

TROUBLE STRESS POST-TRAUMATIQUE

GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE



Publié par le NICE en décembre 2018, ce guide (NG116) remplace et met à jour le guide CG26 publié en mars 2005.

Publié par le MSSS en avril 2023.

Le guide de pratique clinique Trouble stress post-traumatique : Guide de pratique clinique est tiré du guide Post-traumatic stress disorder Clinical guideline © NICE [2018], qu'il est possible de consulter à <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>. Tous droits réservés. Les guides de pratique du NICE sont préparés pour le National Health Service de l'Angleterre. Ils sont régulièrement révisés et mis à jour et peuvent être retirés du site Web (nice.org.uk) à la discrétion du NICE. Le NICE n'accepte aucune responsabilité pour l'utilisation du contenu de cette publication.

ÉDITION

Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal – 2023

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-94511-6 (PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

LISTE DES COLLABORATEURS

Direction du MSSS

Docteur Pierre Bleau, directeur national des services en santé mentale

Monsieur Tung Tran, directeur général adjoint des services en santé mentale

Madame Sandra Bellemare, travailleuse sociale, directrice des services en santé mentale

Pilote clinico-organisationnel du PQPTM

Madame Martine Lafleur, infirmière, Direction générale adjointe des services en santé mentale

Direction du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Madame Julie Villeneuve, directrice adjointe de l'enseignement et des affaires universitaires

Direction du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Madame Marie-France Brizard, directrice générale adjointe, Intégration des services, gestion par trajectoire de soins et affaires universitaires

Madame Fatima-Azzahra Lahrizi, directrice adjointe, Enseignement et recherche

CIUSSS de la Capitale-Nationale

Madame Catherine Safiany, chef de service de l'UETMISSS et de la bibliothèque

Madame Isabelle Beaulieu, chef de service de l'UETMISSS et de la bibliothèque

Madame Sylvie St-Jacques, directrice scientifique du projet et responsable scientifique de l'UETMISSS

Madame Jacky Ndjapel, agente de planification, de programmation et de recherche, professionnelle en ETMISSS

Madame Pascale Piedboeuf, agente de planification, de programmation et de recherche, professionnelle en ETMISSS

Madame Diane Tuyishimire, agente de planification, de programmation et de recherche, professionnelle en ETMISSS

CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Monsieur Walter Marcantoni, directeur scientifique et chef de service de l'UETMISSS

Monsieur Sébastien Barbat-Artigas, agent de planification, de programmation et de recherche, professionnel en ETMISSS

Madame Hinatea Lai, agente de planification, de programmation et de recherche, professionnelle en ETMISSS

Madame Sonia Lu, agente de planification, de programmation et de recherche, professionnelle en ETMISSS

Madame Akouamba Bertine Sandra, agente de planification, de programmation et de recherche, professionnelle en ETMISSS

Membres du comité consultatif d'experts

Monsieur Édouard Auger, psychiatre, Clinique pour traumatismes liés au stress opérationnel (TSO), CIUSSS de la Capitale-Nationale

Madame Suzie Bond, psychologue, professeure, Département des Sciences humaines, Lettres et Communication, TÉLUQ, et chercheure associée au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Madame Myriam Desrochers-Gagnon, paramédic, Capitale-Nationale et Chaudière-Appalaches

Madame Lisa Dufresne, Psychoéducateur, Collaboratrice aux travaux d'amélioration de l'accès et déploiement du PQPTM, CISSS de la Gaspésie

Madame Audrey Fortin, Psychologue et neuropsychologue, Équipe spécialisée de deuxième ligne en santé mentale et dépendance, CIUSSS Saguenay-Lac-Saint-Jean

Madame Karine Gagnon, coordonnatrice au soutien organisationnel et au développement, Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)

Monsieur Steve Marois, citoyen partenaire, Coopérative des techniciens ambulanciers du Québec

Monsieur Nicolas Murphy, Pharmacien, Adjoint au chef du département de pharmacie, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Madame Julie Nadeau, travailleuse sociale, Formatrice et consultante, spécialisée en suivi des intervenants d'urgence

Madame Martine Ouédraogo, infirmière clinicienne – gestionnaire de cas, Clinique pour blessures liées au stress opérationnel (CBSO), Hôpital Sainte-Anne, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Madame Josie Pierre, Chef de service, Cliniques externes pour blessures liées au stress opérationnel (BSO) et Gestion de la douleur, Hôpital Sainte-Anne et Longueuil, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Madame Geneviève Richer, chef de service médical, médecin responsable des unités pour les vétérans et omnipraticienne au Programme résidentiel pour militaires atteints de stress post-traumatique, Clinique pour traumatismes liés au stress opérationnel (TSO)

Traduction et révision linguistique

Madame Isabelle Simard, traductrice agréée

AVIS AUX LECTEURS

Ce guide de pratique découle du guide de pratique clinique du National Institute for Health and Care Excellence (NICE), guide pour lequel le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a acquis une licence d'adaptation et de contextualisation dans le cadre du Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM).

Il a été adapté par les unités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (UETMISSS) des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS-CN) et de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-ODIM), en collaboration avec la Direction des services en santé mentale du MSSS, de façon à être conforme au contexte des soins et services et de l'organisation du système de santé québécois, ainsi qu'aux lois en vigueur.

Afin de faciliter la lecture, les modifications apportées au texte original du guide de pratique dans le cadre des travaux de contextualisation sont écrites en italique.

Le guide original se base sur les différentes éditions du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) et sur la Classification internationale des maladies (CIM) alors que le présent guide se réfère au DSM-5-TR, classification la plus utilisée au Québec au moment de l'adaptation.

De plus, le Québec est l'un des seuls endroits au monde où la psychothérapie est encadrée légalement. Le guide de pratique clinique du NICE et les recherches sur lesquelles sont basées les interventions recommandées utilisent les termes « thérapie » et « psychothérapie » sans préciser si ces termes renvoient à la psychothérapie telle que définie à l'article 187.1 du [Code des professions](#). Ainsi, les recommandations présentées en italique et soulignées indiquent que celles-ci nécessitent le jugement clinique de l'intervenant pour déterminer si l'intervention qu'il s'apprête à réaliser constitue ou non de la psychothérapie au sens de cette loi. Cette analyse effectuée par l'intervenant devrait être réalisée à l'aide des divers documents interordres concernant l'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent, disponibles sur les sites des ordres professionnels.

Le guide de pratique clinique est une des composantes du PQPTM, lequel repose sur un modèle de soins par étapes basé sur les données probantes. Pour plus d'informations concernant le PQPTM dans son intégralité, consulter le :

- [Document d'information à l'intention des établissements - Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie \(PQPTM\).](#)
- [Document d'information à l'intention des établissements – soins et services en santé mentale des jeunes – Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie.](#)

L'équipe de contextualisation

VOS RESPONSABILITÉS

Les recommandations figurant dans le présent guide de pratique représentent le point de vue qu'a adopté le NICE après un examen minutieux des données probantes disponibles. Il est attendu que, lorsqu'ils exercent leur jugement clinique, les intervenants tiennent entièrement compte de ce guide de pratique, de même que des besoins particuliers, des préférences et des valeurs de la personne utilisatrice de services. La mise en application des recommandations n'est pas obligatoire, et le guide de pratique ne l'emporte pas sur la responsabilité de prendre les décisions appropriées en fonction de la situation d'une personne, et ce, en consultation avec cette dernière de même qu'avec *la famille et l'entourage*, le titulaire de l'autorité parentale ou le représentant *légal, le cas échéant (ci-après, la famille et l'entourage)*.

Les établissements publics de santé et de services sociaux et les fournisseurs de soins et services de santé sont responsables de prendre les mesures nécessaires à la mise en application du guide de pratique pour que les intervenants et les personnes utilisatrices de services puissent l'utiliser. Ces démarches devraient s'effectuer en conformité avec les orientations nationales et locales et dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience *ainsi qu'en conformité avec les articles 79 à 118 de la [Loi sur les services de santé et les services sociaux \(LSSSS\)](#)*. Aucun élément de ce guide de pratique ne devrait être interprété d'une façon qui serait incompatible avec le respect de ces obligations.

Les établissements publics de santé et de services sociaux et les fournisseurs sont responsables de favoriser l'adoption de pratiques respectueuses de l'environnement dans le cadre du régime de services de santé et de services sociaux et devraient privilégier l'intégration volontaire du développement durable dans la mise en œuvre des recommandations de ce guide de pratique *conformément aux plans d'action de développement durable du MSSS^{1,2}*.

¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2017). Plan d'action de développement durable 2016-2020 du ministère de la Santé et des Services sociaux. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001819/?&txt=durable&msss_valpub&date=DESC

² Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021). Plan d'action transitoire 2021-2022 - Stratégie gouvernementale de développement durable. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003081/>

TABLE DES MATIÈRES

Trouble stress post-traumatique.....	I
Liste des collaborateurs.....	I
Avis aux lecteurs	III
Vos responsabilités	IV
Table des matières	V
Liste des sigles	VII
Aperçu	VIII
Introduction.....	1
1. Recommandations.....	3
1.1. Repérage du trouble stress post-traumatique.....	3
1.2. Démarche évaluative et coordination des soins et services	6
1.3. Accès aux soins et services	9
1.4. Principes guidant les soins et services offerts.....	11
1.5. Langue et culture	14
1.6. Gestion du TSPT pour les enfants, les adolescents et les adultes	15
1.7. Soins aux personnes qui présentent un TSPT ayant des besoins complexes	25
1.8. Planification de la sécurité civile en cas de sinistre.....	27
2. Recommandations de recherche.....	28
2.1. Soins par étapes pour le trouble stress post-traumatique.....	28
2.2. Séquence de traitements et traitements faisant suite au traitement de première intention	28
2.3. Approches tenant compte des traumatismes	28
2.4. Personnalisation et marqueurs du risque	29
2.5. TSPT complexe	29
2.6. Techniques de libération émotionnelle.....	29
3. Raisonnement clinique et effets sur la pratique	29
3.1. Soutien à la transition entre différents services.....	29
3.2. Accès aux soins et services	30
3.3. Principes régissant les soins et services	31
3.4. Planifier le traitement et favoriser l'engagement	33
3.5. Surveillance active.....	34
3.6. Débriefage psychologique.....	34
3.7. Prévention et traitement du TSPT pour les enfants et les adolescents	35
3.8. Traitement du TSPT pour les enfants et les adolescents	36
3.9. Pharmacothérapie pour les enfants et les adolescents	38
3.10. Prévention du TSPT pour les adultes.....	38
3.11. Traitement du TSPT pour les adultes.....	39
3.12. Pharmacothérapies pour les adultes.....	43
3.13. Soins aux personnes présentant un TSPT ayant des besoins complexes	45
4. Notes sur le présent guide.....	47
3.14. Guide de pratique complet	47

Trouble stress post-traumatique : Guide de pratique clinique

3.15.	Information à l'intention du public	47
3.16.	Guides schématisés	47
3.17.	Documents d'orientation connexes du nice.....	47
5.	Mise à jour du guide de pratique	47
	Annexe 1 : Termes utilisés	50
	Annexe 2 : Torce des recommandations.....	57

LISTE DES SIGLES

Sigle	Définition
CIM	Classification internationale des maladies
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CIUSSS-ODIM	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
CIUSSS-CN	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
CRIES-8	Children's Revised Impact of Event Scale
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EMDR	Eye Movement Desensitisation and Reprocessing
GAP	Guichet d'accès à la première ligne
GMF	Groupe de médecine de famille
IES-R	Impact of Event Scale – Revised
ISRS	Inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine
JED	Jeunes en difficultés
LAPVIC	Loi visant à aider les personnes victimes d'infractions criminelles et à favoriser leur rétablissement
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
PAISM	Plan d'action interministériel en santé mentale
PPA	Personne proche aidante
PQPTM	Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale (psychothérapie)
TIC	Technologies de l'information et des communications
TSPT	Trouble stress post-traumatique
UETMISSS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux

APERÇU

Le présent guide de pratique traite du repérage, de l'évaluation et du traitement du trouble stress post-traumatique (TSPT) pour les enfants et les adolescents (*jusqu'à 17 ans*) ainsi que pour les adultes (*18 ans et plus*). Il a pour objectif d'améliorer la qualité de vie des personnes touchées en atténuant les symptômes *relatifs à un TSPT* tels que l'anxiété, la perturbation du sommeil et les difficultés de concentration. Les recommandations ont également pour but d'accroître la sensibilisation au trouble et d'améliorer la coordination des soins.

Le NICE a également développé des guides de pratique clinique concernant les troubles mentaux fréquents³, le trouble d'anxiété généralisée et le trouble panique pour l'adulte⁴, le trouble dépressif pour les enfants et les adolescents⁵ et le trouble d'anxiété sociale⁶, des documents contextualisés au Québec :

- [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#)
- [Trouble dépressif pour les enfants et les adolescents : repérage, orientation et traitement](#)
- [Trouble d'anxiété généralisée et trouble panique pour les adultes : repérage, orientation et traitement](#)
- [Trouble d'anxiété sociale : repérage, évaluation et traitement](#)

À qui s'adresse le guide de pratique?

- Aux intervenants *et aux gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et à ses partenaires, qu'ils soient du secteur public, privé ou communautaire;*
- Aux autres intervenants qui travaillent auprès de personnes à risque de présenter un TSPT ou qui présentent des *symptômes relatifs à un TSPT ou ayant été confirmé*, par exemple dans les secteurs de la justice pénale, des services d'enseignement ou des organismes non gouvernementaux;
- Aux établissements publics de santé et de services sociaux et aux fournisseurs, y compris les directeurs de santé publique ainsi que les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et des équipes de planification des activités cliniques;
- Aux enfants, aux adolescents et aux adultes à risque de présenter un TSPT ou qui présentent des *symptômes relatifs à un TSPT ou ayant été confirmé* (y compris les cas de TSPT complexe), de même qu'à la famille et à l'entourage. *Au besoin, de l'information à l'intention du public vulgarisant les recommandations contenues dans ce guide est disponible et peut être consultée.*

³ NICE (2011). Common mental health problems: identification and pathways to care (NICE Clinical guideline CG123). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>

⁴ NICE (2011). Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management (NICE Clinical guideline CG113). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>

⁵ NICE (2019). Depression in children and young people: identification and management (NICE Clinical guideline NG134). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134>

⁶ NICE (2013). Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159>

INTRODUCTION

Le trouble stress post-traumatique (TSPT) est une réaction psychologique pouvant se manifester après l'exposition à un événement ayant un caractère traumatique. Selon la plus récente édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), l'ouvrage de référence psychiatrique le plus utilisé au Canada, un événement est considéré comme traumatique lorsqu'il implique la mort ou des menaces de mort, des blessures graves ou de la violence sexuelle⁷. L'individu peut avoir été exposé à un tel événement directement ou indirectement (soit en ayant été témoin, en apprenant l'exposition d'un proche ou en étant exposé de manière répétée ou extrême à certains détails pénibles, généralement dans le cadre de ses activités professionnelles).

Les données actuelles indiquent que 5 % des Canadiens ont déclaré avoir reçu un diagnostic de TSPT et que 8 % répondraient aux critères du TSPT probable selon les symptômes éprouvés au cours du dernier mois⁸. Des disparités seraient néanmoins observables d'une province à l'autre. Ainsi, comparativement au Québec et aux provinces de l'Atlantique, dont les habitants présentent un risque relatif similaire de manifester un TSPT au cours de la vie, le risque relatif serait 70 % plus élevé en Ontario et deux fois plus élevé dans les provinces de l'Ouest⁹.

Classé comme un trouble anxieux dans les précédentes éditions du DSM, le TSPT figure à présent au sein d'une nouvelle catégorie, soit celle des « Troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress¹⁰ ». Cette nouvelle classification refléterait la constatation que certaines manifestations de détresse sont propres aux événements traumatiques. Les manifestations du TSPT sont multiples et peuvent être regroupées en quatre principales catégories : les symptômes d'intrusion, les symptômes d'évitement, les symptômes d'altération de la conscience (pensée et croyances) et de l'humeur, et les symptômes d'altération de l'état de vigilance et de la réactivité¹¹. Afin qu'un diagnostic de TSPT soit considéré, un à plusieurs symptômes de chacune des quatre catégories doivent persister depuis plus d'un mois et faire suite à l'exposition à un événement traumatique. En outre, les manifestations du TSPT doivent entraîner une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou d'autres domaines importants et ne pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre cause médicale.

Si les symptômes du TSPT débutent généralement dans les trois premiers mois suivant un événement traumatique, des manifestations peuvent apparaître plusieurs mois, voire des années après l'exposition pour près de 25 % des individus¹². À l'occasion, le traumatisme peut être « réactivé » à la suite d'un événement subséquent, par exemple le passage d'une date liée à l'événement (ex. : anniversaire) ou l'expérience d'étapes marquantes de la vie, comme l'arrivée

⁷ American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (5e Éd.). Washington, D.C., É.-U.: American Psychiatric Association Publishing. 991 pages.

⁸ Statistique Canada. (2022). Enquête sur la santé mentale et les événements stressants : Août à Décembre 2021. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/220520/dq220520b-fra.pdf?st=XbrH2qNf>

⁹ Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., & Boyle, M. H. (2008). Posttraumatic stress disorder in Canada. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 14, 171-181. doi: 10.1111/j.1755-5949.2008.00049.x

¹⁰ Voir 5.

¹¹ Staniloiu, D., & Feinstein, D. (2021). Trouble de stress post-traumatique (TSPT). Dans *l'Encyclopédie Canadienne*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/post-traumatic-stress-disorder-ptsd-in-canada>

¹² Utzon-Frank, N., Breinegaard, N., Bertelsen, M., Borritz, M., Eller, N. H., Nordentoft, M., Olesen, K., Rod, N. H., Rugulies, R., & Bonde, J. P. (2014). Occurrence of delayed-onset post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 40(3), 215-229. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3420>

d'un enfant, la retraite, etc. Si les critères diagnostiques complets ne sont pas satisfaits dans les six mois suivant l'exposition à un événement traumatique, le TSPT est alors accompagné de l'étiquette « à expression retardée ». Il convient par ailleurs de souligner que, pour les enfants et les adolescents, l'aspect développemental est pris en compte par une diminution du seuil diagnostiques. De même, des critères spécifiques s'appliquent aux manifestations du trouble pour les enfants de six ans ou moins¹³.

Bien que le TSPT puisse toucher des individus de tous les âges, certains groupes professionnels et culturels sont plus à risque de développer ce trouble. Certains auteurs recommandent, par exemple, de faire preuve de davantage de vigilance pour les militaires, les anciens combattants, les peuples autochtones, les réfugiés ainsi que les civils traumatisés¹⁴.

Fortement comorbide, le TSPT serait associé à au moins un autre trouble psychiatrique (trouble dépressif, trouble anxieux, trouble de l'usage de l'alcool ou de substances, etc.) pour environ 75 % des individus¹⁵. Les personnes vivant avec un ou plusieurs symptômes du TSPT sont plus susceptibles de rencontrer des difficultés liées à l'éducation, au travail et aux relations personnelles, et sont également à haut risque de tentatives de suicide¹⁶.

¹³ American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (5e Éd.). Washington, D.C., É.-U.: American Psychiatric Association Publishing. 991 pages. (p. 1049).

¹⁴ Sareen, J et coll. (2021). Lifetime prevalence and comorbidity of mental disorders in the two-wave 2002-2018 Canadian Armed Forces members and Veterans Mental Health follow-up Survey (CAFVMHS). The Canadian journal of psychiatry, 66(11) 951-960. <https://doi.org/10.1177/07067437211000636>

¹⁵ Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., Van Ameringen, M., Canadian Anxiety Guidelines Initiative Group on behalf of the Anxiety Disorders Association of Canada/Association Canadienne des troubles anxieux and McGill University, Antony, M. M., Bouchard, S., Brunet, A., Flament, M., Grigoriadis, S., Mendlowitz, S., O'Connor, K., Rabheru, K., Richter, P. M., Robichaud, M., & Walker, J. R. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. BMC psychiatry, 14 Suppl 1(Suppl 1), S1. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>

¹⁶ Sareen, J. et coll., *loc. cit.*

1. RECOMMANDATIONS

La personne utilisatrice de services a le droit de participer à toute décision concernant son état de santé *ou de bien-être*¹⁷. *Les soins et services doivent tenir compte des préférences et des besoins de chaque personne.*

Les recommandations du présent guide de pratique concernent toute personne à risque de présenter un trouble stress post-traumatique ou qui en est atteinte. Le guide de pratique tient compte des inégalités liées au sexe, à l'orientation sexuelle, à la réassignation de genre, à l'âge, à l'itinérance, aux troubles neurodéveloppementaux, à la présence de troubles concomitants ou de maladies graves, ainsi qu'au statut de réfugié, de demandeur d'asile, d'immigrant clandestin ou de travailleur sans papier.

Les usagers et les établissements publics de santé et de services sociaux ont des droits et des responsabilités, lesquels sont définis dans la [LSSSS](#), et tous les guides de pratique du NICE contextualisés par le MSSS sont rédigés de façon à s'y conformer.

Les intervenants et les établissements doivent respecter les lois en vigueur, notamment celles concernant l'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé conformément aux dispositions prévues dans la [LSSSS](#) et au [Code civil du Québec](#) ainsi que celle concernant le droit pour la personne utilisatrice de services de participer à toute décision concernant son état de santé ou de bien-être¹⁸. Ainsi, la prise de décision partagée entre la personne utilisatrice de services et les intervenants de la santé et des services sociaux qui l'accompagnent devrait être favorisée. Ils doivent également se conformer à la [Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui](#).

Les professionnels doivent également se conformer au [Code des professions](#) et à ses divers règlements ainsi qu'à leurs obligations professionnelles, y compris leur code de déontologie et des normes et standards de pratique.

Les recommandations

Les recommandations qui suivent ont été élaborées selon les meilleures données probantes disponibles. *Pour plus d'informations concernant la terminologie employée pour représenter la force de la recommandation, se référer à l'[annexe 2 : Force des recommandations](#).*

1.1. REPÉRAGE DU TROUBLE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Au Québec, le repérage peut être effectué via les différentes portes d'entrée du système de santé et des services sociaux. Ainsi, les intervenants des services de première ligne tels que les services sociaux généraux, des partenaires du réseau, qu'ils soient du secteur public, privé ou communautaire (groupe de médecine de famille (GMF), programmes-services Jeunes en difficulté (JED), scolaire, carcéral, etc.) ainsi que ceux des services spécifiques et des services spécialisés en santé mentale qui reconnaissent la présence de symptômes pouvant être associés à la

¹⁷ Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ c S-4.2, art. 10. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/S-4.2?digest>

¹⁸ Idem

présence d'un trouble mental fréquent peuvent décider d'entreprendre une démarche de repérage, si la présence d'un TSPT est soupçonnée.

Consultez également les recommandations provenant du guide de pratique [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#) à ce sujet.

1.1.1. Soyez conscient que les personnes qui présentent des *symptômes relatifs* à un trouble stress post-traumatique (TSPT) *ou ayant été confirmé*, y compris les cas de TSPT complexe, peuvent présenter un éventail de symptômes associés à une altération du fonctionnement, notamment les suivants :

- reviviscence de l'événement (*par exemple, sous forme de souvenirs, flashbacks ou cauchemars*);
- évitement;
- *altérations marquées de l'éveil et de la réactivité* (y compris l'hypervigilance, la colère et l'irritabilité);
- altérations négatives des cognitions et de l'humeur;
- insensibilité aux émotions;
- dissociation;
- dysrégulation émotionnelle;
- difficultés ou problèmes dans les relations interpersonnelles;
- perception défavorable de soi-même (peut notamment consister à se sentir diminué, vaincu ou dévalorisé). [2005, modifié en 2018]

1.1.2. Soyez conscient des événements traumatiques associés au développement du TSPT. Il peut notamment s'agir du fait d'avoir vécu, une seule fois ou à plusieurs reprises, un ou plusieurs événements, ou d'en avoir été témoin, par exemple les suivants :

- accident grave;
- agression physique ou sexuelle;
- abus, y compris les mauvais traitements pendant l'enfance ou au sein de la famille;
- exposition à un traumatisme associé au travail, y compris une exposition à distance;
- traumatisme lié à des problèmes de santé graves ou à une expérience d'accouchement (par exemple, une admission aux soins intensifs ou le décès d'un nouveau-né);
- guerre ou conflit;
- torture. [2005, modifié en 2018]

Le DSM-5 spécifie que l'exposition aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques par l'intermédiaire de médias électroniques, de la télévision, de films ou

d'images, définie comme « à distance » dans le cadre du présent guide de pratique, ne s'applique que lorsque celle-ci survient dans le contexte d'une activité professionnelle.

- 1.1.3. Lors du repérage du TSPT, posez des questions spécifiques au sujet de la reviviscence de l'événement, de l'évitement, des altérations marquées de l'humeur et de la réactivité, de la dissociation et des altérations négatives de l'humeur et des cognitions ainsi que de l'altération du fonctionnement qui y sont associés. [2005, modifié en 2018]

Dans le cadre du PQPTM, le questionnaire traduit en français et utilisé pour le repérage des symptômes du TSPT est le IES-R (Impact of Event Scale – Revised)^{19,20} pour l'adulte et le CRIES-8 (Children's Revised Impact of Event Scale)^{21,22} pour l'enfant ou l'adolescent.

- 1.1.4. Lors du **repérage** du TSPT, demandez à la personne présentant les symptômes mentionnés à la [recommandation 1.1.1](#) si elle a vécu un ou plusieurs événements traumatiques (lesquels peuvent avoir eu lieu plusieurs mois ou plusieurs années auparavant). Fournissez des exemples précis d'événements traumatiques, tels que ceux mentionnés à la [recommandation 1.1.2](#). [2005, modifié en 2018]
- 1.1.5. Lorsqu'une personne présentant des symptômes physiques inexplicables fait appel à répétition aux services de santé, pensez à lui demander si elle a vécu un ou plusieurs événements traumatiques et fournissez des exemples précis d'événements traumatiques (voir la [recommandation 1.1.2](#)). [2005, modifié en 2018]

Aspects particuliers du repérage du TSPT pour les enfants

Il est à noter que, depuis la publication du DSM-5, classification la plus utilisée au Québec au moment de la parution du présent guide, de nouveaux critères diagnostiques distincts pour le TSPT s'appliquent aux enfants âgés de 6 ans ou moins. Cette différenciation vise à refléter la présence de critères adaptés au développement et aux indicateurs comportementaux des jeunes enfants. Lors du repérage, les intervenants appelés à s'impliquer auprès de cette clientèle devraient donc se référer à la section du DSM-5 intitulée « Trouble stress post-traumatique de l'enfant de 6 ans ou moins²³ ».

- 1.1.6. Ne vous en tenez pas uniquement à l'information fournie par la famille et l'entourage lorsqu'il est approprié, sur le plan développemental, d'interroger l'**enfant** ou l'**adolescent** directement et individuellement sur la présence de symptômes de TSPT. [2005, modifié en 2018]
- 1.1.7. Lorsqu'un **enfant** ayant été impliqué dans un événement traumatique est traité aux urgences, le personnel des urgences devrait expliquer à la famille et à l'entourage en quoi consistent les réactions normales au traumatisme ainsi que la possibilité que l'enfant

¹⁹ Horowitz, M. J., Wilner, N. et Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209-218.

²⁰ Weiss, D. S. et Marmar, C. R. (1996). The Impact of Event Scale-Revised. Dans J. P. Wilson et T. M. Keane (dir.). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York : Guildford Press.

²¹ Perrin, S., Meiser-Stedman, R. et Smith, P. (2005). The Children's Revised Impact Of Event Scale (CRIES): Validity as a screening instrument for PTSD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(4), 487-498.

²² Smith, P., Perrin, S., Dyregrov, A. et Yule, W. (2003). Principal components analysis of the impact of event scale with children in war. *Personality et Individual Differences*, 34(2), 315.

²³ American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)* (5e Éd.). Washington, D.C., É.-U.: American Psychiatric Association Publishing. 991 pages.

développe un TSPT. Fournissez-leur une brève description des symptômes possibles (par exemple, cauchemars, reconstitution répétitive du traumatisme dans le jeu, pensées envahissantes, évitement d'éléments associés à l'événement, accentuation des difficultés comportementales, problèmes de concentration, hypervigilance et perturbation du sommeil) et suggérez-leur de communiquer avec leur médecin de famille ou d'emprunter d'autres portes d'entrée aux services en santé mentale (par exemple, GMF, GAP, JED, etc.) si les symptômes persistent plus d'un mois. [2005, modifié en 2018]

Si le professionnel a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou pourrait être compromis, il doit s'assurer de faire un signalement à la [Direction de la protection de la jeunesse](#) (DPJ).

Selon les recommandations formulées par la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse dans le rapport [Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes](#) et du [Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 : s'unir pour un mieux-être collectif](#) (PAISM), les parents aux prises avec des problématiques complexes, dont celles en santé mentale, devraient avoir un accès prioritaire aux soins et aux services en raison des impacts potentiels que pourrait avoir l'absence de services sur leurs enfants. En cohérence avec cette recommandation, l'orientation vers les services en santé mentale doit être facilitée et des critères de priorisation devront être établis.

Repérage pour les personnes touchées par un sinistre majeur, les réfugiés et les demandeurs d'asile

- 1.1.8. Pour les personnes qui présentent un risque élevé de développer un TSPT après un sinistre majeur, les personnes responsables du volet psychosocial de *la coordination en sécurité civile* devraient penser à l'utilisation systématique d'un outil sommaire validé pour le repérage du TSPT un mois après le sinistre. [2005, modifié en 2018]

La formation provinciale sur l'intervention psychosociale en contexte de sécurité civile recommande l'utilisation du questionnaire IES-R (Impact of Event Scale – Revised)²⁴ traduit en français pour le repérage des symptômes du TSPT.

- 1.1.9. Pour les réfugiés et les demandeurs d'asile qui présentent un risque élevé de TSPT, pensez à l'utilisation systématique d'un outil sommaire validé pour le repérage du TSPT. [2005, modifié en 2018]

Dans le cadre du PQPTM, le questionnaire traduit en français et utilisé pour le repérage des symptômes du TSPT est le IES-R (Impact of Event Scale – Revised)²⁵ pour l'adulte et le CRIES-8 (Children's Revised Impact of Event Scale)²⁶ pour l'enfant ou l'adolescent.

1.2. DÉMARCHE ÉVALUATIVE ET COORDINATION DES SOINS ET SERVICES

La démarche évaluative fait référence aux évaluations réservées pouvant être réalisées par les divers professionnels dans le cadre de leur champ d'exercice, mais comprend également l'évaluation du trouble mental. Les évaluations qui sont réservées ne peuvent être réalisées que

²⁴ Idem que 19 et 20

²⁵ Idem que 19 et 20

²⁶ Idem que 21 et 22

par les professionnels membres de leur ordre. De plus, seuls certains professionnels sont habilités à évaluer les troubles mentaux. Il est de la responsabilité de l'intervenant de s'assurer du respect des activités réservées, conformément au [Code des professions](#) et aux autres lois et règlements qui les encadrent.

Pour plus d'informations à ce sujet, consulter le document Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : guide explicatif²⁷.

NOTE : Les recommandations 1.2.1 à 1.2.3 ont été modifiées afin de les adapter au contexte québécois. Le système professionnel québécois réserve des activités, dont des évaluations précises, à certains professionnels, évaluations qui ne sont pas réservées ailleurs dans le monde. Ainsi, le guide de pratique clinique du NICE et les recherches sur lesquelles sont basées les recommandations utilisent le terme « évaluer » ou « évaluer la santé mentale » sans apporter de précision quant à la nature de cette évaluation.

Sur la base de cette information, il n'est pas possible d'établir avec certitude si les recommandations réfèrent à une appréciation, à une évaluation de l'état mental ou à d'une évaluation du trouble mental, telle que définie dans le [Code des professions](#) et autres lois et règlements à ce sujet.

Comme une prise en charge rapide augmente la probabilité d'une amélioration significative de la condition de la personne²⁸, une appréciation, réalisée à l'aide de questionnaires validés, donne suffisamment d'informations pour connaître plus rapidement les besoins de la personne au-delà des difficultés associées au trouble. Elle permet de mobiliser les ressources requises et d'orienter sans délai l'intervention vers une réponse adaptée à ses besoins²⁹. Il n'est pas nécessaire de conclure à la présence d'un trouble mental pour mettre en place des interventions visant à aider une personne utilisatrice de services, sa famille et son entourage dans leurs difficultés. Le repérage et l'appréciation ne sont pas réservés en vertu du [Code des professions](#) et peuvent être réalisés par l'ensemble des intervenants^{30,31}.

De plus, la présence de professionnels habilités à exercer certaines activités réservées en fonction de leur champ d'exercice permet l'évaluation ou le suivi des situations plus complexes, que ce soit en amont, pendant ou après le processus d'évaluation des troubles mentaux.

Cette précision vise donc à permettre la pleine étendue de pratique des intervenants et des professionnels habilités à exercer certaines activités réservées (à risque de préjudices), en fonction de leur champ d'exercice, cela afin que les personnes utilisatrices de services puissent recevoir les soins et services requis en fonction de leurs besoins et au moment opportun, et ce, en conformité avec les recommandations du NICE et les lois professionnelles en vigueur au Québec.

- 1.2.1. Pour les personnes qui présentent des symptômes cliniques importants de TSPT et qui consultent dans le contexte des services de première ligne, un intervenant compétent et formé devrait prendre la responsabilité de l'évaluation et de la coordination initiale des

²⁷ Office des professions (2021). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif. Montréal (Qc), 130 p. : <https://www.opq.gouv.qc.ca/santementalerelationshumaines/domaine-de-la-sante-mentale-et-des-relations-humaines-projet-de-loi-21/guide-explicatif>

²⁸ Clark, D. M., L. Canvin, J. Green, R. Layard, S. Pilling et M. Janecka (2018). « Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data », The Lancet, vol. 391, no 10121, p. 679-686. 3 Évaluation des troubles mentaux : une activité à haut risque de préjudice. <https://www.oiiq.org/evaluation-des-troubles-mentaux-une-activite-a-haut-risque-de-prejudice>

²⁹ INESSS (2018). Trajectoire optimale de services pour les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou des difficultés apparentées :

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Avis_Trajectoire_TDAH.pdf

³⁰ Idem que 21

³¹ Idem que 19

soins, ce qui comprend le fait de déterminer si une évaluation de l'état de santé physique ou mentale doit être réalisée en urgence. [2005, modifié en 2018]

Consultez la section 1.3.3 [Évaluation des risques et surveillance du guide de pratique clinique Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#) concernant les recommandations en lien avec le risque suicidaire.

Consultez le [Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire](#) en cas de la présence d'un risque suicidaire chez les enfants.

- 1.2.2. **La démarche évaluative** pour les personnes qui présentent des *symptômes relatifs* à un TSPT *ou ayant été confirmé* devrait être exhaustive et comprendre une évaluation des besoins physiques, psychologiques et sociaux ainsi qu'une évaluation des risques. [2005, modifié en 2018]

Dans le cadre du PQPTM, le questionnaire traduit en français et utilisé pour le repérage des symptômes du TSPT est le IES-R (Impact of Event Scale – Revised)³² pour l'adulte et le CRIES-8 (Children's Revised Impact of Event Scale)³³ pour l'enfant ou l'adolescent.

- 1.2.3. Lorsque la prestation de services est partagée entre différents niveaux de services, les intervenants devraient s'entendre afin de désigner la personne responsable du suivi de l'évolution de la condition de la personne qui présente des *symptômes relatifs* à un TSPT *ou ayant été confirmé*. Cette entente devrait être mise par écrit (par l'intermédiaire du Care Program Approach, si approprié) et être conclue avec la participation de la personne et, si approprié, de la famille ou de l'entourage. [2005, modifié en 2018]

Le Care Program Approach est le système d'organisation des soins et services en santé mentale utilisé en Angleterre n'est pas en vigueur au Québec. Cette information devrait être inscrite au plan d'intervention, conformément à l'article 102 de la [LSSSS](#) « un plan d'intervention doit être élaboré pour la personne « [...] Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'utilisateur par les divers intervenants concernés de l'établissement³⁴ ».

Soutien à la transition entre différents services

- 1.2.4. Afin de soutenir une personne qui présente des *symptômes relatifs* à un TSPT *ou ayant été confirmé* lors de la transition entre les différents services :
- donnez-lui de l'information sur le service vers lequel elle est orientée, y compris le type d'établissement et les intervenants qui lui offriront des soins *et services*;
 - veillez à ce qu'il y ait un partage efficace de l'information entre tous les services concernés;
 - impliquez la personne et, si approprié, sa famille *et son entourage* dans les rencontres de planification de la transition;

³² Idem que 19 et 20

³³ Idem que 21 et 22

³⁴ Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ c S-4.2, art. 102. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/S-4.2?digest>

- répondez à toute inquiétude exprimée par la personne, par exemple concernant les changements dans sa routine ou l'anxiété à l'idée de rencontrer de nouvelles personnes. [2018]

Cette recommandation s'inscrit en cohérence avec le [PAISM](#), qui prévoit que «les établissements du RSSS doivent impérativement maintenir des mécanismes de concertation territoriale avec les partenaires communautaires et intersectoriels qui ont un rôle à jouer dans la réponse aux besoins, le rétablissement et l'amélioration des conditions de vie des personnes présentant des troubles mentaux et de leurs proches ».

1.2.5. Offrez du soutien supplémentaire :

- aux **enfants** et aux **adolescents** qui présentent *des symptômes relatifs* à un TSPT *ou ayant été confirmé* recevant des soins et des services au sein du RSSS lors de leur transition entre différents services ou établissements;
- lors de l'admission d'une personne qui présente *des symptômes relatifs* à un TSPT *ou ayant été confirmé* dans une unité d'hospitalisation en raison d'autres troubles mentaux ou de problèmes de santé physique, ou lors de sa sortie.

Suivez les recommandations du guide de pratique du NICE *concernant la transition vers les services aux adultes pour les adolescents ayant recours à des services de santé ou à des services sociaux (en anglais seulement)*²³, du guide [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#) et du guide *portant sur la transition entre les soins de santé mentale en unité d'hospitalisation et les soins ambulatoires ou à domicile (en anglais seulement)*²⁴. [2018]

Cette recommandation est en cohérence avec le [PAISM](#), qui prévoit notamment que les services spécifiques tiennent compte de la transition à l'âge adulte et jouent un rôle clé de liaison et de coordination de tout le continuum de services en santé mentale.

1.2.6. Lorsqu'une personne qui présente *des symptômes relatifs* à un TSPT ou ayant été confirmé a besoin de soins continus au cours de la transition entre différents services, l'équipe qui oriente la personne vers un autre service ne devrait pas lui donner son congé avant qu'un plan d'intervention ait été convenu dans le nouveau service. [2018]

Consultez la section [3.1](#), afin d'obtenir une brève explication concernant les raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé les recommandations de 2018 ainsi que leurs possibles effets sur la pratique (recommandations 1.2.4. à 1.2.6.).

Consultez le *document cité en référence* pour obtenir l'ensemble des données probantes et discussions du comité du NICE à ce sujet³⁵.

1.3. ACCÈS AUX SOINS ET SERVICES

1.3.1. Favorisez l'accès aux soins et services pour les personnes qui présentent des *symptômes relatifs* à un TSPT *ou ayant été confirmé* en :

³⁵ NICE. (2018). [J] Evidence reviews on care pathways for adults, children and young people with PTSD. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/evidence-review-j-care-pathways-for-adults-children-and-young-people-with-ptsd-pdf-237694356180>

- les rassurant sur le fait que le TSPT est un trouble qui peut être traité;
- fournissant des soins qui mettent en valeur l'éventail d'interventions offertes et leurs bienfaits possibles;
- veillant à ce que les modalités d'accès aux services tiennent compte des besoins des populations spécifiques de personnes qui présentent *des symptômes relatifs à un TSPT ou ayant été confirmé*, incluant les migrants, les demandeurs d'asile, les personnes en situation d'itinérance, les personnes qui n'ont pas de médecin de famille, les enfants et les adolescents *sous la [Loi de la protection de la jeunesse](#)*, ainsi que les enfants d'âge préscolaire;
- réduisant au minimum la nécessité d'effectuer une transition entre différents services ou intervenants;
- fournissant de multiples points d'accès aux services, y compris l'autoréférence;
- établissant des liens clairs avec d'autres trajectoires de soins *et services offerts dans les services de première ligne, les services spécifiques et les services spécialisés*, y compris en ce qui concerne les besoins en matière de santé physique;
- offrant des modalités de prestation de *soins et services souples, par exemple au moyen d'outils informatiques et de télésanté* (tels que par messages textes, courriel, téléphone ou vidéoconférence) ou à l'extérieur d'un cadre clinique, par exemple en milieu scolaire ou en entreprise;
- offrant le choix d'un intervenant qui tient compte de l'expérience traumatique de la personne (par exemple, le genre de l'intervenant);
- utilisant des stratégies proactives, centrées sur la personne, afin de promouvoir une adhésion et un engagement soutenu de sa part;
- évaluant la nécessité d'offrir un traitement ou du soutien supplémentaire pour les personnes n'ayant pas bénéficié pleinement du traitement ou qui font une rechute. [2018]

Les communications avec la personne doivent avoir lieu conformément aux bonnes pratiques, aux lois, aux politiques et aux procédures en place au Québec et dans les établissements.

Cette recommandation s'inscrit en cohérence avec l'[Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation](#) qui reconnaît l'école comme un milieu privilégié d'intervention où il est nécessaire de favoriser la présence et le soutien des intervenants du RSSS pour rendre plus efficaces les services aux enfants et aux adolescents ainsi qu'à leur famille et l'entourage.

- 1.3.2. Ne retardez pas le traitement du TSPT ou ne refusez pas de l'offrir uniquement en raison de procédures judiciaires ou de demandes d'indemnisation en cours. Discutez avec la personne des implications du moment choisi pour amorcer tout traitement afin de l'aider à prendre une décision éclairée quant au fait d'entreprendre celui-ci et au moment pour le faire. [2018]

Au Québec, la [Loi visant à aider les personnes victimes d'infractions criminelles et à favoriser leur rétablissement](#) (LAPVIC) assure à toute personne victime admissible le droit à une aide financière pour la réhabilitation psychothérapeutique ou psychosociale en lien avec l'infraction criminelle.

Consultez la section [3.2.](#) afin d'obtenir une brève explication concernant les raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé les recommandations de 2018 ainsi que leurs possibles effets sur la pratique (recommandations 1.3.1. à 1.3.2.).

Consultez *les documents cités en référence* pour obtenir l'ensemble des données probantes et discussions du comité du NICE à ce sujet^{36,37,38}

1.4. PRINCIPES GUIDANT LES SOINS ET SERVICES OFFERTS

Soutien aux personnes qui présentent des *symptômes relatifs* à un TSPT ou ayant été confirmé

- 1.4.1. Offrez de l'information sous forme verbale et écrite et conformément aux recommandations figurant dans les guides de pratique du NICE sur l'expérience des personnes utilisatrices de services en santé mentale aux adultes (en anglais seulement)³⁹ et sur l'expérience des patients dans le cadre des services aux adultes du NHS (en anglais seulement)⁴⁰. [2018]

Les communications avec la personne doivent avoir lieu conformément aux bonnes pratiques, aux lois, aux politiques et aux procédures en place au Québec et dans les établissements.

Au Québec, le guide d'accompagnement sur la participation de personnes utilisatrices de services et de membres de l'entourage à la planification et à l'organisation des services⁴¹ vise à soutenir les établissements responsables des soins et des services en santé mentale dans la planification, le déroulement et l'évaluation des retombées de la participation de personnes utilisatrices de services et de membres de l'entourage à la planification et à l'organisation des services qui les concernent.

- 1.4.2. Fournissez aux personnes qui présentent des *symptômes relatifs* à un TSPT ou ayant été confirmé (ainsi qu'à la famille et l'entourage, si approprié) de l'information et du soutien concernant :

³⁶ NICE. (2018). [J] Evidence reviews on care pathways for adults, children and young people with PTSD. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/evidence-review-i-care-pathways-for-adults-children-and-young-people-with-ptsd-pdf-237694356180>

³⁷ NICE. (2018). [H] Evidence review for principles of care. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/evidence-review-h-principles-of-care-pdf-6602621012>

³⁸ NICE. (2018). [I] Evidence reviews for organisation and delivery of care for people with PTSD. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/evidence-review-i-organisation-and-delivery-of-care-for-people-with-ptsd-pdf-6602621013>

³⁹ NICE. (2011). Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services (NICE Clinical guideline CG136). Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136>

⁴⁰ NICE. (2012). Patient experience in adult NHS services. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg138>

⁴¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016). La participation de personnes utilisatrices de services et de membres de l'entourage à la planification et à l'organisation des services. Consulter au : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001796/>

- les réactions courantes aux événements traumatiques, y compris les symptômes d'un TSPT et son évolution;
- les options en matière d'évaluation, de traitement et de soutien;
- le lieu où les soins *et services* seront offerts. [2018]

La divulgation d'information ou la communication avec un tiers doit être faite en respect de la [Charte des droits et libertés de la personne](#) et du [Code des professions](#), notamment pour les jeunes de 14 ans et plus.

Soutien par les pairs

1.4.3. Informez la personne des groupes de soutien et d'entraide dont elle pourrait bénéficier et aidez-la à y avoir accès, si elle le souhaite. Les groupes de soutien et d'entraide devraient :

- être animés par un intervenant ayant une formation en santé mentale et recevant du *soutien clinique*;
- être offerts de manière à réduire le risque d'exacerbation des symptômes;
- fournir de l'information et du soutien en matière d'accès aux *soins et services*. [2018]

Maintien d'environnements sécuritaires

1.4.4. Soyez conscient du risque associé à une exposition continue aux environnements générateurs de traumatismes. Évitez d'exposer une personne à des déclencheurs susceptibles d'aggraver ses symptômes ou de l'empêcher de s'investir dans le traitement (par exemple, mener l'appréciation, l'évaluation ou le traitement dans un environnement bruyant ou restreint, installer la personne dans une unité d'hospitalisation bruyante ou exercer une contention). [2018]

Impliquer et soutenir la famille et l'entourage

1.4.5. Envisagez de fournir de l'information et du soutien à la famille et à l'entourage d'une personne qui présente des *symptômes relatifs* à un TSPT *ou ayant été confirmé*, ce qui pourrait comprendre :

- le traitement et la gestion des problèmes psychologiques et comportementaux associés au traumatisme pour la personne, y compris le risque qu'elle pourrait présenter pour elle-même et pour autrui;
- une discussion avec la famille *et l'entourage* sur la manière dont ils sont affectés par le TSPT de leur proche;
- la façon dont la famille *et l'entourage* peuvent soutenir la personne relativement à l'accès au traitement, et ce qu'ils peuvent faire si la personne ne s'investit pas dans le traitement ou l'abandonne. [2018]

1.4.6. Impliquez la famille et l'entourage dans le traitement de la personne qui présente des *symptômes relatifs* à un TSPT *ou ayant été confirmé*, si approprié, afin de permettre :

- l'information et l'amélioration des soins *et services* de la personne qui présente *des symptômes relatifs* à un TSPT *ou ayant été confirmé*;
- l'identification de leurs propres besoins à titre d'aidants et la réponse à ces besoins. [2018]

1.4.7. Envisagez de fournir du soutien émotionnel et de l'accompagnement pratique ainsi que des conseils à la famille et l'entourage, par exemple en les orientant vers le RSSS ou des groupes de soutien et d'entraide. [2018]

1.4.8. Pensez aux répercussions de l'événement traumatique sur les autres membres de la famille et l'entourage, car il est possible que plus d'une personne dans la famille et l'entourage présente un TSPT. Envisagez un *repérage, une appréciation ou une évaluation*, du soutien et une intervention supplémentaire pour tout membre de la famille et l'entourage pour qui la présence d'un TSPT est soupçonnée. [2018]

Selon les recommandations émises par la [Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse](#), les parents aux prises avec des problématiques complexes dont celles en santé mentale devraient avoir un accès prioritaire aux soins et services en raison des impacts potentiels que pourrait avoir l'absence de services sur leurs enfants. En cohérence avec cette recommandation, la référence vers les services en santé mentale doit être facilitée et des critères de priorisation devront être établis⁴².

Selon les recommandations formulées par la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse dans le rapport [Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes](#) et du [PAISM](#), les parents aux prises avec des problématiques complexes, dont celles en santé mentale, devraient avoir un accès prioritaire aux soins et aux services en raison des impacts potentiels que pourrait avoir l'absence de services sur leurs enfants. En cohérence avec cette recommandation, l'orientation vers les services en santé mentale doit être facilitée et des critères de priorisation devront être établis.

1.4.9. Pour les membres d'une même famille et de l'entourage qui présentent des *symptômes relatifs* à un TSPT *ou ayant été confirmé* après avoir vécu le même événement traumatique, pensez aux aspects du traitement qu'il pourrait être utile de leur offrir ensemble (par exemple, l'éducation psychologique), en plus des traitements individuels. [2018]

Consultez la section [3.3](#) afin d'obtenir une brève explication concernant les raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé les recommandations de 2018 ainsi que leurs possibles effets sur la pratique (recommandations 1.4.1 à 1.4.9.).

⁴² Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (2021). Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes. <https://www.csdepj.gouv.qc.ca/accueil/>

Consultez *les documents cités en référence* pour obtenir l'ensemble des données probantes et discussions du comité du NICE à ce sujet^{43,44,45}.

L'ensemble des recommandations émises dans la présente section (recommandations 1.4.5. à 1.4.9.) s'inscrivent en cohérence avec la [Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes](#) adoptée en octobre 2020, la [Politique nationale pour les personnes proches aidantes](#) et le [Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes \(2021-2026\)](#) ainsi qu'au [PAISM](#). L'ensemble de ces mesures vient inscrire la reconnaissance et le soutien des personnes proches aidantes (PPA) dans les priorités ministérielles⁴⁶ et vise à « améliorer la qualité de vie, la santé et le bien-être des personnes proches aidantes sans égard à l'âge, au milieu de vie ou à la nature de l'incapacité des personnes qu'elles soutiennent, et en considérant tous les aspects de leur vie⁴⁷ ».

1.5. LANGUE ET CULTURE

- 1.5.1. Portez une attention particulière au repérage des personnes qui présentent des *symptômes relatifs* à un TSPT dans les environnements de travail ou les milieux de vie au sein desquels il peut y avoir des défis culturels liés à la reconnaissance des conséquences psychologiques d'un traumatisme (voir les recommandations visant à éviter la stigmatisation et à favoriser l'inclusion sociale dans le guide de pratique du NICE sur l'expérience des personnes utilisatrices de services en santé mentale aux adultes, en anglais seulement⁴⁸). [2005, modifié en 2018]

Au Québec, le guide portant sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux⁴⁹ vise à accompagner les établissements du RSSS dans la mise en place d'actions pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination au sujet de la maladie mentale.

- 1.5.2. Veillez à ce que le repérage, l'évaluation et les traitements pour le TSPT soient appropriés sur les plans culturel et linguistique. [2005, modifié en 2018]

Considérant que le niveau de littératie est un important prédicteur de l'état de santé, les stratégies de communication doivent être adaptées lors des échanges avec la personne, la famille et l'entourage⁵⁰.

⁴³ NICE. (2018). [H] Evidence review for principles of care. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/evidence-review-h-principles-of-care-pdf-6602621012>

⁴⁴ NICE. (2018). [G] Evidence reviews for psychological and psychosocial interventions for family members of people at risk of, or with PTSD. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/evidence-review-g-psychological-and-psychosocial-interventions-for-family-members-of-people-at-risk-of-or-with-ptsd-pdf-6602621011>

⁴⁵ NICE. (2018). [J] Evidence reviews on care pathways for adults, children and young people with PTSD. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/evidence-review-j-care-pathways-for-adults-children-and-young-people-with-ptsd-pdf-237694356180>

⁴⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). Politique nationale pour les personnes proches aidantes - Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003000>

⁴⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). Personne proche aidante. <https://www.quebec.ca/famille-etsoutien-aux-personnes/personne-proche-aidante>

⁴⁸ NICE (2011). Recommendations on avoiding stigma and promoting social inclusion in the NICE guideline on service user experience in adult mental health. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/chapter/1-Guidance#avoiding-stigma-and-promoting-social-inclusion>

⁴⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016). La lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001797/>

⁵⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2018). Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document002061/>

- 1.5.3. Si la langue ou les différences culturelles représentent des défis quant à la mise en œuvre de traitements pour le TSPT, pensez à faire appel à un interprète ou à offrir un choix d'intervenants. Voir les recommandations concernant la communication dans le guide de pratique du NICE sur l'expérience des patients dans le cadre des services aux adultes du NHS (en anglais seulement⁵¹). [2005, modifié en 2018]

Les Orientations ministérielles concernant la pratique de l'interprétariat dans les services de santé et les services sociaux au Québec⁵² reprennent des éléments incontournables pour une utilisation de qualité de l'interprétariat dans l'intervention au sein des services de santé et des services sociaux et mettent de l'avant un modèle d'organisation afin d'offrir une desserte optimale dans toutes les régions du Québec.

1.6. GESTION DU TSPT POUR LES ENFANTS, LES ADOLESCENTS ET LES ADULTES

Planifier le traitement et favoriser l'engagement

- 1.6.1. Lors de la discussion concernant les options de traitement avec une personne qui présente des *symptômes relatifs* à un TSPT *ou ayant été confirmé* (et avec sa famille et l'entourage, si approprié) :
- fournissez de l'information au sujet de toutes les interventions proposées, notamment :
 - l'objectif de l'intervention, son contenu, sa durée et le mode de prestation;
 - la probabilité d'amélioration et de rétablissement;
 - ce à quoi la personne doit s'attendre au cours de l'intervention, notamment une aggravation apparente, mais temporaire des symptômes;
 - la probabilité accrue de rétablissement si la personne demeure investie dans son traitement;
 - tenez compte des *besoins, valeurs et préférences* de la personne, de tout traitement antérieur, de toute altération du fonctionnement associée au trouble ainsi que de toute condition concomitante;
 - tenez compte de tout facteur personnel ou social susceptible d'avoir une incidence sur l'apparition ou la persistance du trouble, tel que la maltraitance durant l'enfance ou des expériences traumatiques multiples. [2018]
- 1.6.2. Soyez conscient que les personnes qui présentent des *symptômes relatifs* à un TSPT *ou ayant été confirmé* peuvent ressentir de l'inquiétude, de la nervosité ou de la honte. Elles peuvent éviter le traitement, croire que le TSPT est incurable ou avoir de la difficulté à établir un lien de confiance. Les stratégies mises en place pour favoriser l'adhésion au traitement peuvent inclure un suivi lorsque la personne manque un rendez-vous et de la souplesse quant aux politiques d'assiduité aux services. [2018]
- 1.6.3. Lorsque l'estimation de la dangerosité d'une personne qui présente des *symptômes relatifs* à un TSPT *ou ayant été confirmé* révèle un risque significatif de danger pour elle-

⁵¹ NICE (2012). Recommendations on communication in the NICE guideline on patient experience in adult NHS services. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg138/chapter/1-Guidance#communication>

⁵² Ministère de la Santé et des Services sociaux (2018). Orientations ministérielles concernant la pratique de l'interprétariat dans les services de santé et les services sociaux au Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002180/>

même ou pour autrui, dressez un plan de sécurité et de gestion des risques (en impliquant la famille et l'entourage, si approprié) dans le cadre du plan de traitement initial. [2018] et *intervenez conformément aux bonnes pratiques, aux lois, aux politiques et aux procédures en place au Québec et dans les établissements, notamment celles en prévention du suicide, de la [Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui](#) et du [Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui - Garde en établissement de santé et de services sociaux](#).*

Consultez la section [3.4](#), afin d'obtenir une brève explication concernant les raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé les recommandations de 2018 ainsi que leurs possibles effets sur la pratique (recommandations 1.6.1 à 1.6.3).

Consultez *les documents cités en référence* pour obtenir l'ensemble des données probantes et discussions du comité du NICE à ce sujet^{53,54}.

Surveillance active

- 1.6.4. Envisagez la surveillance active pour les personnes qui présentent des symptômes sous le seuil clinique de TSPT au cours du **premier mois** suivant un événement traumatique. Planifiez un contact de suivi à l'intérieur d'un mois. [2018]

Consultez la section [3.5](#), afin d'obtenir une brève explication concernant les raisons pour lesquelles le comité du NICE a formulé les recommandations de 2018 ainsi que leurs possibles effets sur la pratique.

Consultez les documents cités en référence pour obtenir l'ensemble des données probantes et discussions du comité du NICE à ce sujet^{55,56}.

Débriefage psychologique

- 1.6.5. N'offrez pas le débriefage psychologique pour la prévention ou le traitement du TSPT. [2018]

Consultez la section [3.6](#), afin d'obtenir une brève explication concernant les raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé les recommandations de 2018 ainsi que leurs possibles effets sur la pratique.

⁵³ NICE. (2018). [H] Evidence review for principles of care. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/evidence-review-h-principles-of-care-pdf-6602621012>

⁵⁴ NICE. (2018). [J] Evidence reviews on care pathways for adults, children and young people with PTSD. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/evidence-review-j-care-pathways-for-adults-children-and-young-people-with-ptsd-pdf-237694356180>

⁵⁵ NICE. (2018). [A] Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the prevention of PTSD in children. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/evidence-review-a-psychological-psychosocial-and-other-nonpharmacological-interventions-for-the-prevention-of-ptsd-in-children-pdf-6602621005>

⁵⁶ NICE. (2018). [C] Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the prevention of PTSD in adults. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/evidence-review-c-psychological-psychosocial-and-other-nonpharmacological-interventions-for-the-prevention-of-ptsd-in-adults-pdf-6602621007>

Consultez les documents cités en référence pour obtenir l'ensemble des données probantes et discussions du comité du NICE à ce sujet^{57,58,59,60}.

Prévention et traitement du TSPT pour les enfants et les adolescents

Les psychothérapies utilisées dans le traitement des enfants et des adolescents présentant un trouble mental fréquent (y compris le TSPT) doivent être offertes par des professionnels dûment habilités à l'exercice de la psychothérapie, conformément au [Code des professions](#) et au [Règlement sur le permis de psychothérapeute](#).

NOTE : Les recommandations indiquées en italique et soulignées indiquent que celles-ci nécessitent le jugement clinique de l'intervenant afin que celui-ci détermine si l'intervention qu'il s'apprête à réaliser constitue ou non de la psychothérapie au sens de l'article 187.1 du [Code des professions](#).

Cette analyse effectuée par l'intervenant devrait être réalisée à l'aide des divers documents interordres concernant l'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent, disponibles sur les sites des ordres professionnels.

*Dans le cadre du PQPTM, l'abréviation **TCC** (thérapie cognitivo-comportementale) réfère à l'exercice de la psychothérapie cognitivo-comportementale⁶¹.*

Prévention pour les enfants et les adolescents

- 1.6.6. Envisagez la surveillance active ou une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC en individuel axée sur le traumatisme jusqu'à **un mois** après un événement traumatique pour les enfants et les adolescents de moins de 18 ans pour qui un trouble stress aigu a été confirmé ou qui présentent des symptômes cliniques importants de TSPT. [2018]
- 1.6.7. Envisagez une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC en groupe axée sur le traumatisme pour les enfants et les adolescents de 7 à 17 ans si un événement occasionnant un traumatisme collectif à grande échelle s'est produit au cours du mois précédent. [2018]

⁵⁷ NICE. (2018). [A] Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the prevention of PTSD in children. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/evidence-review-a-psychological-psychosocial-and-other-nonpharmacological-interventions-for-the-prevention-of-ptsd-in-children-pdf-6602621005>

⁵⁸ NICE. (2018). [B] Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the treatment of PTSD in children and young people. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/evidence-review-b-psychological-psychosocial-and-other-nonpharmacological-interventions-for-the-treatment-of-ptsd-in-children-and-young-people-pdf-6602621006>

⁵⁹ NICE. (2018). [C] Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the prevention of PTSD in adults. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/evidence-review-c-psychological-psychosocial-and-other-nonpharmacological-interventions-for-the-prevention-of-ptsd-in-adults-pdf-6602621007>

⁶⁰ NICE. (2018). [D] Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the treatment of PTSD in adults. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/evidence-review-d-psychological-psychosocial-and-other-nonpharmacological-interventions-for-the-treatment-of-ptsd-in-adults-pdf-6602621008>

⁶¹ Collège des médecins du Québec, Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec/Ordre des ergothérapeutes du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, Ordre des psychologues du Québec, Ordre professionnel des criminologues du Québec, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec et Ordre professionnel des sexologues du Québec. (2018). L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent – Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie. Consulté le 1 septembre 2020 : « L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent – Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie. » https://www.orientation.qc.ca/files/OPQ_TravauxInterordres_Complet_FINAL_Web.pdf

1.6.8. La TCC en groupe axée sur le traumatisme pour les enfants et les adolescents ayant été exposés à un traumatisme collectif à grande échelle au cours du mois précédent devrait :

- être basée sur un manuel validé;
- se dérouler généralement en 5 à 15 séances;
- être offerte par des intervenants ayant reçu une formation pertinente et faisant l'objet d'un soutien clinique continu;
- inclure un volet d'éducation psychologique au sujet des réactions au traumatisme, des stratégies de gestion de l'éveil, de la réactivité et des flashbacks, ainsi que la planification de mesures de sécurité;
- impliquer l'élaboration et le traitement des souvenirs du traumatisme;
- impliquer la restructuration de l'interprétation et de la signification accordée au traumatisme par l'enfant ou l'adolescent;
- fournir de l'aide afin de contrer l'évitement. [2018]

Consultez la section [3.7.](#) afin d'obtenir une brève explication concernant les raisons pour lesquelles le comité du NICE a formulé les recommandations de 2018 ainsi que leurs possibles effets sur la pratique.

Consultez le document cité en référence pour obtenir l'ensemble des données probantes et discussions du comité du NICE à ce sujet⁶²

Traitement des enfants et des adolescents

1.6.9. Envisagez une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC en individuel axée sur le traumatisme pour les **enfants de cinq ou six ans** ayant un TSPT confirmé ou pour qui des symptômes cliniques importants de TSPT sont apparus **plus d'un mois** après un événement traumatique. [2018]

1.6.10. Envisagez une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC en individuel axée sur le traumatisme pour les enfants et les adolescents de 7 à 17 ans ayant un TSPT confirmé ou pour qui des symptômes cliniques importants de TSPT sont apparus **d'un à trois mois** après un événement traumatique. [2018]

1.6.11. Offrez une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC en individuel axée sur le traumatisme aux enfants et aux adolescents de 7 à 17 ans ayant un TSPT confirmé ou pour qui des symptômes cliniques importants de TSPT sont apparus **plus de trois mois** après un événement traumatique. [2018]

1.6.12. La TCC individuelle axée sur le traumatisme pour les enfants et les adolescents devrait :

- être basée sur un manuel validé;
- se dérouler généralement en 6 à 12 séances, ou plus si la situation clinique le justifie, par exemple dans le cas d'expériences traumatiques multiples;

⁶² NICE. (2018). [A] Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the prevention of PTSD in children. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/evidence-review-a-psychological-psychosocial-and-other-nonpharmacological-interventions-for-the-prevention-of-ptsd-in-children-pdf-6602621005>

- être offerte par des intervenants ayant reçu une formation pertinente et faisant l'objet d'un soutien clinique continu;
- être adaptée à l'âge et au développement de l'enfant ou de l'adolescent;
- impliquer la famille ou l'entourage, si approprié;
- inclure un volet d'éducation psychologique au sujet des réactions au traumatisme, des stratégies de gestion de l'éveil, de la réactivité et des flashbacks, ainsi que la planification de mesures de sécurité;
- impliquer l'élaboration et le traitement des souvenirs du traumatisme;
- impliquer le traitement des émotions associées au traumatisme, y compris la honte, la culpabilité, la perte et la colère;
- impliquer la restructuration de l'interprétation et de la signification accordée au traumatisme par l'enfant ou l'adolescent;
- fournir de l'aide afin de contrer l'évitement;
- préparer l'enfant ou l'adolescent en vue de la fin du traitement;
- inclure la planification de séances de rappel, au besoin, particulièrement en lien avec des dates importantes (par exemple la date à laquelle est survenu l'événement traumatique). [2018]

1.6.13. Envisagez l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR) pour les enfants et les adolescents de 7 à 17 ans ayant un TSPT confirmé ou pour qui des symptômes cliniques importants de TSPT sont apparus **plus de trois mois** après un événement traumatique, seulement si ces derniers ne répondent pas à l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC axée sur le traumatisme, ou ne s'y investissent pas. [2018]

Consultez la section [3.8](#) afin d'obtenir une brève explication concernant les raisons pour lesquelles le comité du NICE a formulé les recommandations de 2018 ainsi que leurs possibles effets sur la pratique (recommandations 1.6.9. à 1.6.13.).

Consultez le document cité en référence pour obtenir l'ensemble des données probantes et discussions du comité du NICE à ce sujet⁶³

Pharmacothérapie pour les enfants et les adolescents

1.6.14. N'offrez pas une pharmacothérapie pour la prévention ou le traitement du TSPT aux enfants et aux adolescents de moins de 18 ans. [2018]

Consultez la section [3.9](#) afin d'obtenir une brève explication concernant les raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé les recommandations de 2018 ainsi que leurs possibles effets sur la pratique.

⁶³ NICE. (2018). [B] Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the treatment of PTSD in children and young people. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/evidence-review-b-psychological-psychosocial-and-other-nonpharmacological-interventions-for-the-treatment-of-ptsd-in-children-and-young-people-pdf-6602621006>

Consultez le document cité en référence pour obtenir l'ensemble des données probantes et discussions du comité du NICE à ce sujet⁶⁴

Prévention et traitement du TSPT pour les adultes

Les psychothérapies utilisées dans le traitement des adultes présentant un trouble mental fréquent (y compris le TSPT) doivent être offertes par des professionnels dûment habilités à l'exercice de la psychothérapie, conformément au [Code des professions](#) et au [Règlement sur le permis de psychothérapeute](#).

NOTE : Les recommandations indiquées en italique et soulignées indiquent que celles-ci nécessitent le jugement clinique de l'intervenant afin que celui-ci détermine si l'intervention qu'il s'apprête à réaliser constitue ou non de la psychothérapie au sens de l'article 187.1 du [Code des professions](#).

De plus, le mot « thérapie » est considéré comme synonyme du mot traitement et a un sens générique qui désigne un ensemble de mesures destinées à guérir, soulager ou prévenir un trouble, incluant la pharmacothérapie, la psychothérapie et les autres types d'interventions. Il ne permet pas distinguer la psychothérapie des interventions qui s'y apparentent.

Cette analyse effectuée par l'intervenant devrait être réalisée à l'aide des divers documents interordres concernant l'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent, disponibles sur les sites des ordres professionnels.

*Dans le cadre du PQPTM, l'abréviation **TCC** (thérapie cognitivo-comportementale) réfère à l'exercice de la psychothérapie cognitivo-comportementale⁶⁵.*

Prévention pour les adultes

1.6.15. Offrez une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC en individuel axée sur le traumatisme aux adultes ayant un trouble stress aigu confirmé ou des symptômes cliniques importants de TSPT et qui ont été exposés à au moins un événement traumatique. **au cours du dernier mois**. Les traitements pouvant être offerts incluent les suivants :

- thérapie du processus cognitif
- thérapie cognitive pour le TSPT;
- thérapie par exposition à la narration;
- thérapie par exposition prolongée. [2018]

⁶⁴ NICE. (2018). [E] Evidence reviews for pharmacological interventions for the prevention and treatment of PTSD in children. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/evidence-review-e-pharmacological-interventions-for-the-prevention-and-treatment-of-ptsd-in-children-pdf-6602621009>

⁶⁵ Collège des médecins du Québec, Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec/Ordre des ergothérapeutes du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, Ordre des psychologues du Québec, Ordre professionnel des criminologues du Québec, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec et Ordre professionnel des sexologues du Québec. (2018). L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent – Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie. Consulté le 1 septembre 2020 : « L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent – Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie. » https://www.orientation.qc.ca/files/OPQ_TravauxInterordres_Complet_FINAL_Web.pdf

Consultez la section [3.10](#) afin d'obtenir une brève explication concernant les raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé les recommandations de 2018 ainsi que leurs possibles effets sur la pratique.

Consultez *le document cité en référence* pour obtenir l'ensemble des données probantes et discussions du comité du NICE à ce sujet⁶⁶

Traitement des adultes

1.6.16. Offrez une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC en individuel axée sur le traumatisme aux adultes ayant un TSPT confirmé ou pour qui des symptômes cliniques importants de TSPT sont apparus **plus d'un mois après** un événement traumatique. Les traitements pouvant être offerts incluent les suivants :

- thérapie du processus cognitif;
- thérapie cognitive pour le TSPT;
- thérapie par exposition à la narration;
- thérapie par exposition prolongée. [2018]

1.6.17. La TCC axée sur le traumatisme pour les adultes devrait :

- être basée sur un manuel validé;
- se dérouler généralement en 8 à 12 séances, ou plus si la situation clinique le justifie, par exemple dans le cas d'expériences traumatiques multiples;
- être offerte par des intervenants ayant reçu une formation pertinente et faisant l'objet d'un soutien clinique continu;
- inclure un volet d'éducation psychologique au sujet des réactions au traumatisme, des stratégies de gestion de l'éveil, de la réactivité et des flashbacks, ainsi que la planification de mesures de sécurité;
- impliquer l'élaboration et le traitement des souvenirs du traumatisme;
- impliquer le traitement des émotions associées au traumatisme, y compris la honte, la culpabilité, la perte et la colère;
- impliquer la restructuration de l'interprétation et de la signification accordée au traumatisme par la personne;
- fournir de l'aide afin de contrer l'évitement;
- mettre l'accent sur le rétablissement du fonctionnement adaptatif, par exemple en ce qui concerne le travail et les relations sociales;
- préparer la personne en vue de la fin du traitement;

⁶⁶ NICE. (2018). [C] Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the prevention of PTSD in adults. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/evidence-review-c-psychological-psychosocial-and-other-nonpharmacological-interventions-for-the-prevention-of-ptsd-in-adults-pdf-6602621007>

- inclure la planification de séances de rappel, au besoin, particulièrement en lien avec des dates importantes (par exemple la date à laquelle est survenu l'événement traumatique). [2018]
- 1.6.18. Envisagez l'EMDR pour les adultes ayant un TSPT confirmé ou pour qui des symptômes cliniques importants de TSPT sont apparus **entre le premier et le troisième mois** après un traumatisme qui n'est pas lié à une situation de combat, si la personne exprime une préférence pour l'EMDR. [2018]
- 1.6.19. Offrez l'EMDR aux adultes ayant un TSPT confirmé ou pour qui des symptômes cliniques importants de TSPT sont apparus **plus de trois mois** après un traumatisme qui n'est pas lié à une situation de combat. [2018]
- 1.6.20. L'EMDR pour les adultes devrait :
- être basée sur un manuel validé;
 - se dérouler généralement en 8 à 12 séances, ou plus si la situation clinique le justifie, par exemple dans le cas d'expériences traumatiques multiples;
 - être offerte par des intervenants ayant reçu une formation pertinente et faisant l'objet d'un soutien clinique continu;
 - se dérouler selon une approche progressive et comprendre un volet d'éducation psychologique au sujet des réactions au traumatisme, de la gestion des situations et des souvenirs troublants, ainsi que de l'identification et du traitement de souvenirs ciblés (souvent des images visuelles), en plus de promouvoir auprès de la personne l'adoption de croyances positives à l'égard d'elle-même;
 - comprendre l'utilisation répétée de la stimulation bilatérale au cours des séances (généralement par les mouvements oculaires, mais d'autres méthodes peuvent être employées, telle la stimulation sonore si la personne le préfère ou si cela s'avère plus approprié, par exemple pour une personne ayant une déficience visuelle) en association avec des souvenirs ciblés précis jusqu'à ce que les souvenirs ne soient plus troublants;
 - inclure l'enseignement de techniques d'apaisement et de techniques de gestion des flashbacks que la personne pourra mettre en application pendant et entre les séances. [2018]
- 1.6.21. Envisagez une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC assistée par les technologies de l'information et des communications (TIC) axée sur le traumatisme, en association avec du soutien, pour les adultes ayant un TSPT confirmé ou pour qui des symptômes cliniques importants de TSPT sont apparus **plus de trois mois** après un événement traumatique, si la personne préfère cette option à une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC axée sur le traumatisme en personne ou à l'EMDR, et si elle remplit les deux critères suivants :
- la personne ne présente pas de symptômes graves de TSPT, en particulier des symptômes dissociatifs;
 - la personne ne présente pas de danger pour elle-même ou pour autrui. [2018]

1.6.22. La TCC assistée par les TIC axée sur le traumatisme pour les adultes, en association avec du soutien, devrait :

- être basée sur un programme validé;
- se dérouler généralement en 8 à 10 séances;
- impliquer l'élaboration et le traitement des souvenirs du traumatisme, le traitement des émotions associées au traumatisme, la restructuration de l'interprétation et de la signification accordée au traumatisme par la personne, de l'aide afin de contrer l'évitement, ainsi que le rétablissement du fonctionnement adaptatif (par exemple en ce qui concerne le travail et les relations sociales);
- inclure des conseils et du soutien de la part d'un intervenant ayant reçu une formation pertinente afin d'encourager la personne à terminer l'intervention, de fournir une rétroaction sur les devoirs effectués à la maison et de passer en revue les progrès réalisés et les résultats. [2018]

1.6.23. Envisagez une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC ciblant des symptômes précis, tels que la perturbation du sommeil ou la colère, pour les adultes ayant un TSPT confirmé ou pour qui des symptômes cliniques importants de TSPT sont apparus **plus de trois mois** après un événement traumatique, seulement si la personne se trouve dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

- elle n'est pas en mesure ou ne souhaite pas s'investir dans un traitement axé sur le traumatisme, **ou**;
- elle présente des symptômes résiduels après un traitement axé sur le traumatisme. [2018]

Consultez la section [3.11](#) afin d'obtenir une brève explication concernant les raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé les recommandations de 2018 ainsi que leurs possibles effets sur la pratique (recommandations 1.6.16. à 1.6.23.).

Consultez *le document cité en référence* pour obtenir l'ensemble des données probantes et discussions du comité du NICE à ce sujet⁶⁷

Pharmacothérapie pour les adultes

Au Québec, l'activité de prescrire des médicaments est une activité réservée à certains professionnels habilités par le [Code des professions](#) et ses divers règlements, tels que les codes de déontologie. La pratique de cette activité doit donc être réalisée en respect de ceux-ci ainsi que du [Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin](#). On peut se référer au [Guide d'exercice sur les ordonnances faites par un médecin](#)⁶⁸ pour en savoir plus sur les bonnes pratiques liées à la prescription.

⁶⁷ NICE. (2018). [D] Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the treatment of PTSD in adults. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/evidence-review-d-psychological-psychosocial-and-other-nonpharmacological-interventions-for-the-treatment-of-ptsd-in-adults-pdf-6602621008>

⁶⁸ Collège des médecins du Québec (2016). Guide d'exercice sur les ordonnances faites par un médecin. <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-10-03-fr-ordonnances-individuelles-faites-par-un-medecin.pdf>

De plus, il est présumé que les professionnels autorisés à prescrire utilisent également la monographie du médicament. Lorsque les données probantes l'appuient, le présent guide de pratique recommande l'utilisation de certains médicaments pour des indications ne figurant pas dans l'autorisation de commercialisation au Canada au moment de sa publication (utilisation hors indication). Le professionnel autorisé à prescrire se doit de suivre les recommandations professionnelles pertinentes et d'assumer l'entière responsabilité du médicament non indiqué ou homologué qu'il prescrit ou recommande.

Consultez également les recommandations concernant la prescription sécuritaire d'antidépresseurs et la gestion des symptômes de sevrage dans le guide de pratique du NICE à cet effet (*en anglais seulement*)⁶⁹.

1.6.24. N'offrez pas de pharmacothérapies, y compris les benzodiazépines, pour la prévention du TSPT pour les adultes. [2018]

1.6.25. Envisagez la venlafaxine ou un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine (ISRS), telle la sertraline, pour les adultes qui présentent un TSPT confirmé si la personne exprime une préférence pour la pharmacothérapie. Réévaluez ce traitement régulièrement. [2018]

Notez qu'au moment de la publication du présent guide de pratique (avril 2023), cette indication ne figurait pas dans l'autorisation de commercialisation de la sertraline⁷⁰ au Canada. Néanmoins, cette indication figurait dans l'autorisation de commercialisation d'autres ISRS, tels que la paroxétine⁷¹.

NOTE : La recommandation 1.6.25 a été modifiée afin de l'adapter au contexte québécois. Bien que le guide original mentionne les autorisations de commercialisation de la venlafaxine et de certains ISRS en vigueur au Royaume-Uni au moment de la mise à jour du guide de pratique en 2018, celles-ci peuvent être différentes au Canada.

1.6.26. Envisagez les antipsychotiques, telle la rispéridone, pour gérer les symptômes en plus d'une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC pour les adultes qui présentent un TSPT confirmé, si les deux conditions suivantes sont satisfaites :

- la personne présente des symptômes et des comportements invalidants, par exemple une réactivité grave ou des symptômes psychotiques;
- les symptômes n'ont pas répondu à d'autres traitements psychologiques ou pharmacologiques.

Le traitement par un antipsychotique devrait être instauré et réévalué de façon régulière par un spécialiste (voir les recommandations concernant l'utilisation des

⁶⁹ NICE (2022). Medicines associated with dependence or withdrawal symptoms: safe prescribing and withdrawal management for adults (NICE Clinical guideline NG215). Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng215>

⁷⁰ Upjohn Canada ULC (2022). ZOLOFT (sertraline hydrochloride) (Ed. rév.) https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00067835.PDF

⁷¹ GlaxoSmithKline (2021). PAXIL (paroxetine hydrochloride) (Ed. rév.) <https://ca.gsk.com/en-ca/products/paxil/>

antipsychotiques dans le guide de pratique du NICE sur la psychose et la schizophrénie pour les adultes (*en anglais seulement*)⁷². [2018]

Notez qu'au moment de la publication du présent guide de pratique (avril 2023), les antipsychotiques atypiques tels que la rispéridone⁷³ sont autorisés à la commercialisation au Canada pour le traitement de la schizophrénie et de troubles mentaux connexes pour l'adulte. Les indications officielles des antipsychotiques atypiques varient, et les cliniciens devraient consulter les monographies de produit officielles pour de plus amples détails. Le professionnel autorisé à prescrire se doit de suivre les recommandations professionnelles pertinentes et d'assumer l'entière responsabilité de la décision.

De plus, lors de la publication du présent document (avril 2023), un guide de pratique clinique canadien pour la prise en charge des troubles anxieux, obsessionnels-compulsifs et de stress post-traumatique recommandait la rispéridone comme traitement de troisième intention ou comme traitement adjuvant de deuxième intention pour le TSPT⁷⁴.

Consultez la section [3.12](#) afin d'obtenir une brève explication concernant les raisons pour lesquelles le comité du NICE a formulé les recommandations de 2018 ainsi que leurs possibles effets sur la pratique (recommandations 1.6.24. à 1.6.26.).

Consultez *les documents cités en référence* pour obtenir l'ensemble des données probantes et discussions du comité du NICE à ce sujet⁷⁵

1.7. SOINS AUX PERSONNES QUI PRÉSENTENT UN TSPT AYANT DES BESOINS COMPLEXES

1.7.1. Pour les personnes qui présentent un TSPT et un trouble dépressif :

- traitez généralement le TSPT en premier, car le trouble dépressif s'améliore souvent après un traitement réussi du TSPT;
- traitez le trouble dépressif en premier s'il est suffisamment grave pour entraver la mise en œuvre d'une approche psychologique du TSPT, ou si la personne présente un risque de danger pour elle-même ou pour autrui (*voir l'encadré [1. Recommandations](#)*). [2018]

1.7.2. N'excluez pas une personne qui présente un TSPT d'un traitement uniquement sur la base d'une comorbidité liée à une consommation abusive ou à un trouble de l'usage de substances. [2018]

La consommation abusive ou le trouble de l'usage de substances ne devrait pas représenter une contre-indication au traitement du TSPT. La personne devrait avoir

⁷² NICE (2014). Recommendations on how to use antipsychotic medication in NICE's guideline on psychosis and schizophrenia in adults. Consultez: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/1-Recommendations#subsequent-acute-episodes-of-psychosis-or-schizophrenia-and-referral-in-crisis-2>

⁷³ Janssen (2020). RISPERDAL (risperidone tartrate) <https://www.janssen.com/canada/risperdal>

⁷⁴ Katzman, M. A., et al. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC psychiatry*, 14 Suppl 1(Suppl 1), S1. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>

⁷⁵ NICE. (2018). [F] Evidence reviews for pharmacological interventions for the prevention and treatment of PTSD in adults. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/evidence-review-f-pharmacological-interventions-for-the-prevention-and-treatment-of-ptsd-in-adults-pdf-6602621010>

accès aux traitements recommandés par le PQPTM, car rien n'indique que l'abus de substances rende les traitements habituels inefficaces. Plusieurs personnes répondent à des traitements brefs pouvant être offerts par des services de première ligne ou par des services spécifiques de santé mentale. En effet, la majorité des personnes présentant un trouble de l'usage de substances n'ont pas besoin de recevoir des traitements des services spécialisés en dépendance pour changer leurs habitudes de consommation⁷⁶.

Les soins en collaboration avec des programmes en dépendance doivent être considérés en fonction de l'organisation des soins et services et doivent être envisagés en fonction du [Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028](#) et du [Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances](#), plus particulièrement dans les situations suivantes:

- *lorsque la personne présente un usage risqué ou non sécuritaire de l'alcool et d'une seconde substance en plus de présenter un TSPT;*
- *lorsque l'usage problématique de substances interfère avec la capacité de se présenter aux traitements et de s'y engager. Par exemple, la personne pourrait se montrer incapable de se présenter sobre à ses rencontres et de mettre en pratique les exercices thérapeutiques ou s'absenter de plus de deux rencontres malgré la mise en place d'un contrat thérapeutique et la révision de celui-ci⁷⁷;*
- *lorsque la personne est à risque ou présente des symptômes importants de sevrage à la substance.*

1.7.3. Pour les personnes qui ont des besoins additionnels, y compris celles qui présentent un TSPT complexe :

- prévoyez plus de temps afin d'établir une relation de confiance avec la personne, en augmentant la durée ou le nombre de séances selon ses besoins;
- tenez compte de la sécurité et de la stabilité des circonstances personnelles de la personne (par exemple, relativement à l'hébergement), ainsi que des répercussions possibles de cette situation sur l'engagement de la personne dans son traitement et sur la réussite du traitement;
- aidez la personne à gérer tout problème susceptible de représenter un obstacle à ce qu'elle s'investisse dans une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC axée sur le traumatisme, par exemple la consommation abusive d'une substance, la dissociation, la dysrégulation émotionnelle, des difficultés dans les relations interpersonnelles ou une perception défavorable de soi-même;
- travaillez avec la personne afin de planifier tout soutien continu dont elle aura besoin après la fin du traitement, par exemple pour gérer tous symptômes résiduels de TSPT ou comorbidités. [2018]

⁷⁶ Improving access to psychological therapies (IAPT) positive practice guide for working with people who use drugs and alcohol. <https://www.uea.ac.uk/documents/746480/2855738/iapt-drug-and-alcohol-positive-practice-guide.pdf>

⁷⁷ Improving access to psychological therapies (IAPT) positive practice guide for working with people who use drugs and alcohol. Consulter au : <https://www.uea.ac.uk/documents/746480/2855738/iapt-drug-and-alcohol-positive-practice-guide.pdf>

Consultez la section [3.13](#), afin d'obtenir une brève explication concernant les raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé les recommandations de 2018 ainsi que leurs possibles effets sur la pratique (recommandations 1.7.1. à 1.7.3.).

Consultez *les documents cités en référence* pour obtenir l'ensemble des données probantes et discussions du comité du NICE à ce sujet^{78,79}.

1.8. PLANIFICATION DE LA SÉCURITÉ CIVILE EN CAS DE SINISTRE

1.8.1. Veillez à ce que les *plans de sécurité civile* en cas de sinistre comprennent un volet psychosocial pleinement coordonné. Un *plan de sécurité civile* devrait inclure :

- une aide concrète immédiate;
- du soutien aux communautés en ce qui concerne les soins aux personnes touchées par la catastrophe;
- l'accès à des services spécifiques ou spécialisés en santé mentale, à une évaluation reposant sur des données probantes ainsi qu'à des services thérapeutiques;
- une définition claire des rôles et des responsabilités de chacun des intervenants concernés. [2005]

Dans le cadre du Plan national de sécurité civile (PNSC)⁸⁰, qui découle de la [Loi sur la sécurité civile](#)⁸¹, le MSSS est porteur de la mission « Santé » et a la responsabilité d'offrir les services de santé et les services sociaux aux personnes sinistrées, à leurs proches et à la population indirectement touchée par le sinistre. Le volet psychosocial en contexte de sécurité civile s'inscrit de façon cohérente avec cinq autres volets de réponse aux conséquences d'un sinistre dans la [Politique ministérielle de sécurité civile – Santé et services sociaux](#) (2016).

⁷⁸ NICE. (2018). [D] Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the treatment of PTSD in adults. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/evidence-review-d-psychological-psychosocial-and-other-nonpharmacological-interventions-for-the-treatment-of-ptsd-in-adults-pdf-6602621008>

⁷⁹ NICE. (2018). [J] Evidence reviews on care pathways for adults, children and young people with PTSD. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/evidence-review-j-care-pathways-for-adults-children-and-young-people-with-ptsd-pdf-237694356180>

⁸⁰ Ministère de la sécurité publique. Plan national de sécurité civile, Québec, ministère de la Sécurité publique, février 2008, 295 p.

⁸¹ Loi sur la sécurité civile, L.R.Q., chapitre S-2-s, 2001.

2. RECOMMANDATIONS DE RECHERCHE

Au moment de la publication du présent guide, en avril 2023, la section des recommandations pour la recherche a été traduite en français, mais n'a pas été contextualisée au Québec. La partie contextualisée sera ajoutée lors de la prochaine révision du guide.

Le Groupe de développement du guide de pratique de 2018 a formulé les recommandations de recherche qui suivent, sur la base de l'examen des données probantes, afin d'améliorer les orientations du NICE et les soins et services qui seront offerts aux personnes utilisatrices de services à l'avenir. Ces recommandations remplacent celles contenues dans le guide publié en 2005.

Principales recommandations de recherche

2.1. SOINS PAR ÉTAPES POUR LE TROUBLE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Quelles sont l'efficacité clinique et la rentabilité d'une approche de soins par étapes pour le TSPT?

Pour obtenir des précisions sur les raisons pour lesquelles le comité du NICE a formulé la recommandation de recherche concernant les soins par étapes, voir l'annexe L du document [I] [Evidence reviews for organisation and delivery of care for people with PTSD.](#)

2.2. SÉQUENCE DE TRAITEMENTS ET TRAITEMENTS FAISANT SUITE AU TRAITEMENT DE PREMIÈRE INTENTION

Quelles sont l'efficacité clinique et la rentabilité d'une séquence de traitements et des traitements faisant suite au traitement de première intention pour le TSPT?

Pour obtenir des précisions sur les raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé la recommandation de recherche concernant la séquence de traitements et les traitements faisant suite au traitement de première intention, voir l'annexe L du document [D] [Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the treatment of PTSD in adults.](#)

2.3. APPROCHES TENANT COMPTE DES TRAUMATISMES

Quelles sont l'efficacité clinique et la rentabilité de soins ou d'approches tenant compte des traumatismes dans le traitement du TSPT?

Pour obtenir des précisions sur les raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé la recommandation de recherche concernant les approches tenant compte des traumatismes, voir l'annexe L du document [I] [Evidence reviews for organisation and delivery of care for people with PTSD.](#)

2.4. PERSONNALISATION ET MARQUEURS DU RISQUE

Quels sont les facteurs pronostiques et prescriptifs importants dans le choix d'un traitement pour le TSPT?

Pour obtenir des précisions sur les raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé la recommandation de recherche concernant la personnalisation et les marqueurs du risque, voir l'annexe L du document [\[D\] Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the treatment of PTSD in adults.](#)

2.5. TSPT COMPLEXE

Quelles sont l'efficacité clinique et la rentabilité de *traitements* visant la stabilisation et la réintégration pour les personnes qui présentent un TSPT complexe?

Pour obtenir des précisions sur les raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé la recommandation de recherche concernant le TSPT complexe, voir l'annexe L du document [\[D\] Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the treatment of PTSD in adults.](#)

Autre recommandation de recherche

2.6. TECHNIQUES DE LIBÉRATION ÉMOTIONNELLE

Quelles sont l'efficacité clinique et la rentabilité de techniques de libération émotionnelle (ou EFT pour Emotional freedom techniques) dans le traitement du TSPT pour les adultes?

Pour obtenir des précisions sur les raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé la recommandation de recherche concernant les techniques de libération émotionnelle, voir l'annexe L du document [\[D\] Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the treatment of PTSD in adults.](#)

3. RAISONNEMENT CLINIQUE ET EFFETS SUR LA PRATIQUE

Cette section fournit une brève explication des raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé les recommandations et de l'incidence possible de celles-ci sur la pratique. Elle comprend également des liens vers les renseignements complets concernant les données probantes et les discussions du comité *du NICE*.

Prenez note qu'au moment de la publication du présent guide, en avril 2023, la section des raisonnements clinique et effets sur la pratique a été traduite en français, mais n'a pas été contextualisée au Québec.

3.1. SOUTIEN À LA TRANSITION ENTRE DIFFÉRENTS SERVICES

Recommandations [1.2.4 à 1.2.6](#)

Raisons pour lesquelles le comité a formulé ces recommandations

Comme les données probantes de bonne qualité au sujet de l'accès aux soins et services, de l'élaboration de trajectoires cliniques et de la coordination des soins étaient insuffisantes, le comité du NICE a fait appel à des sources d'information décrivant les trajectoires cliniques et les systèmes destinés à favoriser l'accès aux soins et services ainsi que l'engagement envers les soins relativement à d'autres troubles mentaux. Basée sur les informations obtenues, une méthode de consensus formel a été utilisée pour formuler des recommandations en matière de pratiques exemplaires.

Le comité du NICE a discuté de stratégies visant à améliorer la coordination des soins et à assurer la fluidité des transitions entre les différents services pour les personnes qui présentent un trouble stress post-traumatique (TSPT). Les membres du comité du NICE ont convenu de l'importance de planifier les transitions à l'avance, de faire appel à la participation de la famille et de l'entourage, de s'assurer que toutes les parties concernées par les soins et services offerts à la personne connaissent leur rôle et leurs responsabilités, et de veiller à ce que les différents services communiquent entre eux et avec la personne qui présente un TSPT. Les membres du comité du NICE ont également noté que la coordination globale et la continuité des soins pouvaient être assurées par un intervenant pivot chargé de la supervision des soins pendant toute leur durée, et ont convenu que cet aspect était déjà couvert par les recommandations sur la prise des responsabilités de la part des médecins de famille et sur la prise en charge conjointe par les services de proximité et les services spécifiques, dans la section sur l'évaluation et la coordination des soins. Le comité du NICE a également identifié certains groupes susceptibles d'avoir besoin d'un soutien supplémentaire au cours d'une transition.

Incidence possible de ces recommandations sur la pratique

Ces recommandations contribueront à améliorer la façon dont les soins sont dispensés et à leur harmonisation dans les différents services. Les répercussions de ces recommandations sur le plan des ressources devraient être compensées par des économies de temps et une efficacité accrue résultant de l'amélioration de la coordination et de la continuité des soins.

3.2. ACCÈS AUX SOINS ET SERVICES

Recommandations [1.3.1](#) et [1.3.2](#)

Raisons pour lesquelles le comité a formulé ces recommandations

En l'absence de données probantes de bonne qualité, le comité du NICE a utilisé une méthode de consensus formel afin de formuler quelques recommandations sur les principales stratégies visant à favoriser l'accès aux soins et services. D'après leur expérience clinique, les membres du comité du NICE se sont entendus sur le fait que l'un des défis les plus courants de l'accès aux

soins *et services* peut être la croyance, pour la personne touchée, que le TSPT est incurable. Ils ont convenu de l'importance de présenter une vision plus encourageante et optimiste du traitement du TSPT.

Les membres du comité *du NICE* ont également discuté des données probantes sur la souplesse des modalités de prestation des soins. Des données qualitatives indiquaient que certaines personnes qui présentent un TSPT préfèrent recevoir leur traitement dans un autre cadre qu'un environnement clinique. De plus, des données cliniques indiquaient que la prestation à distance de certains types de soins (par exemple, une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales* ou une TCC axée sur le traumatisme assistée par les TIC et la vidéoconférence) peut être aussi efficace que les *traitements* menés en personne. Sur la base de ces renseignements, les membres du comité *du NICE* ont convenu qu'accroître la souplesse des modalités de prestation des soins, notamment en offrant les services ailleurs que dans un cadre clinique (par exemple en milieu scolaire ou en entreprise), pourrait améliorer l'accès aux soins.

Incidence possible de ces recommandations sur la pratique

Ces recommandations contribueront à harmoniser la façon dont les services sont dispensés. Les répercussions de ces recommandations sur le plan des ressources devraient être compensées par des économies de temps et une efficacité accrue résultant d'améliorations en matière d'adhésion et d'engagement. À l'heure actuelle, la vidéoconférence n'est pas disponible dans certains établissements, ce qui pourrait atténuer les répercussions de cette recommandation sur le plan des ressources. On peut cependant s'attendre à ce que cette mesure entraîne des économies à l'avenir sur le plan des ressources, en particulier dans les régions éloignées où les intervenants doivent se déplacer pour la prestation en personne d'*interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales* ou de TCC axées sur le traumatisme.

3.3. PRINCIPES RÉGISSANT LES SOINS ET SERVICES

Recommandations [1.4.1 à 1.4.9](#)

Raisons pour lesquelles le comité a formulé ces recommandations

Soutien aux personnes qui présentent un TSPT

Recommandations [1.4.1 à 1.4.2](#) et [1.4.4](#)

En se basant sur les données probantes et sur leur propre expérience clinique, les membres du comité du NICE ont discuté de la réticence à entrer en contact avec les services pertinents qui est souvent présente pour les personnes qui présentent un TSPT; ces personnes sont donc susceptibles d'ignorer que des traitements et du soutien sont disponibles. Les membres du comité du NICE étaient d'avis que cette situation faisait ressortir la nécessité d'offrir de l'information et du soutien adéquats et adaptés aux besoins des personnes au sujet des traitements et des services, y compris en ce qui concerne les soins et les traitements auxquels les personnes peuvent s'attendre ainsi que leur déroulement (par exemple l'endroit où les services seront offerts et par qui).

Les membres du comité *du NICE* ont discuté de l'importance de maintenir des environnements sécuritaires pour les personnes qui présentent un TSPT. En s'appuyant sur leur expérience clinique, ils ont convenu que certains déclencheurs relevant de l'environnement étaient susceptibles d'aggraver les symptômes d'une personne ou de l'empêcher de s'investir dans son traitement. Les intervenants responsables de l'évaluation et du traitement de personnes qui présentent un TSPT (y compris ceux qui fournissent un traitement pour des troubles mentaux ou physiques concomitants) devraient être conscients de la nécessité de prendre des mesures afin de réduire ce risque.

Soutien par les pairs

Recommandation [1.4.3](#)

Les données probantes au sujet des groupes de soutien et d'entraide étaient peu nombreuses, mais comprenaient des témoignages convaincants de personnes qui présentent un TSPT, selon lesquels le fait d'échanger au sujet de leur expérience avec d'autres personnes ayant aussi vécu un événement traumatique avait eu des effets bénéfiques, et ce, pour différents types d'expériences traumatiques. Les résultats indiquent que le soutien par les pairs pourrait également permettre aux personnes d'obtenir de l'information au sujet des formes d'aide et de soutien à leur disposition, ce qui pourrait les aider à surmonter leurs doutes et leurs craintes à l'égard du traitement et à s'investir dans les services qu'elles reçoivent.

Susciter la participation de la famille et de l'entourage dans le traitement

Recommandations [1.4.6](#) et [1.4.9](#)

Des données probantes indiquaient que susciter la participation de la famille *et de l'entourage* dans le traitement apporte un soutien supplémentaire à la personne touchée tout en permettant à la famille et à l'entourage de mieux comprendre le TSPT. Les données n'étaient toutefois pas systématiquement favorables à la participation de la famille *et de l'entourage*, certaines personnes n'aimant pas avoir l'impression qu'on parle d'elles en leur absence. Les membres du comité *du NICE* se sont donc entendus sur le fait que cette collaboration devait d'abord faire l'objet d'une discussion avec la personne.

Des données limitées indiquaient que la participation de la famille *et de l'entourage* au traitement avait favorisé l'amélioration de leur santé mentale et avait permis d'amoindrir les difficultés dans l'exercice du rôle parental. La fiabilité de ces données n'était toutefois pas suffisante pour appuyer des recommandations au sujet d'interventions spécifiques de soutien à la famille et à *l'entourage*. Le comité *du NICE* a recommandé des éléments des bonnes pratiques en fonction de l'opinion de ses membres à titre d'experts.

Soutien à la famille et l'entourage

Recommandations [1.4.5](#) et [1.4.7](#) à [1.4.8](#)

Des données qualitatives indiquaient qu'une raison fréquente pour laquelle les personnes ne cherchent pas à obtenir de l'aide pour le TSPT est le manque de connaissances au sujet des

traitements et des services disponibles. Le comité *du NICE* a convenu que le fait d'offrir de l'information et du soutien à la famille et à *l'entourage* pourrait favoriser l'accès aux services tant pour ces derniers que pour la personne qui présente un TSPT.

Les membres du comité *du NICE* ont discuté de la possibilité que plus d'un membre de la famille et *l'entourage* présente un TSPT. Ils ont estimé qu'il était important de sensibiliser les parties concernées à ce risque afin que du soutien soit offert rapidement aux personnes touchées.

Incidence possible de ces recommandations sur la pratique

Ces recommandations sont des éléments des bonnes pratiques qui contribueront à harmoniser les soins et services. Toute répercussion mineure de ces recommandations sur le plan des ressources devrait être compensée par des économies de temps et une efficacité accrue résultant d'améliorations en matière d'adhésion et d'engagement.

Les groupes de soutien et d'entraide ne sont pas systématiquement offerts dans toutes les régions, mais leur utilisation est assez répandue. Le comité *du NICE* était d'avis que faciliter l'accès à ces groupes ne devrait pas avoir d'implications majeures sur le plan des ressources. Tout coût associé à cette mesure serait compensé par des économies potentielles associées à un accès plus rapide à du soutien, ce qui contribuera à prévenir l'apparition de problèmes plus graves pour les personnes touchées.

3.4. PLANIFIER LE TRAITEMENT ET FAVORISER L'ENGAGEMENT

Recommandations [1.6.1 à 1.6.3](#)

Raisons pour lesquelles le comité a formulé ces recommandations

Les membres du comité du NICE ont convenu de l'importance d'adopter une approche holistique lors de la planification du traitement, par exemple en pensant à tous les aspects de la vie d'une personne qui pourraient contribuer à la persistance des symptômes de TSPT, à la possibilité que la personne souffre d'autres problèmes de santé physique ou mentale, et à la présence d'un risque significatif de danger pour elle-même ou pour autrui. Le comité du NICE a également considéré qu'il était important de demander à la personne si des traitements avaient été utilisés avec succès par le passé et de tenir compte de ses préférences. Les membres du comité du NICE étaient d'avis que ces éléments représentaient des pratiques exemplaires importantes, tout comme le fait de fournir de l'information et du soutien à la personne afin qu'elle soit en mesure de faire un choix éclairé en ce qui concerne le traitement.

Les membres du comité du NICE sont d'avis que toute stratégie visant à favoriser l'engagement doit tenir compte du fait que les personnes qui présentent un TSPT sont souvent très anxieuses à l'égard du traitement et qu'elles cherchent fréquemment à l'éviter. Cela est appuyé par des données probantes indiquant que les raisons courantes pour ne pas chercher à obtenir de l'aide incluent l'inquiétude relativement au fait de s'engager auprès d'un intervenant, la peur de vivre une exacerbation des symptômes et la stigmatisation. Les personnes touchées peuvent être aux prises avec des émotions difficiles relativement au traumatisme (par exemple, la honte), ce qui peut représenter un obstacle à leur engagement dans le traitement. Les membres du comité *du NICE* ont convenu que les intervenants devaient comprendre cet aspect afin d'éviter toute interprétation erronée des raisons pour lesquelles une personne ne s'investit pas dans le

traitement et d'être en mesure de déterminer les meilleures façons d'aider cette personne, notamment en communiquant avec elle si elle ne se présente pas à un rendez-vous.

Incidence possible de ces recommandations sur la pratique

Ces recommandations sont des éléments des bonnes pratiques qui contribueront à harmoniser la pratique. Toute répercussion mineure que ces recommandations sont susceptibles d'avoir sur le plan des ressources devrait être compensée par les économies de temps et les avantages en matière d'efficacité qui pourraient résulter de l'amélioration de l'adhésion et de l'engagement.

3.5. SURVEILLANCE ACTIVE

Recommandation [1.6.4](#)

Raisons pour lesquelles le comité a formulé cette recommandation

Le comité *du NICE* ne disposait pas de données probantes fiables au sujet de *traitements* efficaces pour la prévention du TSPT pour les personnes qui présentent des symptômes sous le seuil clinique au cours du premier mois suivant un événement traumatique. Les membres du comité *du NICE* se sont appuyés sur leur expérience clinique et ont discuté des raisons pour lesquelles certaines personnes ne développent pas de symptômes de TSPT après un traumatisme, même sans *traitement* ou à l'aide de *traitements* limités. Au contraire, certaines personnes développeront des symptômes chroniques si un *traitement* n'est pas mis en œuvre rapidement. Par consensus, les membres du comité *du NICE* ont convenu que la surveillance active au cours du premier mois suivant un traumatisme pouvait aider les intervenants à juger de la nécessité de *traitements* supplémentaires pour une personne dont les symptômes sont moins graves.

Incidence possible de cette recommandation sur la pratique

Toute modification de la pratique devrait avoir peu d'incidence, car la surveillance active (appelée veille attentive dans la version de 2005 du présent guide de pratique) faisait déjà partie des pratiques recommandées.

3.6. DÉBREFFAGE PSYCHOLOGIQUE

Recommandation [1.6.5](#)

Raisons pour lesquelles le comité a formulé cette recommandation

Les données probantes sur le débriefage psychologique individuel ou en groupe n'ont démontré aucun bienfait pour les enfants ou les adultes; certaines données indiquaient même des résultats moins bons qu'en l'absence de traitement. Les membres du comité *du NICE* ont convenu que le débriefage psychologique ne devrait pas être offert. La prestation d'un *traitement* inefficace peut s'avérer nuisible, car la personne se voit ainsi refuser l'accès à un autre *traitement* dont les bienfaits sont étayés par des données probantes.

Incidence possible de cette recommandation sur la pratique

Le débriefage psychologique ne faisait pas partie des recommandations précédentes. Cette recommandation ne devrait donc avoir aucune incidence sur la pratique.

3.7. PRÉVENTION ET TRAITEMENT DU TSPT POUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Recommandations [1.6.6 à 1.6.8](#)

Raisons pour lesquelles le comité a formulé ces recommandations

Aucune donnée probante n'était disponible au sujet d'une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC en individuel* axée sur le traumatisme pour les enfants et les adolescents au cours du premier mois suivant un traumatisme. Malgré l'absence de données probantes directes, le comité *du NICE* a décidé de formuler une recommandation concernant cette intervention, à la lumière de données robustes démontrant son efficacité pour les enfants plus d'un mois après un traumatisme ainsi que de données probantes sur les bienfaits de cette intervention pour les adultes au cours du premier mois suivant un traumatisme. Le rétablissement peut se produire naturellement au cours des premières semaines dans de nombreux cas et il peut être difficile d'évaluer l'importance d'amorcer l'intervention pour un enfant ou un adolescent au cours du premier mois suivant un traumatisme.

Par consensus, les membres du comité *du NICE* ont convenu qu'une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC individuelle* axée sur le traumatisme et la surveillance active pouvaient toutes deux être considérées comme des options au cours du premier mois suivant un traumatisme pour les enfants et les adolescents qui présentent des symptômes cliniques importants de TSPT ou un trouble de stress aigu, et que le choix relevait du jugement clinique.

Des données probantes indiquaient que les *interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou les TCC de groupe* axées sur le traumatisme étaient efficaces pour améliorer les symptômes de TSPT et d'autres résultats importants pour les enfants et les adolescents ayant été exposés à des situations traumatisantes de façon continue, par exemple en vivant dans une zone de guerre. Les membres du comité *du NICE* se sont entendus sur le fait que ces résultats pouvaient s'appliquer à d'autres types de traumatismes collectifs à grande échelle. Les données comportaient certaines lacunes et incertitudes, par exemple en ce qui concerne la durée des bienfaits et le fait que les résultats soient attribuables à l'intervention plutôt qu'à d'autres facteurs généraux, comme le fait d'avoir l'attention d'un intervenant. Sur la base de ces données probantes et d'autres considérations, le comité *du NICE* a recommandé que l'intervention soit envisagée comme une option possible. Compte tenu du développement cognitif et linguistique requis pour participer à une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC en individuel* axée sur le traumatisme, celles-ci ne conviendraient pas aux enfants de moins de sept ans. La recommandation du comité *du NICE* fait donc référence à une tranche d'âge qui reflète l'âge des enfants dans les études incluses.

Bien que les différentes *interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales* ou les TCC de groupe axées sur le traumatisme utilisent la même approche générale, les membres du comité *du NICE* étaient préoccupés par le fait que ces *traitements* ne sont pas toujours offerts de façon uniforme et ont donc convenu de préciser la structure et le contenu du *traitement*.

Incidence possible de ces recommandations sur la pratique

Actuellement, on observe un manque d'harmonisation en ce qui concerne les soins offerts aux enfants et aux adolescents qui présentent un trouble de stress aigu ou des symptômes cliniques importants de TSPT au cours du premier mois suivant un événement traumatique. Recommander la surveillance active ou une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales* ou une TCC en individuel axée sur le traumatisme à titre d'options à envisager devrait améliorer l'harmonisation de la pratique et contribuer à réduire le recours à des *traitements* exigeant plus de ressources, et dont l'efficacité est inconnue.

À l'heure actuelle, il n'existe aucune orientation sur les *traitements* destinés aux enfants exposés à un traumatisme collectif à grande échelle; la pratique actuelle consiste à fournir une gamme d'interventions. L'absence d'orientations claires sur les mesures les plus efficaces a occasionné de la variabilité en ce qui concerne l'accès aux *traitements*, les types de *traitements* offerts et la fiabilité des données probantes sur lesquelles ils reposent. La recommandation sur *l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales* ou la TCC de groupe axée sur le traumatisme permettra d'améliorer l'harmonisation de la pratique et les résultats cliniques pour des enfants qui, autrement, auraient peut-être eu besoin de *traitements* dont le coût est plus élevé pour une prise en charge tardive du TSPT.

3.8. TRAITEMENT DU TSPT POUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Recommandations [1.6.9 à 1.6.13](#)

Raisons pour lesquelles le comité a formulé ces recommandations

Les données probantes indiquaient qu'une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales* ou une TCC axée sur le traumatisme était efficace pour améliorer les symptômes de TSPT ainsi que d'autres résultats importants, et que ces améliorations duraient au moins un an. Des bienfaits ont été observés avec différentes interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou les TCC axées sur le traumatisme et pour différents types de traumatismes. L'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC axée sur le traumatisme est plus efficace et plus rentable lorsqu'elle est offerte individuellement plutôt qu'en groupe; les membres du comité ont donc convenu que ce traitement devrait être mené de façon individuelle.

La plupart des données probantes sur les *interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales* ou les TCC axées sur le traumatisme concernaient des enfants de plus de sept ans. Certaines données portaient sur des enfants de cinq ou six ans. Le comité a donc admis que ce type de *traitement* pourrait représenter une option pour les enfants de ce groupe d'âge, mais ne pouvait être recommandé avec le même degré de certitude.

Le comité ne disposait d'aucune donnée probante sur le traitement au moyen d'une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC axée sur le traumatisme* d'un à trois mois après un événement traumatique, comparativement à l'absence de traitement pour des sujets témoins. Le comité ne pouvait donc pas recommander le traitement dans ce contexte avec le même degré de certitude que lorsque celui-ci est mis en œuvre plus de trois mois après un traumatisme. Les membres du comité ont toutefois convenu, sur la base de l'extrapolation du vaste ensemble de données probantes concernant les bienfaits du traitement plus de trois mois après un traumatisme et d'après leur propre expérience clinique, *qu'une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC axée sur le traumatisme* pouvait représenter une option au cours de cette période.

Bien que les différentes *interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou les TCC axées sur le traumatisme* reposent généralement sur la même approche globale, les membres du comité étaient préoccupés par le fait que ces *traitements* ne sont pas toujours offerts de façon uniforme. Le comité a donc convenu de préciser la structure et le contenu du *traitement*. Cette recommandation a été basée sur les données probantes et modifiée en fonction de l'opinion des membres du comité, à titre d'experts. Par exemple, un nombre de séances a été recommandé d'après les données probantes, mais les membres du comité ont convenu qu'un plus grand nombre de séances pourrait être nécessaire, notamment pour les personnes ayant vécu des expériences traumatiques multiples.

De données probantes limitées au sujet de l'EMDR indiquaient des bénéfices potentiels sur les symptômes de TSPT pour les enfants de plus de sept ans. Cette technique s'avérait toutefois moins efficace sur le plan clinique et moins rentable que toutes les *interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou les TCC axées sur le traumatisme*. Le comité a donc conclu que *l'EMDR* ne devrait être envisagée que pour les enfants qui ne répondent pas à une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC axée sur le traumatisme* ou qui ne s'investissent pas dans ce *traitement*.

Incidence possible de ces recommandations sur la pratique

Offrir une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC axée sur le traumatisme plus de trois mois après un événement traumatique cadre avec les recommandations antérieures. De plus, le comité n'était pas au fait de grandes variations dans la pratique. Envisager une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC axée sur le traumatisme d'un à trois mois après un événement traumatique et envisager l'EMDR à titre d'option constituent deux nouvelles recommandations. Ces recommandations devraient avoir peu d'incidence sur la pratique, comme il ne s'agit que d'options à envisager – par exemple, l'EMDR ne devrait être envisagée que pour les enfants qui ne répondent pas à une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC axée sur le traumatisme ou qui ne s'investissent pas dans ce traitement.

Dans la version antérieure du guide de pratique, les recommandations du NICE visaient les enfants qui présentent un TSPT, alors que les recommandations actuelles s'avèrent aussi pertinentes pour les enfants et les adolescents qui présentent des symptômes cliniques importants de TSPT. La structure, le contenu et la durée de l'évaluation, de même que les bienfaits associés au traitement, sont essentiellement les mêmes pour les deux populations; le comité a donc estimé que l'incidence sur la pratique serait peu importante.

3.9. PHARMACOTHÉRAPIE POUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Recommandation [1.6.14](#)

Raisons pour lesquelles le comité a formulé cette recommandation

Le comité disposait de très peu de données probantes sur l'utilisation de médicaments pour la prévention ou le traitement du TSPT pour les enfants et les adolescents, et les données disponibles n'indiquaient aucun bienfait important. Le comité a donc conclu que la pharmacothérapie ne devrait pas être offerte.

Incidence possible de cette recommandation sur la pratique

Cette recommandation cadre avec les recommandations antérieures; elle ne devrait donc avoir aucune incidence sur la pratique.

3.10. PRÉVENTION DU TSPT POUR LES ADULTES

Recommandation [1.6.15](#)

Raisons pour lesquelles le comité a formulé cette recommandation

Les données probantes indiquaient que les *interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou les TCC* individuelles axées sur le traumatisme étaient efficaces pour améliorer les symptômes de TSPT pour les adultes ayant été exposés à un événement traumatique au cours du mois précédent. Ces *traitements* étaient également associés à une réduction du nombre d'adultes répondant aux critères diagnostiques du TSPT après un mois. Des données limitées provenant de l'extérieur du Royaume-Uni indiquaient également que les *interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou les TCC* axées sur le traumatisme étaient rentables pour les adultes à risque de présenter un TSPT.

Les données probantes portaient sur un certain nombre d'interventions spécifiques pouvant être considérées comme *des interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC* axée sur le traumatisme. Les membres du comité ont donc convenu qu'il serait utile de fournir quelques exemples de *traitements* figurant dans cette catégorie.

Les données probantes sur les bienfaits se limitant aux adultes qui présentent des symptômes cliniques importants de TSPT ou un trouble de stress aigu, la recommandation du comité concerne uniquement ces groupes, et non les personnes qui présentent des symptômes moins importants.

Incidence possible de cette recommandation sur la pratique

La recommandation cadre avec les recommandations antérieures; elle ne devrait donc entraîner aucun changement important dans la pratique.

3.11. TRAITEMENT DU TSPT POUR LES ADULTES

Recommandations [1.6.16](#) à [1.6.23](#)

Raisons pour lesquelles le comité a formulé ces recommandations

Intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC axée sur le traumatisme

Recommandations [1.6.16](#) et [1.6.17](#)

Un vaste ensemble de données probantes indiquait que les *interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou les TCC axées sur le traumatisme* étaient associées à une amélioration des symptômes de TSPT ainsi qu'à des améliorations d'autres éléments importants, et pouvaient se maintenir jusqu'à un an plus tard. Des bienfaits étaient observés pour différents types de traumatismes, tant pour des personnes ayant vécu un seul événement que pour des personnes exposées à de multiples événements traumatiques. Les données probantes portaient sur un certain nombre de *traitements* spécifiques pouvant être considérés comme des *interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou des TCC axées sur le traumatisme*. Les membres du comité ont donc convenu qu'il serait utile de fournir quelques exemples de *traitements* figurant dans cette catégorie.

La plupart des données probantes sur les *interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou les TCC axées sur le traumatisme* portaient sur des adultes ayant été exposés à au moins un événement traumatique plus de trois mois auparavant, mais des données limitées en démontraient également les bienfaits d'un à trois mois après un traumatisme. Le comité a discuté de ces données, en parallèle avec les données probantes sur les bienfaits au cours du premier mois suivant le traumatisme et plus de trois mois après le traumatisme. Les membres du comité ont estimé qu'il était peu probable que les résultats obtenus pendant cette période de deux mois soient différents. Le comité a donc recommandé les *interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou les TCC axées sur le traumatisme* pour les adultes pour qui un TSPT a été *confirmé* ou pour qui des symptômes cliniques importants de TSPT sont apparus plus d'un mois après un événement traumatique.

Des données probantes de bonne qualité indiquaient qu'offrir *une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC en individuel* axée sur le traumatisme comportant jusqu'à 12 séances était efficace sur le plan clinique et rentable. Les *interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou les TCC* de groupe axées sur le traumatisme n'ont pas été jugées efficaces sur le plan clinique ni rentables d'après une méta-analyse en réseau et une analyse économique, bien que les données à ce sujet soient limitées. Compte tenu du nombre habituel de séances précisé dans la plupart des manuels de traitement validés et du nombre de séances le plus courant d'après les données probantes, le comité a recommandé d'offrir le *traitement* en 8 à 12 séances. D'après leur expérience clinique, les membres du comité ont toutefois recommandé d'offrir un plus grand nombre de séances lorsque cela s'avère nécessaire, notamment pour les personnes ayant vécu des expériences traumatiques multiples.

En s'appuyant sur les données probantes et sur leur expérience clinique, les membres du comité ont précisé la structure et le contenu des *interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou des TCC* individuelles axées sur le traumatisme afin de s'assurer qu'elles sont offertes de façon uniforme, car ils craignaient que cela ne soit pas le cas dans la pratique.

L'éducation psychologique a été jugée très efficace sur le plan clinique et très rentable comparativement aux autres interventions psychologiques d'après une méta-analyse en réseau et une analyse économique, mais les données probantes à ce sujet étaient très limitées et de qualité discutable. Les membres du comité ont convenu que les données probantes ne permettaient pas d'appuyer une recommandation portant spécifiquement sur l'éducation psychologique, mais que celle-ci pouvait être intégrée à une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC en individuel* axée sur le traumatisme.

Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR)

Recommandations

Les données probantes portant sur l'EMDR étaient moins nombreuses que celles concernant les interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou les TCC axées sur le traumatisme, mais les membres du comité ont convenu que les données disponibles justifiaient une recommandation sur cette technique. Bien que les études effectuant une comparaison directe entre l'EMDR et une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC axée sur le traumatisme n'aient pas démontré de différences significatives, une tendance en faveur de l'EMDR a été observée. Une tendance similaire se révélait dans les résultats relatifs à la rentabilité de l'EMDR. Les données probantes indiquaient que l'EMDR n'était pas efficace pour les personnes ayant vécu un traumatisme lié à une situation de combat militaire, et cette situation se démarquait de tous les autres types de traumatismes évalués, pour lesquels des bienfaits ont été observés. Sur la base de ces données, le comité a limité la portée de sa recommandation aux traumatismes qui ne sont pas liés à une situation de combat.

La plupart des données probantes sur *l'EMDR* portaient sur des adultes ayant été exposés à au moins un événement traumatique plus de trois mois auparavant, bien que des données limitées faisaient aussi état de bienfaits d'un à trois mois après un traumatisme. Sur la base de ces données limitées et de l'extrapolation des données probantes plus robustes sur l'utilisation de *l'EMDR* plus de trois mois après un traumatisme, le comité a recommandé d'envisager *l'EMDR*

d'un à trois mois après un traumatisme qui n'est pas lié à une situation de combat. Cette recommandation a été formulée avec moins de certitude que celle portant sur le traitement après trois mois en raison du nombre limité de données probantes directes (une seule étude) et parce que ces données indiquaient des bienfaits statistiquement non significatifs à la suite de l'utilisation de l'*EMDR* au cours du premier mois suivant un traumatisme.

Bien que les *traitements* par l'*EMDR* reposent sur la même approche globale, les membres du comité étaient préoccupés par le fait que ces *traitements* ne sont pas toujours offerts de façon uniforme. Le comité a donc convenu de préciser la structure et le contenu du *traitement* en fonction des descriptions fournies dans les données probantes et de modifications effectuées d'après l'opinion des membres du comité, à titre d'experts.

Intervention utilisant les techniques cognitivo-comportementales ou une TCC axée sur le traumatisme assistée par les technologies de l'information et des communications (TIC), en association avec du soutien

Recommandations [1.6.21](#) et [1.6.22](#)

Des données probantes indiquaient que les autosoins en association avec du soutien ou sans soutien, en particulier les *interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou les TCC axées sur le traumatisme assistées par les TIC*, étaient bénéfiques selon l'autoévaluation des symptômes de TSPT et d'autres résultats importants. Ces bienfaits se maintenaient jusqu'à un an plus tard. Les deux *traitements* s'avéraient rentables comparativement aux autres *traitements*. Les données probantes concernant certains des paramètres auxquels le comité s'est intéressé étaient peu nombreuses, et il n'était pas clairement établi que les autosoins étaient efficaces pour tous les types de traumatismes. Les autosoins ont été jugés efficaces qu'ils soient accompagnés de soutien ou non, mais l'efficacité clinique et la rentabilité de l'intervention en association avec du soutien étaient supérieures; l'effet bénéfique était assez important pour compenser le coût plus élevé.

Compte tenu des données probantes relatives à l'efficacité ainsi que des lacunes que comportent ces données, le comité a conclu qu'une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC axée sur le traumatisme assistée par les TIC*, en association avec du soutien, devrait être envisagée pour les adultes présentant un TSPT qui préfèrent cette option à une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC axée sur le traumatisme en personne ou à l'EMDR*. Les membres du comité craignaient qu'un *traitement* de moindre intensité puisse être inapproprié sur le plan clinique pour certains adultes qui présentent un TSPT. La portée de cette recommandation a donc été limitée aux personnes qui ne présentent pas de symptômes graves de TSPT (en particulier les symptômes dissociatifs) et qui ne présentent pas de risque de danger pour eux-mêmes ou pour autrui.

Plusieurs *interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou des TCC axées sur le traumatisme assistées par les TIC* sont disponibles. Le comité a donc estimé qu'il était important d'en préciser la structure et le contenu afin de s'assurer qu'elles répondent à des normes minimales.

Traitements cognitivo-comportementaux ciblant des symptômes précis

Recommandation [1.6.23](#)

Certaines données probantes indiquaient que les *interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou les TCC* qui n'étaient pas axées sur le traumatisme étaient bénéfiques lorsqu'elles ciblaient des symptômes précis, comme la perturbation du sommeil ou la colère, et qu'elles procuraient une amélioration des symptômes de TSPT; la durée pendant laquelle ces effets bénéfiques se maintenaient n'était toutefois pas clairement établie. Les *interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou les TCC* qui ne sont pas axées sur le traumatisme étaient moins rentables que les *interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou les TCC* axées sur le traumatisme, l'*EMDR* et les autosoins, mais plus rentables que d'autres *traitements* tels que la thérapie centrée sur le présent, les *interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou les TCC* de groupe axées sur le traumatisme, l'association d'une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC en individuel* axée sur le traumatisme et d'un ISRS, le counseling et l'absence de traitement. Les membres du comité ont convenu des bienfaits potentiels importants des *interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou des TCC* qui ne sont pas axées sur le traumatisme, mais estimaient que les *traitements* ciblant des symptômes précis ne devraient pas être perçus comme une option de rechange à un traitement de première intention mettant l'accent sur le traumatisme. Ils pourraient plutôt représenter une option pour des personnes qui ne sont pas prêtes à faire face aux souvenirs qu'elles ont du traumatisme, ce qui pourrait favoriser l'adhésion et l'engagement envers une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC* axée sur le traumatisme. Ils pourraient également être utilisés pour cibler des symptômes résiduels après une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC* axée sur le traumatisme.

Incidence possible de ces recommandations sur la pratique

Les recommandations du précédent guide de pratique du NICE concernaient les adultes qui présentent un TSPT, alors que les recommandations actuelles s'avèrent aussi pertinentes pour les adultes qui présentent des symptômes cliniques importants de TSPT. La structure, le contenu et la durée de l'évaluation, de même que les bienfaits associés au traitement, sont essentiellement les mêmes pour les deux populations; le comité a donc estimé que l'incidence sur la pratique serait peu importante.

Les interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou les TCC axées sur le traumatisme et l'*EMDR* figuraient déjà dans les recommandations antérieures et le comité était d'avis que la pratique à cet égard était relativement uniforme. La nouvelle recommandation concernant les interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou les TCC qui ne sont pas axées sur le traumatisme et ciblant des symptômes précis représente un changement plus important, car les recommandations antérieures stipulaient que les traitements qui n'étaient

pas axés sur le traumatisme ne devraient pas être offerts systématiquement aux personnes qui présentent un TSPT chronique. Les répercussions sur le plan des ressources sont difficiles à estimer étant donné que la recommandation porte seulement sur une option à envisager; des économies potentielles pourraient toutefois être associées aux effets favorables sur l'adhésion et l'engagement envers des interventions axées sur le traumatisme, qui devraient avoir pour effet de réduire les absences aux rendez-vous et les abandons prématurés.

La recommandation concernant les *interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou les TCC* axées sur le traumatisme assistées par les TIC, en association avec du soutien, semble également représenter un changement important. Les *traitements* d'autosoins ne figuraient pas parmi les recommandations précédentes et le comité était d'avis que ce type de *traitement* n'était pas couramment utilisé. Le coût des *interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou les TCC* axées sur le traumatisme assistées par les TIC, en association avec du soutien, inclut le coût associé au temps consacré au *traitement* par un intervenant ainsi que le coût du matériel et des programmes informatiques nécessaires pour mener celui-ci. Si le *traitement* est mis en œuvre dans un lieu public (comme une bibliothèque) ou au domicile de la personne, aucun coût ne sera associé à l'utilisation du matériel informatique. Par ailleurs, l'ordinateur utilisé dans un cadre clinique peut être partagé par un grand nombre de personnes à des fins d'*interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales* ou de TCC axées sur le traumatisme assistées par les TIC, ce qui amoindrit le coût du matériel. Le recours aux *interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou aux TCC* axées sur le traumatisme assistées par les TIC, en association avec du soutien, plutôt qu'à des *traitements* nécessitant la mobilisation de plus de ressources, comme les *interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou les TCC* individuelles axées sur le traumatisme et l'*EMDR*, dans certains cas, pourrait donc entraîner des économies.

Le comité a admis qu'un coût serait associé au fait d'offrir des séances supplémentaires dans le cadre d'une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC* axée sur le traumatisme lorsque cela s'avère nécessaire (par exemple pour les personnes ayant vécu des expériences traumatiques multiples). Dans la version précédente du guide de pratique, il était recommandé d'envisager plus de 12 séances pour les personnes ayant été exposées à de multiples événements traumatiques ou pour celles présentant une invalidité chronique, des difficultés sociales ou des troubles concomitants importants. Toutefois, l'ajout de séances supplémentaires est un aspect qui varie dans la pratique.

3.12. Pharmacothérapies pour les adultes

Recommandations [1.6.24 à 1.6.26](#)

Raisons pour lesquelles le comité a formulé ces recommandations

Prévention

Recommandation [1.6.24](#)

Le comité ne disposait pas de données probantes cohérentes appuyant l'efficacité d'un médicament, quel qu'il soit, dans la prévention du TSPT. Compte tenu des données probantes limitées sur les bienfaits des pharmacothérapies et en raison des effets nuisibles potentiels de ces traitements, y compris leurs effets secondaires, les membres du comité *du NICE* ont convenu que les pharmacothérapies ne devraient pas être offertes pour la prévention du TSPT pour les adultes. Le comité *du NICE* a mentionné en particulier les benzodiazépines parce que les données probantes démontrent que les médicaments de cette classe n'apportent aucun bienfait, parce que leurs effets nuisibles sont préoccupants et parce que, selon l'expérience clinique des membres du comité *du NICE*, ces médicaments étaient prescrits dans la pratique.

Traitement

Recommandations [1.6.25](#) et [1.6.26](#)

Des données probantes indiquaient que les ISRS et la venlafaxine sont efficaces dans le traitement du TSPT. Un grand nombre d'études portaient sur les ISRS, mais l'ampleur des effets observés était moindre que dans le cas de la venlafaxine. Le comité *du NICE* a conclu qu'un ISRS ou la venlafaxine pouvaient être envisagés pour les personnes exprimant une préférence pour la pharmacothérapie, mais ne devraient pas être offerts à titre de traitement de première intention du TSPT. Cet avis repose en partie sur l'absence de données probantes concernant le suivi réalisé à la suite d'un traitement par un ISRS ou la venlafaxine et sur le fait que les données probantes indiquaient que les ISRS sont moins efficaces que toutes les interventions psychologiques recommandées. De plus, les modèles économiques indiquaient que l'utilisation des ISRS est moins rentable que *l'EMDR*, les *interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales* ou les TCC individuelles brèves axées sur le traumatisme et les autosoins en association avec du soutien.

Aucune donnée probante ne faisait état de différences significatives en ce qui concerne l'efficacité d'ISRS particuliers (sertraline, fluoxétine et paroxétine); les membres du comité *du NICE* ont donc convenu que le choix de l'ISRS revenait au prescripteur. La sertraline a toutefois été mentionnée en exemple parce qu'il s'agit de l'un des deux médicaments approuvés au Royaume-Uni pour cette indication et que l'autre médicament approuvé, la paroxétine, est plus susceptible d'entraîner des symptômes liés à l'arrêt du traitement.

Le comité du NICE a convenu qu'il était important de réévaluer le traitement antidépresseur régulièrement pour assurer la gestion de tout effet secondaire et de passer en revue l'évolution clinique et les résultats.

Certaines données probantes indiquaient que les antipsychotiques, utilisés seuls ou en association avec les médicaments habituels, sont efficaces dans le traitement des symptômes de TSPT. Ces données étaient toutefois moins nombreuses que celles appuyant les ISRS et les approches psychologiques (par exemple, les données probantes concernant d'autres paramètres importants étaient limitées, et aucune donnée portant sur le suivi n'était disponible). Les membres du comité du NICE ont convenu que les antipsychotiques ne devraient pas être perçus comme une option de rechange à une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou *une* TCC axée sur le traumatisme à titre de traitement de première intention du TSPT, mais devraient plutôt être considérés comme un traitement d'appoint à une approche psychologique. Les antipsychotiques pourraient être utiles dans la gestion des symptômes pour les adultes pour

qui un TSPT a été *confirmé*, si les symptômes ne se sont pas améliorés à la suite du traitement par d'autres médicaments ou à la suite des approches psychologiques et que la personne présente des symptômes et des comportements invalidants faisant en sorte qu'il est difficile pour elle de s'investir dans une approche psychologique. Compte tenu des différents profils d'effets secondaires en fonction des agents utilisés, le comité *du NICE* a convenu que le choix d'un antipsychotique relevait du jugement clinique. La rispéridone a été mentionnée à titre d'exemple, car les données probantes concernant ce médicament portaient sur un plus grand nombre de participants.

Le comité *du NICE* a discuté des préoccupations relatives à la tolérance aux antipsychotiques et a conclu que ces médicaments ne devraient être prescrits que dans le contexte de services spécialisés ou après la consultation d'un spécialiste.

Incidence possible de ces recommandations sur la pratique

Les membres du comité *du NICE* étaient préoccupés par le fait que le recours à la pharmacothérapie au cours du premier mois suivant un traumatisme soit assez répandu dans la pratique clinique. La recommandation de ne pas offrir de pharmacothérapies dans la section sur les pharmacothérapies pour les adultes contribuera donc à réduire l'utilisation d'interventions qui ne sont pas appuyées par les données probantes et favorisera l'harmonisation de la pratique. Ces recommandations représentent un changement de pratique mineur, car dans la version antérieure du guide de pratique, la pharmacothérapie était recommandée comme une option seulement pour les adultes qui n'étaient pas en mesure de commencer une approche psychologique, qui ne souhaitaient pas entreprendre *une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC axée sur le traumatisme* ou qui n'avaient obtenu que peu de résultats, voire aucun, à la suite d'un tel *traitement*.

Au Royaume-Uni, la paroxétine et la sertraline sont les seuls médicaments approuvés pour le traitement du TSPT; les recommandations comportent donc des utilisations hors indication. La précision voulant que les antipsychotiques soient offerts uniquement dans le contexte des services spécialisés ou après la consultation d'un spécialiste devrait diminuer la variabilité dans les pratiques actuellement observées dans l'utilisation des antipsychotiques. S'il est essentiel de réévaluer la pharmacothérapie régulièrement, ce n'est peut-être pas fait couramment. La recommandation pourrait donc favoriser l'harmonisation de la pratique.

3.13. Soins aux personnes présentant un TSPT ayant des besoins complexes

Recommandations [1.7.1 à 1.7.3](#)

Raisons pour lesquelles le comité a formulé ces recommandations

En raison de l'absence de données probantes sur les soins aux personnes qui présentent un TSPT et ayant des besoins complexes, y compris les personnes présentant des troubles concomitants tels que le trouble dépressif ou un trouble lié à l'usage d'une substance, le comité du NICE a fait appel à un processus de consensus formel afin de convenir de principes fondamentaux.

Les données probantes limitées au sujet des interventions destinées aux personnes qui présentent un TSPT complexe indiquaient que *les interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou les TCC axées sur le traumatisme* pouvaient également être bénéfiques pour ce groupe. En s'appuyant sur leur expérience clinique, les membres du comité *du NICE* ont recommandé des modifications qui pourraient devoir être apportées aux *interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou aux TCC axées sur le traumatisme* afin de favoriser l'engagement des personnes qui présentent un TSPT complexe ou d'autres besoins additionnels.

Incidence possible de ces recommandations sur la pratique

Le comité *du NICE* a reconnu qu'il y aurait un coût associé à l'augmentation de la durée ou du nombre de séances d'un traitement lorsque cela s'avère nécessaire pour les personnes qui présentent un TSPT et des besoins additionnels. Dans la version précédente du guide de pratique, il était recommandé d'envisager plus de 12 séances pour les personnes ayant été exposées à de multiples événements traumatiques ou pour celles qui présentaient une invalidité chronique, des difficultés sociales ou des troubles concomitants importants. Toutefois, l'ajout de séances supplémentaires est un aspect qui varie dans la pratique.

4. NOTES SUR LE PRÉSENT GUIDE

Le NICE a chargé le National Collaborating Centre for Mental Health de l'élaboration du présent guide de pratique. Le Centre a formé le Groupe de développement du guide de pratique, qui a passé en revue les données probantes et a élaboré les recommandations. Un comité de révision indépendant a supervisé l'élaboration du guide.

Des renseignements supplémentaires sur la conception du guide de pratique clinique du NICE, le détail des articles scientifiques consultés, les discussions du Groupe de développement du guide de pratique ainsi que le guide de pratique clinique complet sont disponibles sur le site Web du NICE⁸². *Notez que ceux-ci n'ont pas été traduits en français ni contextualisés au Québec.*

4.1. GUIDE DE PRATIQUE COMPLET

Le guide de pratique complet⁸³ fournit les détails concernant les méthodes et les données utilisées pour élaborer le guide de pratique clinique. Ce document est une publication du National Collaborating Centre for Mental Health et n'a pas été traduit ni contextualisé au Québec.

4.2. INFORMATION À L'INTENTION DU PUBLIC

Les guides de pratique clinique sont accompagnés d'un document d'informations à l'intention du public, mis à la disposition de la personne, de la famille et l'entourage. Ces informations sont complémentaires à celles du guide de pratique clinique et se veulent un outil d'aide à la décision. Bien détaillés, ils permettent à la personne qui les consulte d'avoir un aperçu des traitements qui devraient lui être offerts selon sa situation, mais également d'envisager des questions à poser à ses intervenants. Les sections à l'intention de la famille et l'entourage présentent également de l'information et des ressources communautaires qui leur sont destinées. Elles expliquent aussi à la famille et l'entourage le rôle qu'ils peuvent jouer dans le rétablissement de la personne.

4.3. GUIDES SCHÉMATISÉS

Les guides de pratique schématisés sont des outils interactifs Web qui permettent un accès rapide aux différentes recommandations des guides de pratique du PQPTM. Ils constituent une source d'information importante, permettant de naviguer au travers des différentes recommandations et des divers documents qui y sont reliés. Ils permettent de rassembler par thèmes les différents sujets traités dans les guides de pratique clinique du NICE.

4.4. DOCUMENTS D'ORIENTATION CONNEXES DU NICE

Des renseignements supplémentaires sont disponibles sur le site [Web du NICE](#). *Notez que cette section n'a pas été traduite en français ni contextualisée au Québec.*

5. MISE À JOUR DU GUIDE DE PRATIQUE

Le présent guide de pratique remplace le guide [CG26](#). Ce guide de pratique constitue l'assise du document [QS53](#). Les guides de pratique clinique du NICE font l'objet de mises à jour afin que les recommandations qui y sont formulées tiennent compte des nouvelles données disponibles. Ces données sont passées en revue environ trois ans après la publication d'un guide de pratique et

⁸² NICE (2018). Post-traumatic stress disorder (Nice clinical guideline NG116). Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>

⁸³ Idem

régulièrement par la suite. Une consultation est menée auprès des intervenants du domaine de la santé et des personnes utilisatrices de services, et les renseignements obtenus au terme de cet exercice permettent de déterminer si un guide de pratique doit faire l'objet d'une mise à jour, en tout ou en partie. Si de nouvelles données probantes importantes sont publiées entretemps, il peut être décidé de procéder plus rapidement à la mise à jour de certaines recommandations.

Information sur la mise à jour du guide de pratique clinique original du NICE

Décembre 2018

Le NICE a passé en revue les données probantes et formulé de nouvelles recommandations sur la prévention, le traitement et l'orientation des personnes souffrant de stress post-traumatique. Ces recommandations sont indiquées [2018].

LE NICE a également apporté quelques modifications sans révision des données probantes. Ces recommandations sont indiquées **[2005, modifiées en 2018]**.

- Pour plus de clarté, la recommandation 1.1.1. a été divisée pour séparer le repérage de l'évaluation.

L'altération du fonctionnement a été ajouté et les symptômes ont été mis à jour par rapport à 2005 à la lumière du nouveau système de classification.

La référence au TSPT complexe et à ses symptômes (difficultés interpersonnelles ou problèmes relationnels, perception négative de soi et dysrégulation émotionnelle) ont été inclus après la publication du CIM-11 et de la nouvelle classe diagnostique du TSPT complexe.

L'abus de substances a été supprimé car, bien que ce soit une comorbidité fréquente, il ne s'agit pas d'un symptôme principal du TSPT.

- La recommandation 1.1.2. a été élargie à tous les contextes, de sorte que l'expression "soins primaires" a été supprimée.

Les exemples de types d'événements traumatiques ont été étendus et clarifiés.

L'accouchement traumatique a été élargi pour inclure les problèmes de santé graves et les expériences d'accouchement.

- Les symptômes de la recommandation 1.1.3. ont été mis à jour en cohérence avec la recommandation 1.1.1.
- La recommandation 1.1.4. a été élargie à tous les contextes, de sorte que l'expression "soins primaires" a été supprimée.

L'expression "expérience traumatique" a été modifiée en "un ou plusieurs événements traumatiques" en raison de la possibilité de traumatismes multiples/répétés.

- La recommandation 1.1.5. a été élargie à tous les environnements de soins. Pour éviter les répétitions, les exemples d'événements traumatiques ont été remplacés par une référence à la recommandation 1.1.2.
- La recommandation 1.1.6. a été reformulée pour mettre l'accent sur l'importance de discuter directement et individuellement avec l'enfant ou l'adolescent.

- Dans la recommandation 1.1.7, les symptômes ont été mis à jour par rapport à 2005 à la lumière des nouveaux systèmes de classification. Les réponses normales aux traumatismes ont été ajoutées en se basant sur l'avis du comité «qu'il est utile de "normaliser" la présence de certains symptômes au cours des premières semaines car ils peuvent se manifester, puis s'atténuer de façon naturelle.»
- Le comité a ajouté que l'instrument de dépistage devrait être validé pour la recommandation 1.1.8.
- Le terme "programme des réfugiés" a été remplacé par "réfugiés" et le terme "validé" a été ajouté à la recommandation 1.1.9. pour plus de clarté.
- La recommandation 1.2.1. a été mise à jour pour refléter le fait que, avant l'évaluation, les personnes présentant des symptômes cliniquement importants de TSPT n'auront pas reçus de diagnostic, de sorte qu'il n'est pas utile de parler de ceux-ci.
- La notion de compétence a été supprimée de la recommandation 1.2.2. car il s'agit d'une attente générale du NHS et non spécifique au TSPT ou à l'évaluation.
- Dans la recommandation 1.2.3. le terme «partager avec» a été remplacé par «avec la participation de » pour refléter le fait que la personne (et sa famille et l'entourage, si approprié) occupe un rôle actif dans ce processus.
- La recommandation 1.5.2. a été simplifiée et élargie pour s'appliquer au repérage, à l'évaluation ainsi qu'aux interventions.
- L'expression "axé sur le traumatisme" a été supprimée pour élargir la recommandation 1.5.3. et un lien vers un autre guide de pratique publié en 2005 a été ajouté.

Les recommandations indiquées **[2005]** signifie que la dernière révision des données probantes a été réalisée en 2005. Dans certains cas des modifications mineures ont été apportées à la formulation afin d'actualiser le langage et le style, sans en changer le sens.

Changements mineurs depuis la publication en 2018

Décembre 2022

Les liens de la recommandation 1.3.2. a été remplacé par un lien vers les nouvelles orientations du [Crown Prosecution Service guidance on pre-trial therapy](#). [2018]

Mai 2022

Un lien vers la ligne directrice de NICE sur les médicaments associés à la dépendance ou aux symptômes de sevrage a été ajouté dans la recommandation 1.6.25.

ANNEXE 1 : TERMES UTILISÉS

Ce lexique fournit la définition de certains termes, d'après les guides de pratique pertinents du NICE. La liste comprend les termes les plus souvent utilisés et n'est pas exhaustive. *Les définitions identifiées en italique sont contextualisées au Québec et ont été ajoutées par le MSSS.*

Accessibilité aux services

L'accessibilité aux soins et services est la facilité pour un usager d'obtenir un soin ou un service qui répond à ses besoins à toutes les étapes d'une trajectoire du fait de l'absence de barrières géographiques, économiques, individuelles, socioculturelles et organisationnelles. L'accessibilité est l'adéquation entre les caractéristiques de l'offre de soins et de services d'une organisation ou d'une trajectoire et les besoins de la population afin de fournir les soins et les services, à l'endroit et au moment opportun.

Appréciation

Dans le cadre du PQPTM, l'appréciation est une « activité qui se définit par une prise en considération des indicateurs (symptômes, manifestations cliniques, difficultés ou autres) obtenus à l'aide d'observations cliniques, de tests ou d'instruments⁸⁴ ».

Débriefage psychologique

Le débriefage psychologique est une séance de verbalisation individuelle ou en groupe, animée par un professionnel spécialisé en santé mentale, dans laquelle les personnes ayant récemment été exposées à un événement traumatique effectuent un retour sur ce qui est arrivé et leurs différents vécus⁸⁵.

Éducation psychologique

Dans le cadre du PQPTM, « l'éducation psychologique vise un apprentissage par l'information et l'éducation de la personne. Elle peut être utilisée à toutes les étapes du processus de soins et de services. Il s'agit de l'enseignement de connaissances et d'habiletés spécifiques visant à maintenir et à améliorer l'autonomie ou la santé de la personne, notamment à prévenir l'apparition de problèmes de santé ou sociaux incluant les troubles mentaux ou la détérioration de l'état mental. L'enseignement peut porter par exemple sur la nature de la maladie physique ou mentale, ses manifestations, ses traitements, y incluant le rôle que peut jouer la personne dans le maintien ou le rétablissement de sa santé, et aussi sur des techniques de gestion de stress, de relaxation ou d'affirmation de soi⁸⁶ ». La littérature recensée réfère souvent au terme anglais « psychoéducation » lorsqu'il est question de ce type d'intervention. Or, l'utilisation de ce terme pour parler d'éducation psychologique peut porter à confusion au Québec en raison d'une profession dont le nom est « psychoéducation » et dont l'exercice va au-delà de l'éducation psychologique à laquelle réfèrent les termes anglais. En raison de ce risque de confusion pour le lecteur et du respect des lois et règlements en vigueur au Québec, le terme « psychoéducation » a été remplacé par « éducation psychologique ».

⁸⁴ Office des professions (2021). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif. Montréal (Qc), 130 p. Consulté en ligne au : <https://www.opq.gouv.qc.ca/santementalere RelationsHumaines/domaine-de-la-sante-mentale-et-des-relations-humaines-projet-de-loi21/guide-explicatif>

⁸⁵ Vaiva, G., Ducrocq, F., Jehel, L. et Prieto, N. (2012) L'intervention en situation de crise auprès des traumatisés psychiques. Les interventions psychothérapeutiques secondaires : la séance de verbalisation (débriefage). Dans M. Séguin, A. Brunet & L. LeBlanc (dir.), *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique* (2e éd.). Montréal : G. Morin. Pages 114-118.

⁸⁶ Règlement sur le permis de psychologue, (art., 6. C-26, r. 222.1. Consulté au : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26.%20r.%20222.1%20/>

Évaluation

Dans le cadre du PQPTM, « l'évaluation implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir des informations dont le professionnel dispose et de communiquer les conclusions de ce jugement. Les professionnels procèdent à des évaluations dans le cadre de leur champ d'exercice respectif. Les évaluations qui sont réservées ne peuvent être effectuées que par les professionnels habilités⁸⁷ ».

Famille et entourage

Dans le cadre du PQPTM, ce terme inclut les parents, la fratrie, les familles d'accueil, les conjoints, les enfants, les amis ou toute autre personne intéressée par le processus de rétablissement d'un proche et pour lequel la personne utilisatrice a donné son consentement. Son utilisation inclut également le titulaire de l'autorité parentale et le représentant légal, le cas échéant.

Intervenant

Terme générique qui, dans le cadre du PQPTM, désigne l'ensemble des professionnels de la santé, incluant les médecins et les intervenants ne faisant pas partie d'un ordre professionnel qui travaillent auprès de la personne utilisatrice de services et dont les responsabilités peuvent comprendre l'examen des besoins psychosociaux additionnels de celle-ci.

Intervention

Dans le cadre du PQPTM, cette appellation désigne tout type d'aide qui n'est pas de la psychothérapie, notamment le counseling, les rencontres avec un pair aidant, l'intervention de soutien, l'intervention conjugale et familiale, l'éducation psychologique, la réadaptation, le suivi clinique, le coaching, l'intervention en cas de crise et les autosoins.

Interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales

Dans le cadre du PQPTM, cette appellation réfère à des interventions qui s'apparentent à la psychothérapie, mais qui n'en sont pas, auquel cas il est possible d'utiliser des techniques cognitivo-comportementales mais qui ne correspondent pas à la psychothérapie telle que définie dans la loi⁸⁸.

Partenaire

Dans le présent document, le terme « partenaire » réfère à tous les partenaires du réseau, qu'ils soient du secteur public, privé ou communautaire, tels que les GMF, les médecins de famille, les organismes communautaires, les milieux scolaires, etc.

Personne proche aidante

« Toute personne qui apporte un soutien à un ou à plusieurs membres de son entourage qui présentent une incapacité temporaire ou permanente de nature physique, psychologique, psychosociale ou autre, peu importe leur âge ou leur milieu de vie, avec qui elle partage un lien affectif, familial ou non.

Le soutien apporté est continu ou occasionnel, à court ou à long terme, et est offert à titre non professionnel, de manière libre, éclairée et révocable, dans le but, notamment, de favoriser le

⁸⁷ Office des professions (2021). [Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif](#). Montréal (Qc), 130 p.

⁸⁸ Code des professions, L.R.Q., c. C-26. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/C-26?&digest=>

rétablissement de la personne aidée, le maintien et l'amélioration de sa qualité de vie à domicile ou dans d'autres milieux de vie⁸⁹. »

Plan de sécurité civile

Plan définissant le cadre général de mobilisation, de gestion et de coordination du personnel et des ressources nécessaires en réponse à une situation d'urgence ou en vue de l'atténuation ou de la maîtrise d'une telle situation.

Professionnel

Dans le cadre du PQPTM, le terme « professionnel » désigne toute personne qui est titulaire d'un permis délivré par un ordre professionnel et qui est inscrite au tableau de ce dernier, y compris les médecins⁹⁰.

Professionnel dûment habilité

Dans le cadre du PQPTM, l'expression « professionnel dûment habilité » fait référence à un professionnel ayant le permis ou l'attestation nécessaire pour effectuer l'évaluation du trouble mental ou pour exercer la psychothérapie au Québec.

Professionnel autorisé à prescrire

Tout professionnel autorisé à prescrire des médicaments au Québec, ce qui comprend l'ordonnance initiale, le renouvellement, l'ajustement et l'arrêt de la médication dans le respect des lois et règlements s'appliquant à chacun des professionnels.

Programme d'intervention utilisant les techniques cognitivo-comportementales assistées par les technologies de l'information et des communications (TIC)

Dans ce guide de pratique, ce terme réfère à une intervention faisant appel aux techniques cognitivo-comportementales et exécutée au moyen d'un programme informatique sur ordinateur autonome ou en ligne. Le programme devrait comprendre des explications sur le modèle cognitivo-comportemental, inciter l'utilisateur à accomplir des tâches entre les séances et l'amener à réfléchir à ses comportements, à ses schèmes de pensée et à leur résultat, ainsi qu'à exercer une surveillance active de ces aspects. L'intervention devrait comprendre le soutien d'un intervenant ayant reçu une formation pertinente, qui se limite généralement à de l'assistance pour l'utilisation du programme ainsi qu'à un suivi des progrès et des résultats. L'intervention se déroule habituellement en 9 à 12 semaines, ce qui comprend le suivi.

Psychothérapie

« La psychothérapie est un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser pour le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien⁹¹. »

⁸⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). Politique nationale pour les personnes proches aidantes - Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003000>

⁹⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). [Politique nationale pour les personnes proches aidantes - Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003000).

⁹¹ Code des professions, art. 187.1 ([L.R.Q., c. C-26.](#))

Psychothérapie cognitivo-comportementale

Dans ce document, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est une psychothérapie structurée et limitée dans le temps, issue du modèle théorique cognitivo-comportemental, où le patient travaille en collaboration avec le psychothérapeute afin de : reconnaître les types de pensées, de croyances et d'interprétations, et leurs effets sur les symptômes, états émotionnels et/ou problèmes actuels; développer des compétences pour reconnaître, surveiller, puis remplacer les pensées, croyances et interprétations problématiques associées aux symptômes/problèmes ciblés par d'autres, plus réalistes et adaptées; développer diverses stratégies d'adaptation plus appropriées. La durée de la psychothérapie cognitivo-comportementale varie selon le trouble mental et sa sévérité.

Repérage

Dans le cadre du PQPTM, le terme « repérage » réfère au processus de reconnaissance des personnes présentant des indices d'un trouble, d'un problème ou d'une maladie afin de les orienter vers les services pertinents, notamment par l'utilisation d'outils autoadministrés.

Soins et services

Dans le cadre du PQPTM, cette appellation désigne l'ensemble des actions qui y sont recommandées, ce qui inclut le repérage, l'évaluation du fonctionnement, l'évaluation du trouble mental ainsi que l'ensemble des traitements qui y sont précisés.

Services de première ligne

Dans ce guide, cette appellation désigne les services de soins primaires fournis par différents intervenants dans la communauté et qui constituent le premier niveau d'accès dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ces services peuvent s'adresser à la population en général, tels que les services sociaux généraux, ou s'adresser à des services spécifiques, tels que la déficience physique, intellectuelle, le TSA, la dépendance, etc.⁹².

Services spécialisés de santé mentale (aussi appelés services de deuxième ligne)

Ces services sont organisés sur une base régionale et sont offerts sur une base locale ou régionale. Ils permettent de résoudre des problèmes de santé mentale ainsi que des problématiques complexes. Ils s'appuient généralement sur une infrastructure importante et une technologie avancée, ainsi que sur une expertise pointue, mais qui demeure toutefois répandue. Pour la grande majorité de ces services, les intervenants fournissent des services auprès des personnes qui leur sont orientées, en soutien auprès des intervenants des services spécifiques, et agissent comme consultants auprès de ces derniers.

Services spécifiques de santé mentale (aussi appelés services en santé mentale de première ligne)

Les services spécifiques s'appuient sur des infrastructures légères. Ils s'adressent aux adultes vivant une problématique particulière en santé mentale. À l'intérieur de ces services, on trouve des activités de promotion et de prévention, ainsi que des activités cliniques et des activités d'aide qui répondent aux besoins individuels des personnes qui vivent dans leur communauté et qui doivent recevoir, à moyen ou à long terme, des services en santé mentale. Ces services sont fournis en relation avec les intervenants des services de première ligne et des services spécialisés. Trois grands rôles sont dévolus à l'équipe des services spécifiques en santé mentale,

⁹² Ministère de la santé et des services sociaux (2004) L'architecture des services de santé et des services sociaux : Les programmes-services et les programmes-soutien. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/>.

à savoir : évaluer, à l'aide d'outils cliniques reconnus, les demandes qui lui sont acheminées; offrir à la clientèle des soins et des services basés sur les données probantes et les guides de pratique, en tenant compte de l'entourage; assurer un soutien aux partenaires à l'intérieur de l'établissement et aux partenaires externes, y compris certains organismes communautaires.

Sinistre majeur

« Un événement dû à un phénomène naturel, une défaillance technologique ou un accident découlant ou non de l'intervention humaine, qui cause de graves préjudices aux personnes ou d'importants dommages aux biens et exige de la collectivité affectée des mesures inhabituelles, notamment une inondation, une secousse sismique, un mouvement de sol, une explosion, une émission toxique ou une pandémie ⁹³. »

Surveillance active

Processus actif d'appréciation et de monitoring clinique des symptômes et du fonctionnement, auquel s'ajoutent des conseils et du soutien offerts à la personne utilisatrice de services qui présente un trouble mental fréquent léger pouvant se résoudre spontanément ou pour qui la présence d'un tel trouble est soupçonnée. La surveillance active implique de discuter du problème ou des problèmes présentés et des préoccupations que la personne pourrait avoir à leur sujet, en plus de fournir des informations sur la nature et l'évolution du trouble. Elle implique également d'organiser un rendez-vous de suivi, normalement à l'intérieur de deux semaines, et de communiquer avec la personne si elle ne se présente pas au rendez-vous. L'expression « veille attentive » était utilisée par le passé dans les guides de pratique du NICE, mais elle a été remplacée par l'expression « surveillance active » dans les versions plus récentes afin de mieux faire ressortir qu'il s'agit d'un processus actif.

Symptômes cliniques importants

Les personnes présentant des symptômes cliniques importants de TSPT sont celles *pour qui la présence d'un TSPT est soupçonnée* sur la base d'une évaluation réalisée au moyen d'une échelle validée, comme l'indiquent des scores initiaux supérieurs au seuil clinique, mais pour qui le TSPT n'a pas nécessairement été *confirmé*. En général, on fait référence aux symptômes cliniques importants dans le cadre d'études qui n'ont pas utilisé d'entrevue clinique permettant d'obtenir une *confirmation* formelle du TSPT, mais plutôt une mesure des symptômes de TSPT rapportés par la personne.

Trajectoire de services

Les trajectoires de services décrivent le cheminement clinique le plus efficace et le plus efficient permettant aux personnes d'avoir accès rapidement aux services dont elles ont besoin d'une manière coordonnée. Les trajectoires doivent respecter les standards d'accès et de continuité⁹⁴.

Traitement

Dans le cadre du PQPTM, ce terme désigne un ensemble de mesures destinées à guérir, à soulager ou à prévenir un trouble. Dans ce guide de pratique, les traitements incluent la pharmacothérapie, la psychothérapie et les autres types d'interventions.

⁹³ Loi sur la sécurité civile, (RLRQ, chapitre S-2.3)

⁹⁴ Ministère de la santé et des services sociaux (2008). [Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience : Afin de faire mieux ensemble.](#)

Traitement de première intention

Traitement dispensé en premier lieu parce qu'il convient le mieux à la condition de la personne pour des *symptômes* ou après le diagnostic (*ou la confirmation*) d'une maladie (*ou d'un trouble*) pour laquelle elle n'a jamais été traitée auparavant⁹⁵.

Traumatisme lié à une situation de combat

Le traumatisme lié à une situation de combat fait référence à des incidents traumatiques associés au combat militaire. Dans bien des cas, les types de traumatismes que subissent les membres du personnel militaire ne sont pas particulièrement différents de ceux vécus par les civils. Les premiers peuvent toutefois être confrontés à des situations difficiles pour lesquelles il n'existe aucune réponse «adéquate», ce qui peut occasionner des sentiments de honte ou de culpabilité (connu sous l'appellation blessures morales).

Trouble de l'usage d'une substance

Dans le cadre du PQPTM, il désigne un état se caractérisant par un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que le sujet continue à consommer une substance malgré des problèmes significatifs qui en découlent⁹⁶.

Trouble de stress aigu

Selon le DSM-5, le diagnostic (*ou la confirmation*) de trouble de stress aigu s'applique au cours du premier mois suivant un événement traumatique et nécessite la présence de neuf symptômes ou plus de n'importe laquelle des cinq catégories suivantes : symptômes envahissants, humeur négative, symptômes dissociatifs, symptômes d'évitement et symptômes d'éveil. Ces symptômes peuvent débuter ou s'aggraver après la survenue de l'événement traumatique.

Trouble stress post-traumatique complexe

Le guide original du NICE a retenu la définition de la Classification internationale des maladies (CIM-11) dans laquelle le TSPT complexe (TSPT-C) apparaît pour un sous-ensemble de personnes atteintes de TSPT. Selon les critères de la CIM-11, *le TSPT-C est reconnu comme un trouble survenant après l'exposition à un événement ou à une série d'événements extrêmement menaçants ou horribles, souvent prolongés ou répétitifs et auxquels il est difficile ou impossible d'échapper (par exemple la torture, l'esclavagisme, un génocide, la violence familiale prolongée ou des agressions physiques ou sexuelles répétées au cours de l'enfance). Le trouble se caractérise par la présence des symptômes essentiels du TSPT, ce qui signifie que le TSPT complexe répond aux critères diagnostiques du TSPT, auxquels s'ajoutent les caractéristiques suivantes :*

- dysrégulation des affects grave et envahissante;
- croyances persistantes par rapport à soi-même selon lesquelles la personne se perçoit comme étant diminuée, vaincue ou inutile, ce qui s'accompagne de sentiments profonds et omniprésents de honte, de culpabilité ou d'échec en lien avec l'événement traumatique;
- difficultés persistantes à entretenir des relations interpersonnelles et à se rapprocher d'autres personnes.

⁹⁵ Office québécois de la langue française (2012). [Fiche terminologique : traitement de première intention](#).

⁹⁶ American Psychiatric Association (APA) (2022). [Diagnostic and statistical manual of mental disorders](#) (DSM-5-TR) (5e Éd.Text Revision). Washington, D.C., É.-U.: American Psychiatric Association Publishing. 991 pages.

Le TSPT complexe ne constitue pas une entité diagnostique dans le DSM-5-TR, *classification la plus utilisée au Québec au moment de la parution du présent guide*. Cet ouvrage fait plutôt état de la complexité du tableau clinique par la description d'un vaste éventail de symptômes essentiels associés au TSPT (par exemple les « altérations négatives des cognitions et de l'humeur ») et en offrant la possibilité de spécifier le diagnostic en fonction du sous-type « avec symptômes dissociatifs »⁹⁷.

⁹⁷ American Psychiatric Association (APA) (2022). [Diagnostic and statistical manual of mental disorders](#) (DSM-5-TR) (5e Éd.Text Revision). Washington, D.C., É.-U.: American Psychiatric Association Publishing. 991 pages.

ANNEXE 2 : FORCE DES RECOMMANDATIONS

Certaines recommandations peuvent être faites avec plus de certitude que d'autres. Le Groupe de développement du guide de pratique du NICE émet une recommandation sur la base d'un compromis entre les bénéfices et les effets néfastes associés à un service, en tenant compte de la qualité des données à l'appui. Pour certains services, le Groupe de développement du guide de pratique du NICE est confiant que, compte tenu de l'information qu'il a étudiée, la plupart des personnes utilisatrices de services opteraient pour le service. La formulation utilisée dans les recommandations de ce guide de pratique reflète la certitude avec laquelle la recommandation est faite (la force de la recommandation).

Pour toutes les recommandations, le NICE s'attend à ce que l'on discute, avec la personne utilisatrice de services, des risques et des avantages des services, ainsi que de ses valeurs et de ses préférences. Cette discussion vise à aider la personne utilisatrice de services à parvenir à une décision pleinement éclairée (voir également la section *Soins et services centrés sur la personne utilisatrice de services*).

Les soins et les services auxquels on doit (ou ne doit pas) avoir recours

En règle générale, nous utilisons « doit » ou « ne doit pas » uniquement s'il y a une obligation légale d'appliquer la recommandation. Parfois, nous utilisons « doit » ou « ne doit pas » lorsque le fait de ne pas suivre la recommandation risque d'avoir des conséquences graves ou de mettre la vie en danger.

Les soins et les services auxquels on devrait (ou ne devrait pas) avoir recours – une recommandation « forte »

En général, nous utilisons « offrez » (et des formulations semblables, comme « orientez vers » ou « conseillez ») lorsque nous sommes confiants que, pour la vaste majorité des personnes utilisatrices de services, un service fera plus de bien que de mal et sera rentable. Nous utilisons des formulations semblables (par exemple, « n'offrez pas ») lorsque nous sommes confiants qu'un service ne sera pas bénéfique pour la plupart des personnes utilisatrices de services.

Les soins et les services auxquels on peut avoir recours

En règle générale, nous utilisons « envisagez » lorsque nous sommes confiants qu'un service fera plus de bien que de mal à la plupart des personnes utilisatrices de services et sera rentable, mais que d'autres options pourraient être tout aussi rentables. Le choix du service, et le fait d'y avoir recours ou non, est plus susceptible de dépendre des valeurs et des préférences de la personne utilisatrice de services que s'il s'agissait d'une recommandation forte; l'intervenant devrait donc passer plus de temps à envisager ce choix et à en discuter avec la personne utilisatrice de services.

Formulation des recommandations adaptées provenant d'autres guides de pratique

Le NICE a commencé à utiliser cette approche afin de refléter la force des recommandations dans les guides de pratique dont l'élaboration a été entreprise après la publication de la version de 2009 du manuel sur la rédaction des guides de pratique (janvier 2009). Ces précisions ne s'appliquent pas à toute adaptation d'une recommandation provenant d'un guide de pratique dont la réalisation a débuté avant ce moment. Plus particulièrement, le verbe « envisagez » ne reflète pas nécessairement la force des recommandations adaptées.

