition des groupes permet-elle un regroupement homogène des participants selon leurs caractéristiques?

Ex: Famille/étudiants/professeurs(res)/administrateurs/ policiers/amis(ies)/etc.

- 9) Est-ce que les groupes sont restreints?
- 10) Est-ce que la formule d'intervention est sous forme d'assistance et de support dans un premier temps?
- 11) L'orientation est-elle faite par du personnel psychosocial compétent en la matière?
- 12) Sinon une sensibilisation et une formation du personnel est-elle dispensée aux animateurs de ces interventions? Cette formation existe-t-elle au Québec? - Où la prend-t-on?
- 13) Est-ce qu'il y a des groupes de support et d'entraide destinés aux victimes ayant des malaises importants et persistants? -Quels sont les critères pour les sélectionner?
- 14) Est-ce qu'il y a possibilité de référer en thérapie individuelle des personnes présentant des troubles émotifs sérieux ou présentant une décompensation psychologique? -Quels sont les critères de sélection et les moyens de les identifier?
- 15) Est-ce qu'il y a un comité de support aux différents intervenants qui apporte de l'aide psychologique aux différentes victimes?
- 16) Quel est le partage de l'aide psychosociale selon le moment de la post-crise à travers les différentes ressources en santé mentale de la région montréalaise? (Ex:

universités, Polytechnique, urgences, CHCD, CLSC, CSS, DSC, centres de crise, cliniques en santé mentale, Corporation Professionnelle des Psychologues, etc.).

ANNEXE 2

EXPERTISE PRÉSENTÉE PAR MADAME CLAUDETTE LEBRUN,
TRAVAILLEUSE SOCIALE

TRAJECTOIRE DE L'AGRESSEUR DANS LA STRUCTURE SOCIALE

	Événement-facteur de risque	Organisme impliqué - Possibilité d'intervention
Enfant	- placements et déplacements, familles d'accueil	Réseau psychosocial
	- changements d'écoles (6)	Réseau scolaire
	- violence familiale	Système de protection
	- séparation des parents	Cour supérieure
	- absence de relation affective	Système de gratification
Adolescent	- 13 ans, démarche pour changement d'identité	Personne impliquée (légal)
	- 14 ans, divorce officiel garde des enfants (climat)	Cour supérieure
	- apprentissage précoce du maniement des armes	Sécurité publique
	- relation de "rivalité" avec soeur	
	- troubles de comportement de sa soeur	Tribunal Jeunesse - DPJ
	- ambitions professionnelles élevées mais déçues	Conseiller scolaire
	- refus Forces Armées Canadiennes et commentaires	Forces Armées Canadiennes
	- inaptitudes sociales de plus en plus marquées	Implication groupes sociaux
- image physique repoussante (acné)	Consultation médicale	

	Événement-facteur de risque	Organisme impliqué - Possibilité d'intervention
Jeune adulte	<ul style="list-style-type: none">- difficultés relationnelles au travail- départ forcé- changement d'orientation professionnelle- échecs scolaires- stage refusé Défense Nationale- admission Polytechnique conditionnelle- problème de communication verbale- indices d'associabilité- échecs avec les filles- absence de support social	<ul style="list-style-type: none">Programme d'aide aux employésProgramme d'assurance-chômageRéseau scolaireRéseau scolaireRéseau scolaire privéConseillers pédagogiquesRéférence orthophonie-aideApproche systémique - AmisApproche systémique - AmisApproche réseau

Personnalité se structure autour de:

Interventions

L'échec, le rejet, déceptions, frustrations, agressivité, haine, mépris, injustice, idées de vengeance, instinct de mort, isolement social, blocage affectif, rigidité, marginalité, hostilité

3 pôles = Thème "Violence"
Ennemi "la femme"
Objet "écran" (image)
Accessoire "les armes"
But "détruire"

Briser l'isolement

Apprivoiser l'individu

Développer relation de confiance

Adulte-conseiller

Trouver du support social

Identifier "potentiel de risque"

Développer habiletés sociales

Valoriser capacités intellectuelles

Faciliter l'expression des émotions

Améliorer image physique

Socialiser appartenance à des groupes sociaux

ANNEXE 3

UNE RÉFORME AXÉE SUR LE CITOYEN

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

2.2.2 Les jeunes en difficulté

La transformation des valeurs et des modes de vie au sein de la société québécoise a des répercussions sur la stabilité de la famille et sur la structure familiale elle-même. Les ruptures d'union sont nombreuses: en 1986, trois mariages sur cinq se soldent par un échec. La monoparentalité est déjà le lot d'un ménage sur cinq. Lorsque ces conditions se conjuguent à la pauvreté, elles sont source de difficultés encore plus grandes pour la famille et les jeunes.

Les problèmes auxquels sont exposés les jeunes sont tels qu'ils commandent la plus grande attention. C'est pourquoi le Ministre a mandaté prioritairement un comité d'experts pour lui fournir des recommandations spécifiques à l'intention des jeunes dans le cadre de l'élaboration de la Politique de santé et de bien-être.

Chaque année, 50 000 jeunes sont signalés aux directeurs de la protection de la jeunesse. Près de la moitié des signalements reçus sont retenus. Parmi ces derniers, 12 530 jeunes avaient été victimes d'abus physiques, d'abus sexuels ou de différentes formes de négligence pour la seule année 1989. Les sévices subis par ces jeunes laissent des séquelles permanentes qui peuvent se manifester par des retards de développement, des troubles de la personnalité, des désordres du sommeil ou des idées suicidaires.

Dans bien des cas, le milieu familial est si nuisible à l'équilibre et au développement de l'enfant ou du jeune qu'on doit l'en retirer. Souvent débordées, les familles ont rarement, sinon jamais, accès à des ressources susceptibles de les soutenir et de les aider dans l'accomplissement des rôles parentaux. La situation se dégrade de telle sorte que le placement des enfants en milieu substitut est souvent perçu comme la seule façon d'assurer leur protection. En 1989, 55% des 16 532 enfants pris en charge par le Directeur de la protection de la jeunesse vivaient dans un milieu substitut.

D'autres problèmes risquent alors de se poser. Des jeunes sont déplacés d'un milieu substitut à un autre, ce qui les prive de tout milieu parental stable. Pourtant, la Loi sur la protection de la jeunesse permet à certains jeunes de retrouver une stabilité en milieu parental par le biais de l'adoption régulière. Seulement 665 enfants en ont cependant bénéficié en 1989-1990, ce qui semble peu si l'on considère les quelque 3 800 couples québécois en attente dans ce domaine. Les problèmes d'adaptation chez l'enfant s'amplifient avec l'âge. Les premières difficultés se manifestent par des troubles de développement en bas âge (0-6 ans), des difficultés relationnelles, des difficultés d'apprentissage et des problèmes de personnalité. En 1988, près de 17 000 jeunes présentaient des troubles de comportement en milieu scolaire. Durant la même année, 35 000 jeunes abandonnaient l'école secondaire. Près du tiers des étudiants n'obtenaient pas leur diplôme d'études secondaires.

La mésadaptation sociale est aussi à l'origine de la délinquance et de l'itinérance. En 1988, plus de 6 000 adolescents ont fait l'objet d'une ordonnance du tribunal en vertu de la Loi sur les jeunes contrevenants. De plus, les directeurs de la protection de la jeunesse ont rendu, cette année-là, 4 500 décisions exigeant une réparation pour un délit mineur.

De fait, les troubles de comportements sérieux représentent environ 24% des situations de prises en charge en protection de la jeunesse au cours des trois dernières années. En 1989-1990, plus de 25 000 jeunes de 12 à 17 ans ont été appréhendés après avoir commis un ou plusieurs délits. Les crimes de violence contre la personne affichent une nette progression depuis 1986, soit une augmentation de l'ordre de 85%.

La consommation de drogues illicites chez les jeunes est également en progression et débute vers l'âge de 12 ans, comme le souligne le Rapport Bertrand. Les jeunes sont également très exposés aux maladies transmissibles sexuellement. En outre, 25% des cas de chlamydia affectent les jeunes de 15 à 19 ans.

Le suicide constitue un problème particulièrement aigu chez les jeunes. Le taux de suicide grave autour de 24 pour 100 000 chez les adolescents de 15 à 19 ans et de 4 pour 100 000 chez les adolescentes. Il se situe parmi les taux les plus élevés au monde.

De plus, et malgré les efforts déployés au cours des dernières années, les directeurs de la protection de la jeunesse font face à des difficultés: le nombre de cas qui leur sont soumis excède la capacité de prise en charge; les intervenants sont conscients des limites de l'approche thérapeutique et de la probabilité élevée de récurrence. La recherche de solutions doit principalement s'orienter vers la prévention précoce et la mise en place de services adaptés dans les milieux de vie des jeunes. Il faut que les familles aient accès à des formes d'aide diversifiées, dans leur milieu, pour éviter le placement de leurs enfants et empêcher les déplacements subséquents d'un milieu substitut à un autre. Il faut enfin mettre à la disposition des jeunes des ressources de placement plus légères et améliorer la qualité des services de protection de la jeunesse.

Afin de diminuer l'incidence et la gravité des problèmes chez les jeunes, le Ministre entend:

- intensifier les activités préventives auprès des jeunes en matière d'usage des drogues et d'abus d'alcool, de MTS, de santé mentale (notamment le suicide), de décrochage scolaire, d'itinérance, de prostitution juvénile, de violence.

Afin d'assurer l'accessibilité dans la communauté aux services requis pour les enfants et les familles, le Ministre entend:

en CLSC,

- développer ou consolider les services destinés aux enfants de 11 ans ou moins et à leur famille afin de dépister notamment les retards de développement, de prévenir les abus et la négligence parentale et d'intervenir dans une optique générale de soutien et d'amélioration de la compétence parentale;
- intensifier les services sociaux aux jeunes en milieu scolaire et prioritairement au niveau primaire en faisant passer le ratio des effectifs d'un intervenant pour 4 310 jeunes à un pour 2 800;
- développer des services de consultation spécialement destinés aux jeunes de 12 à 18 ans aux prises avec des problèmes fréquents à cet âge (MTS, drogues, etc.) ou avec des problèmes ayant un caractère plus aigu dans certains territoires (itinérance, prostitution, délinquance);

- . au niveau des organismes communautaires,
 - soutenir en priorité des projets communautaires novateurs ayant pour but de venir en aide aux enfants et à leur famille, ainsi qu'aux jeunes aux prises avec des difficultés d'intégration sociale;
- . dans chaque région,
 - mettre en place des services de médiation familiale pour diminuer les effets négatifs des ruptures d'union sur les adultes et leurs enfants.

Afin d'éviter le placement et d'empêcher les déplacements d'un milieu substitut à un autre, le Ministre entend:

- soutenir financièrement des projets visant la création d'équipes locales aptes à venir en aide aux familles en difficulté, que ce soit par des services spécifiques de répit et de soutien destinés aux parents les plus démunis ou, plus globalement, par des services orientés vers le renforcement de la capacité parentale;
- réviser les pratiques actuelles en matière d'adoption.

Afin de mettre à la disposition des jeunes des ressources de placement plus légères, le Ministre entend:

- encourager la mise sur pied de ressources d'hébergement temporaire pour les jeunes, axées sur la réinsertion sociale et privilégiant la réinsertion scolaire ou l'intégration en milieu de travail;
- réviser les pratiques actuelles entourant la prise de décision en matière de placement d'enfants ou de jeunes en difficulté en vue:
 - . de limiter dans la mesure du possible le recours au placement;
 - . d'offrir aux jeunes des possibilités de réadaptation dans différentes ressources.

Afin d'améliorer la qualité des services de protection de la jeunesse, le Ministre entend:

- continuer de réduire les listes d'attente en protection de la jeunesse, en supportant l'application du Rapport sur l'analyse des activités de réception et de traitement des signalements, d'évaluation et d'orientation en protection de la jeunesse;
- accorder un suivi aux familles et aux jeunes dont le signalement n'a pas été retenu dans le cadre de l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse mais qui méritent quand même une attention particulière;
- donner les suites appropriées aux recommandations du groupe de travail mandaté pour améliorer le processus de prise en charge.

ANNEXE 4

IPPNA - ÉVALUATION - ÉVALUATION RAPIDE (15)

Pour évaluer comment intervenir dans une situation, vous devez déterminer le danger potentiel que la personne représente.

L'évaluation rapide se concentre sur le degré de danger potentiel qu'une personne représente.

REGARDEZ - QUE VOYEZ-VOUS?

Langage Corporel:

- | | |
|-----------------------------|------------------|
| - Poings serrés | Distancer |
| Dévisager ou hypervigilance | Faire des gestes |
| Expressions faciales | |
| Postures et poses | |

Activité psychomotrice:

- | | |
|-----------------------------------|--------------------|
| - Arpenter | Soupirer |
| Se tordre les mains | Respiration rapide |
| Mouvements de bras ritualistiques | |
| Mouvement de la tête ou de l'oeil | |
| Dents serrées | |
| Peau rougeâtre | |

Comportement - Changement?

Réaction en sursaut?

Observation objective d'un comportement dangereux

Comportement hallucinatoire?

Position sur l'échelle de comportements? (cf.: page 101)

ÉCOUTEZ - QU'ENTENDEZ-VOUS?

Contenu du discours - De quoi la personne parle-t-elle?

À qui la personne parle-t-elle?

Y a-t-il des menaces?

La personne répond-elle aux vraies personnes ou aux événements?

La personne est-elle orientée en fonction du temps, des lieux, des gens?

Organisation du discours - La personne a-t-elle une aisance d'élocution?

Saute-t-elle sans transition d'un sujet à l'autre?

La personne peut-elle suivre une piste?

Répétitif, stéréotypique, rimé?

Allure? Blocage? Quantité?

TESTEZ - POUVEZ-VOUS ÉTABLIR LE CONTACT?

Pouvez-vous établir un contact non-verbal?

Pouvez-vous établir un contact verbal?

Pouvez-vous réduire la distance interpersonnelle?

Comment la personne répond-elle/réagit-elle à votre contact?

IPPNA - ÉVALUATION - LA PERSONNE IMPRÉVISIBLE

La direction d'un client hostile, agressif ou violent demande que le personnel comprenne la nature de l'épisode violent, qu'il maintienne le contrôle de ses propres sentiments et qu'il reconnaisse certains éléments d'une bonne approche thérapeutique.

1. L'épisode violent

- A. Le client hostile/violent peut être en train de faire face à une perte de contrôles internes. Une telle perte de contrôle peut être effrayante pour la personne et elle a besoin qu'on lui fournisse des contrôles externes.
- B. Un incident hostile/violent peut être le résultat d'avoir mis les contrôles à l'épreuve, particulièrement lorsqu'il s'agit d'un nouveau client ou d'un nouvel environnement pour lui ou quand les contrôles et les espoirs sont inconsistants.
- C. Un incident hostile/violent peut être une réponse aux attentes sociales ou du milieu.
- D. Certains individus peuvent montrer une prédisposition à la violence comme mode d'expression. Il est difficile de reconnaître les clients qui ont le potentiel nécessaire à la violence ou à l'agression. Toutefois, certaines caractéristiques se manifestent chez les personnes prédisposées à la violence. Parmi celles-ci, on retrouve:

1. Une tolérance marginale à l'anxiété et à la frustration.
2. Une tendance à agir plutôt qu'à penser.
3. Des relations interpersonnelles limitées, superficielles ou ambivalentes.
4. Un égocentrisme intense.
5. Une tendance à percevoir les autres comme puissants et soi-même comme inadéquat, inférieur ou faible.
6. Une tendance à faire des jugements méfiants et des suppositions de desseins hostiles.
7. Une personnalité surcontrôlée.
8. Une tendance au prédicat logique ou aux réflexions concrètes.
9. Une aversion aux relations interpersonnelles.
10. Un revirement possible des systèmes de récompense.
11. Une ignorance émotionnelle - une gamme limitée d'émotions qui restreint et frustre l'expression.

L'ÉCHELLE DE COMPORTEMENT (IPPNA)

