

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 et mise à jour en juillet 2026.

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

Cette publication a été réalisée par le Sous-ministériat aux services sociaux, à la santé mentale et à la réadaptation en collaboration avec la **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 qui peuvent le consulter à l'adresse : publications.msss.gouv.qc.ca.

Pour plus d'information : [Québec.ca/gouv/santé-services-sociaux](http://Quebec.ca/gouv/santé-services-sociaux)

Dépôt légal – 2026

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN 978-2-555-04469-2 (version 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.

© Gouvernement du Québec, 2026

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

Équipe du 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

Équipe du CIUSSS de la Capitale-Nationale

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

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 Safianyk, 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 Ndjepel, 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

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

Mise à jour (2026)

Rédaction et gestion de projet

Madame Julie Ducharme, psychologue, conseillère en santé mentale volet PQPTM, Santé Québec.

Rédaction

Madame Andrée-Anne Roberge-Duquet, infirmière clinicienne, APPR, conseillère à l'amélioration de l'accès en santé mentale et au déploiement du PQPTM, Santé Québec.

Madame Dominique Bérubé, conseillère en santé mentale volet PQPTM, Santé Québec.

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 l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-ODIM) et de la Capitale-Nationale (CIUSSS-CN), en collaboration avec la Direction générale adjointe 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). Dans le cadre du processus de contextualisation du présent guide, la nomenclature du DSM-5-TR a été utilisée.

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 qu'elle est définie à l'article 187.1 du [Code des professions](#). Ainsi, les recommandations indiquées en italique et soulignées exigent que l'intervenant utilise son jugement clinique afin de déterminer si l'intervention qu'il s'apprête à réaliser constitue ou non de la psychothérapie au sens de cet article. L'intervenant devra s'appuyer sur les divers documents produits dans le cadre des travaux interordres concernant l'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent¹.

Le guide de pratique clinique portant sur le trouble stress post-traumatique est une des composantes du PQPTM, lequel repose sur un modèle de soins par étapes fondé sur des données probantes. Les pratiques recommandées par le guide de pratique clinique s'inscrivent en complémentarité avec l'un des principes directeurs du [Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 – S'unir pour un mieux-être collectif](#), en soulignant également l'importance de la mise en œuvre de pratiques axées sur le rétablissement, telles que les soins et services centrés sur la personne ainsi que l'implication de la famille et de l'entourage. Le [Guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale : considérer, intégrer, outiller](#) (MSSS, 2024) offre des pistes pour soutenir la mise en œuvre de pratiques cliniques favorisant l'implication et la reconnaissance des proches dans le processus de rétablissement des personnes présentant un trouble mental.

¹ 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*. https://www.orientation.qc.ca/files/OPQ_TravauxInterordres_Complet_FINAL_Web.pdf

Pour plus d'informations sur 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 \(PQPTM\)](#).

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.

Les établissements publics de santé et de services sociaux, de même que 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 en bénéficier. Ces démarches doivent s'effectuer en conformité avec les orientations nationales et locales, dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience, *ainsi qu'en conformité avec la [Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux \(LGSSSS, RLRQ c. G-1.021\)](#)*. En effet, le contenu de ce guide ne saurait en aucun cas être interprété de manière à contrevenir à ces obligations professionnelles.

Les établissements publics de santé et de services sociaux, de même que les fournisseurs de soins et services, 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. *En ce sens, ils devraient intégrer volontairement les principes du développement durable dans la mise en œuvre des recommandations de ce guide de pratique, conformément au Plan d'action de développement durable du MSSS².*

² MSSS. (2024). *Plan d'action de développement durable 2023-2028* (publication n° 23-733-01W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003695/>

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. RECOMMANDATIONS.....	3
1.1. Repérage des <i>symptômes</i> ou du trouble stress post-traumatique	4
1.2. Démarche évaluative et coordination des <i>soins et services</i>	7
1.3. Accès aux <i>soins et services</i>	10
1.4. Principes guidant les <i>soins et services</i>	12
1.5. Langue et culture	13
1.6. Gestion des <i>symptômes</i> ou du TSPT chez les enfants, les adolescents et les adultes	13
1.7. <i>Soins et services</i> aux personnes qui présentent des <i>symptômes</i> ou un TSPT avec des besoins complexes.....	25
1.8. Planification de la sécurité civile en cas de sinistre.....	26
2 RECOMMANDATIONS DE RECHERCHE.....	27
2.1. Soins par étapes pour les <i>symptômes</i> ou le trouble stress post-traumatique.....	27
2.2. Séquence de traitements et traitements faisant suite au traitement de première intention	27
2.3. Approches tenant compte du traumatisme	27
2.4. Personnalisation et marqueurs du risque	27
2.5. <i>Symptômes</i> ou TSPT avec besoins complexes	28
2.6. Techniques de libération émotionnelle	28
3 EXPLICATIONS ET RÉPERCUSSIONS	29
3.1. Soutenir la transition entre différents services.....	29
3.2. Accès aux <i>soins et services</i>	29
3.3. Principes régissant les <i>soins et services</i>	30
3.4. Planifier le traitement et favoriser l'engagement	32
3.5. Surveillance active	32
3.6. Débriefage psychologique	34
3.7. <i>Interventions psychosociales et psychothérapies</i> pour la prévention des <i>symptômes</i> ou du TSPT chez les enfants et les adolescents.....	33
3.8. <i>Interventions psychosociales et psychothérapies</i> pour le traitement des <i>symptômes</i> ou du TSPT chez les enfants et les adolescents.....	35
3.9. Pharmacothérapie chez les enfants et les adolescents	36
3.10 <i>Interventions psychosociales et psychothérapies</i> pour la prévention des <i>symptômes</i> ou du TSPT chez les adultes.....	36
3.11 <i>Interventions psychosociales et psychothérapies</i> pour le traitement des <i>symptômes</i> ou du TSPT chez les adultes.....	37
3.12 Pharmacothérapie pour les adultes.....	41

3.13 <i>Soins et services</i> aux personnes présentant des <i>symptômes ou</i> un TSPT et des besoins complexes	44
INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE ET DÉTAILS SUR LE COMITÉ DU NICE.....	45
MISE À JOUR DU GUIDE DE PRATIQUE.....	46
ANNEXE 1 : TERMES UTILISÉS	48
ANNEXE 2 : FORCE DES RECOMMANDATIONS	55

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-13	<i>Children's Revised Impact of Event Scale</i>
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EMDR	<i>Eye Movement Desensitisation and Reprocessing</i>
GMF	Groupe de médecine de famille
IES-R	<i>Impact of Event Scale – Revised</i>
ISRS	Inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine
JED	Jeunes en difficultés
LGSSSS	Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NHS	<i>National Health Service</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
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	Psychothérapie cognitivo-comportementale
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 la *démarche évaluative* et du traitement des *symptômes* ou du trouble stress post-traumatique (TSPT) chez les enfants, les adolescents et les adultes. Il a pour objectif d'améliorer la qualité de vie *des personnes* en atténuant les symptômes du TSPT tels que l'anxiété, les difficultés de sommeil et les difficultés de concentration. Les recommandations visent également à sensibiliser à la condition et à améliorer la coordination des *soins et services*.

Certains autres guides de pratique rédigés par le NICE ont été contextualisés au Québec, soit les guides sur les troubles mentaux fréquents, le trouble d'anxiété généralisée et le trouble panique chez l'adulte, le trouble dépressif chez les adultes, le trouble d'anxiété sociale, et le trouble stress post-traumatique. Ces guides peuvent être consultés à [Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux](#).

À qui s'adresse le guide de pratique?

- Aux intervenants 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 œuvrant auprès de personnes à risque de présenter ou présentant des symptômes ou un TSPT, incluant ceux qui œuvrent dans le milieu de la justice, dans le milieu de l'éducation ou dans des organismes non-gouvernementaux.
- Aux établissements publics de santé et des services sociaux et aux fournisseurs de services s'adressant aux personnes susceptibles de présenter des symptômes ou un TSPT, incluant la direction de la Santé publique.
- Aux personnes susceptibles de présenter des symptômes ou un TSPT, de même qu'à leur famille et à leur entourage.

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), un événement est considéré comme traumatique lorsqu'il implique la mort ou des menaces de mort, des blessures graves ou de la violence sexuelle³. La personne peut avoir été exposée à un tel événement directement ou indirectement (soit en ayant été témoin, en apprenant l'exposition d'un proche ou en étant exposée 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 probables du TSPT selon des symptômes appréciés par des outils de dépistage⁴. 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 présenter 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'Ouest⁵.

Classifié comme un trouble anxieux dans les précédentes éditions du DSM, le TSPT fait maintenant partie d'une nouvelle catégorie : les « Troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress⁶ ». Cette nouvelle classification vise à faire ressortir le fait que les symptômes du TSPT sont spécifiquement déclenchés par un ou des événements traumatiques.

Les manifestations du TSPT sont multiples et peuvent être regroupées en quatre principales catégories : les symptômes d'intrusion (ex. souvenirs vifs et pénibles de l'événement, cauchemars), les symptômes d'évitement (ex. évitement de tout ce qui peut évoquer l'événement traumatique), les symptômes d'altération de la conscience (ex. distorsions cognitives persistantes, croyances négatives exagérées face à soi-même) et de l'humeur (ex. incapacité persistante d'éprouver des émotions positives), ainsi que les symptômes d'altération de l'état de vigilance et de la réactivité⁷ (ex. hypervigilance, difficultés de concentration, perturbation du sommeil).

Pour qu'un diagnostic de TSPT soit confirmé, au moins un symptôme de chacune des quatre catégories doit persister plus d'un mois et faire suite à l'exposition à un événement traumatique. Les manifestations du TSPT doivent également entraîner une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou de d'autres domaines importants et ne pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance ou à une 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

³ 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. [https://www.softouch.on.ca/kb/data/Diagnostic%20and%20Statistical%20Manual%20of%20Mental%20Disorders%20\(DSM-5\).pdf](https://www.softouch.on.ca/kb/data/Diagnostic%20and%20Statistical%20Manual%20of%20Mental%20Disorders%20(DSM-5).pdf)

⁴ 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=XbrH2gNf>

⁵ 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 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18801110/>

⁶ Idem

⁷ 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>

années après l'exposition pour près de 25 % des individus⁸. Dans certains cas, un traumatisme passé peut également être « réactivé » à la suite d'un événement subséquent, par exemple le passage d'une date liée à l'événement traumatique initial (ex. : anniversaire) ou par certaines étapes marquantes de la vie, comme l'arrivée d'un enfant ou le début de la retraite. Même si quelques symptômes apparaissent immédiatement à la suite de l'événement traumatique, si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement, le diagnostic de TSPT est alors accompagné de la spécification « à expression retardée ».

Malgré une détresse importante, il n'est pas rare que certaines personnes attendent des mois ou même des années avant de demander de l'aide, ce qui complexifie évidemment le traitement. Il est également à noter que le repérage du TSPT peut être rendu difficile par le fait que plusieurs personnes ayant vécu un événement traumatique évitent d'en parler, même lorsqu'elles consultent pour des difficultés associées. Chez les enfants, en particulier ceux de moins de 8 ans, certains symptômes du TSPT, comme les symptômes intrusifs et les symptômes d'évitement, peuvent ne pas être extériorisés directement, mais plutôt se manifester par une mise en scène de l'événement, par des jeux répétitifs ou par des rêves effrayants dont le contenu n'est pas clairement identifiable.

Bien que les symptômes ou le TSPT puissent être présents chez des individus de tous les âges, certains groupes professionnels et culturels sont plus à risque. 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 traumatisés⁹.

Fortement comorbides, les symptômes ou le TSPT sont souvent associés à au moins un autre trouble psychiatrique (ex. trouble dépressif, trouble anxieux, trouble de l'usage de l'alcool ou de substances) pour environ 75 % des individus¹⁰. Les personnes vivant avec un ou plusieurs symptômes du TSPT sont plus susceptibles de vivre des difficultés en lien avec l'éducation, le travail et les relations personnelles ; elles sont également plus à risque de présenter des comportements suicidaires.

Finalement, lorsque des personnes ont été exposées à des traumatismes répétés ou multiples, ou présentent d'autres troubles de santé mentale importants, le profil clinique peut se révéler plus complexe : des ajustements dans les modalités de prestation du traitement peuvent alors s'avérer nécessaires.

⁸ 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>

⁹ 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 (CAFMHS). *The Canadian journal of psychiatry*, 66(11) 951-960. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33715467/>

¹⁰ 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>

1. RECOMMANDATIONS

La personne utilisatrice de services a le droit d'être impliquée dans toutes les discussions pour prendre des décisions éclairées concernant les soins et services qui lui sont offerts¹¹, tel que décrit dans le document du NICE sur la prise de décision dans le cadre des soins et services (en anglais seulement). Les soins et services offerts doivent tenir compte des préférences et des besoins de chaque personne.

Les personnes utilisatrices de services et les établissements publics de santé et de services sociaux ont des droits et des responsabilités définis par la LGSSSS. 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 également respecter les lois en vigueur au Québec, notamment celles relatives à l'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé conformément aux dispositions prévues dans la LGSSSS et au Code civil du Québec ainsi que la loi sur le droit de la personne utilisatrice de services de participer à toute décision concernant son état de santé ou de bien-être¹². Ainsi, la prise de décision partagée entre la personne utilisatrice de services et les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux qui leur offrent des soins et services devrait être favorisée. Les intervenants et les établissements doivent aussi se conformer à la Loi sur la protection des personnes présentant une altération de leur état mental¹³.

Finalement, les professionnels doivent également respecter les divers règlements du Code des professions ainsi que leurs obligations professionnelles telles qu'elles sont énoncées dans leur code de déontologie et les divers documents portant sur les normes et standards de pratiques.

Les recommandations de ce guide de pratique clinique s'appliquent à toutes les personnes qui présentent ou sont à risque de développer un trouble stress post-traumatique (TSPT). Le guide a examiné les inégalités liées au genre, à l'orientation sexuelle, à la transition de genre, à l'âge, à l'itinérance, aux personnes réfugiées et demandeuses d'asile, aux personnes immigrantes en situation irrégulière, aux travailleuses et travailleurs sans papiers, aux personnes présentant des troubles neurodéveloppementaux, aux personnes présentant des conditions comorbides ainsi qu'aux personnes en état critique.

La page Web sur la prise de décision à l'aide des guides de pratique du NICE (en anglais seulement) explique comment le choix des mots reflète la force (ou le degré de certitude) des recommandations et comporte de l'information au sujet de la prescription de médicaments (y compris en cas d'utilisation hors indication), des guides de pratique à l'intention des intervenants, des normes et des lois (notamment en matière de consentement et de capacité intellectuelle), ainsi que des mesures de protection des personnes vulnérables.

Les intervenants devraient également tenir compte des guides du NICE portant sur la prestation des soins et services suivants (en anglais seulement) :

¹¹ Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux, article 13, consultez au <https://www.legisquebec.gc.ca/fr/document/lc/g-1.021>

¹² *Idem.*

¹³ Au moment de la diffusion de ce document, le texte de loi n'était pas encore disponible sur le site de *Légis Québec*; consulté le 21 octobre 2026.

- [expérience des bébés, des enfants et des jeunes en matière de soins et services de santé;](#)
- [prise de décision et capacité mentale;](#)
- [adhésion aux médicaments;](#)
- [médicaments associés à une dépendance ou à des symptômes de retrait : prescription sécuritaire et gestion du retrait chez les adultes;](#)
- [optimisation de la pharmacothérapie;](#)
- [multimorbidité;](#)
- [expérience des personnes utilisant les services de santé mentale pour les adultes;](#)
- [prise de décision partagée;](#)
- [soutien aux personnes aidantes d'adultes;](#)
- [transition entre les soins de santé mentale en unité d'hospitalisation et les soins ambulatoires ou à domicile;](#)
- [transition des soins et services pour les enfants et les adolescents aux services pour les adultes.](#)

1.1 REPÉRAGE DES SYMPTÔMES OU DU TROUBLE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Le repérage des symptômes ou d'un trouble stress post traumatique n'est pas une démarche systématique. Elle peut être réalisée par l'entremise, notamment, des différentes portes d'entrée du système de santé et des services sociaux. Ainsi, un intervenant qui soupçonne chez une personne la présence de symptômes pouvant être associés à un trouble stress post-traumatique, ou qui estime qu'elle pourrait se trouver dans une situation susceptible de favoriser leur apparition, peut décider d'entreprendre cette démarche. Les intervenants tout particulièrement concernés par le repérage sont ceux qui œuvrent dans les services de première ligne, notamment dans les services sociaux généraux et les partenaires du réseau, qu'ils relèvent du secteur public, privé ou communautaire (ex. les groupes de médecine de famille [GMF], les établissements scolaires ou carcéraux), ainsi que ceux travaillant dans les services spécifiques ou spécialisés en santé mentale.

1.1.1 Soyez conscient que les personnes qui présentent des *symptômes* ou un trouble stress post-traumatique (TSPT), 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 intrusifs, flashbacks ou cauchemars);*
- *évitement;*

- altérations négatives des cognitions et de l'humeur;
- *altérations marquées de l'éveil et de la réactivité* (incluant l'hypervigilance, la colère et l'irritabilité);
- engourdissement émotionnel;
- dissociation;
- dysrégulation émotionnelle;
- difficultés interpersonnelles ou problèmes dans les relations;
- perception de soi défavorable (incluant se sentir diminué, vaincu ou dévalorisé). [2005, modifié en 2018]

Dans ce guide de pratique, l'expression « symptômes ou TSPT » désigne à la fois les situations où des symptômes de TSPT sont présents sans que les critères diagnostiques soient pleinement remplis, ainsi que les situations où un TSPT a été confirmé (par un diagnostic ou une évaluation du trouble mental). En effet, dans le cadre du PQPTM, il n'est pas toujours nécessaire de conclure à la présence d'un trouble mental pour que la personne ait accès aux traitements offerts. Toutefois, il est important de préciser que, pour certains types de traitements, notamment ceux recommandés pour des troubles mentaux graves, un professionnel pourra juger nécessaire de confirmer formellement la présence du trouble en question.

1.1.2 Soyez conscient des événements traumatiques associés au développement des *symptômes* ou du TSPT. Il peut s'agir d'avoir vécu ou d'avoir été témoin d'un ou de plusieurs événements uniques, répétés ou multiples, ou en apprenant l'exposition d'un proche à un événement traumatique, par exemple :

- accident grave;
- agression physique ou sexuelle;
- abus, y compris les mauvais traitements durant 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 précise 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 -, ne s'applique que lorsque celle-ci survient dans le contexte d'une activité professionnelle.

1.1.3 Lors du repérage et de la *démarche évaluative* des *symptômes* ou 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]

1.1.4 Lors du repérage et de la *démarche évaluative des symptômes ou* 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 (pouvant 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 qui présente des symptômes physiques inexplicables fait appel à répétition à des 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 des symptômes ou du TSPT chez les enfants

Le DSM-5 a apporté certaines précisions quant aux manifestations du TSPT chez les enfants âgés de 6 ans ou moins, afin de mieux tenir compte du niveau de développement et des indicateurs comportementaux présents chez les jeunes enfants. Dans le cadre du repérage et de la démarche évaluative, les intervenants œuvrant auprès d'enfants de cet âge devraient consulter la section du DSM-5 intitulée « Trouble stress post-traumatique de l'enfant de 6 ans ou moins¹⁴ ».

1.1.6 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 à un traumatisme ainsi que la possibilité que l'enfant développe des *symptômes ou* un TSPT. Décrivez brièvement les symptômes possibles (par exemple, cauchemars, jeux répétitifs en lien avec le traumatisme, pensées envahissantes, évitement d'éléments associés à l'événement, augmentation de difficultés comportementales, problèmes de concentration, hypervigilance accrue et perturbation du sommeil) et suggérez-leur de communiquer avec leur médecin de famille *ou d'utiliser d'autres portes d'entrée des services en santé mentale (par exemple, GMF, GAP, JED, etc.)* si les symptômes persistent plus d'un mois. [2005, modifié en 2018]

La divulgation d'information ou la communication avec un tiers doit s'effectuer dans le 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. Si un intervenant a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou pourrait être compromis, il a l'obligation 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](#), ainsi que celles du [Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026¹⁵](#) (PAISM), les parents aux prises avec des problèmes complexes, notamment ceux liés à la santé mentale, devraient avoir un accès prioritaire aux soins et aux services, compte tenu des

¹⁴ 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. https://www.physio-pedia.com/images/1/1b/Diagnostic_and_statistical_manual_of_mental_disorders_DSM-5_%28_PDFDrive.com_%29.pdf

¹⁵ MSSS. (2022). Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 – S'unir pour un mieux-être collectif (publication n° 22-846-01W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003301/>

répercussions potentielles de 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 affectées par un sinistre majeur, les réfugiés et les demandeurs d'asile

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

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

Considérant qu'un niveau de littératie faible peut entraîner une participation moindre de la personne utilisatrice de services, les stratégies de communication doivent être adaptées lors des échanges avec la personne, la famille et l'entourage¹⁶.

La LGSSSS, article 408, précise que le mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières prévu par la loi est destiné à favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux, dans leur langue, pour les personnes des différentes communautés culturelles du Québec.

Le document intitulé « La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux : Vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit (MSSS, 2021) » offre des pistes afin de développer des soins et services culturellement sécurisants : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-613-02W.pdf>.

Les [Orientations ministérielles concernant la pratique de l'interprétariat dans les services de santé et les services sociaux au Québec](#) (MSSS, 2018) identifient des éléments incontournables pour une utilisation de qualité des services d'interprétariat, lorsque nécessaire, dans le cadre des soins et services et mettent de l'avant un modèle d'organisation de ces services permettant un accès optimal dans toutes les régions du Québec.

1.2 DÉMARCHE ÉVALUATIVE ET COORDINATION DES SOINS ET SERVICES

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 *la démarche évaluative* et de la coordination initiale des *soins et services*, incluant le fait de déterminer si une évaluation de la condition de santé physique ou mentale doit être réalisée en urgence. [2005, modifié en 2018]

¹⁶ MSSS (2018). Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux. Consulter au : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf>

Si la situation le requiert, intervenez conformément aux bonnes pratiques, aux lois, aux politiques et aux procédures en place au Québec et dans les établissements, notamment la Loi sur la protection des personnes présentant une altération de leur état mental¹⁷.

Le [Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux](#) est disponible en ligne et vise à soutenir les intervenants dans le rehaussement de leurs compétences professionnelles liées à l'intervention auprès de personnes suicidaires. De plus, le [Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire](#) a pour objectif de soutenir le jugement clinique des intervenants qui œuvrent auprès des enfants et des adolescents à risque de passage à l'acte suicidaire, de même que leur famille et leur entourage.

1.2.2 L'évaluation pour les personnes qui présentent des symptômes ou un TSPT devrait être exhaustive et comprendre une évaluation des besoins physiques, psychologiques et sociaux ainsi qu'une évaluation des risques. [2005, modifié en 2018]

NOTE : La recommandation 1.2.1 a été modifiée afin de l'adapter au contexte québécois qui, contrairement au contexte britannique, réserve des activités spécifiques à certains professionnels, notamment certaines évaluations.

Les guides de pratique du NICE, et les recherches sur lesquelles sont basés les traitements recommandés, utilisent le terme « évaluer » sans apporter de précision quant à la nature de cette « évaluation ». Ainsi, il n'est pas toujours possible de déterminer avec certitude si une recommandation réfère à une appréciation des symptômes, à une évaluation professionnelle ou à une évaluation du trouble mental, telle que définie par le Code des professions et autres lois et règlements qui encadrent les pratiques.

Afin de favoriser un accès opportun aux soins et services, de même que de permettre aux intervenants d'œuvrer pleinement dans leur champ de pratique, la démarche évaluative proposée dans le cadre du PQPTM comporte un continuum de possibilités, comme l'appréciation des symptômes et du fonctionnement, l'évaluation professionnelle ou encore, l'évaluation du trouble mental. En effet, dans certaines situations, il n'est pas nécessaire de conclure à la présence d'un trouble mental, ni de procéder à une évaluation professionnelle formelle, avant d'offrir des interventions visant à aider une personne utilisatrice de services, sa famille et son entourage. Puisqu'un accès rapide aux services augmente la probabilité d'une amélioration significative de la condition de la personne, une appréciation (pouvant inclure la passation de questionnaires) peut, dans certains cas, fournir suffisamment d'informations pour cerner les principales difficultés vécues par la personne et l'orienter rapidement vers un service adapté à ses besoins, conformément aux recommandations du NICE. Il est à noter que, tout comme le repérage, l'appréciation ne constitue pas une activité réservée en vertu du Code des professions. Dans certaines situations plus complexes, toutefois, il pourra être essentiel de procéder à une évaluation plus approfondie. La démarche évaluative propose alors une évaluation menée par un professionnel dans le cadre de son champ d'exercice (évaluation réservée) ou, lorsque la situation l'exige, une évaluation du trouble mental effectuée par un professionnel habilité à offrir ce type d'évaluation¹⁸. L'intervenant a la responsabilité de s'assurer que ces activités réservées sont exercées dans le respect des dispositions légales. Pour plus d'informations à ce sujet, consultez la [Loi modifiant le Code des professions et d'autres](#)

¹⁷ Au moment de la diffusion de ce document, le texte de loi n'était pas encore disponible sur le site de Légis Québec; consulté le 21 octobre 2026.

¹⁸ Ordre des psychologues du Québec. (2020). Évaluation des troubles mentaux. <https://www.ordrepsy.qc.ca/evaluation-troubles-mentaux>

dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines – Guide explicatif.

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* ou un TSPT. Cette entente devrait être mise par écrit *au plan d'intervention* et impliquer la personne et, si approprié, *la famille ou de l'entourage*. [2005, modifié en 2018]

NOTE : La recommandation 1.2.3 a été modifiée afin de l'adapter au contexte québécois dans lequel il n'y a pas d'équivalent au Care Programme Approach. Il est plutôt recommandé, dans ce contexte, d'inscrire l'entente au Plan d'intervention (PI).

Dans le cadre du PQPTM, le questionnaire validé et traduit en français, utilisé pour l'appréciation des symptômes du TSPT, ainsi que pour le suivi de l'évolution clinique, est le IES-R (Impact of Event Scale – Revised)^{19,20} pour l'adulte et le CRIES-13 (Children's Revised Impact of Event Scale)^{21,22} pour les enfants et les adolescents. Étant donné la comorbidité très importante entre les symptômes dépressifs et les symptômes anxieux, il est fortement recommandé d'également utiliser, chez les adultes, le Patient Health Questionnaire 9-item (PHQ-9²³). Chez les enfants et les adolescents, les sous-échelles du RCADS pour les symptômes dépressifs peuvent également fournir des informations très pertinentes, en raison de cette comorbidité importante. Finalement, un questionnaire permettant d'apprécier le fonctionnement est également recommandé. Chez les adultes, le questionnaire validé et traduit en français identifié à cette fin est le Work and Social Adjustment Scale (WSAS)²⁴ alors que chez les enfants et les adolescents, il s'agit du Work and Social Adjustment Scale for Youth (WSAS-Y)^{25,26}

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. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/472086/>

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. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2259224/>

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. <https://psycnet.apa.org/record/2005-14627-007>

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. <https://psycnet.apa.org/record/2003-04774-013>

²³ McCord, D. M., et R. P. Provost (2020). « Construct Validity of the PHQ-9 Depression Screen: Correlations with Substantive Scales of the MMPI-2-RF ». *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, vol. 27, no 1, p. 150-157. Consulter au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11556941/>

²⁴ Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K. et Greist, J. M. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *The British Journal of Psychiatry*, 180(5), 461-464. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>

²⁵ Los Reyes, A., Makol, B. A., Racz, S. J., Youngstrom, E. A., Lerner, M. D., et Keeley, L. M. (2019). « The Work and Social Adjustment Scale for Youth: A Measure for Assessing Youth Psychosocial Impairment Regardless of Mental Health Status ». *Journal of child and family studies*, 28(1): p. 1–16. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1238-6> <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7731438/>

²⁶ Jassi, A., Lenhard, F., Krebs, G., Gumpert, M., Jolstedt, M., Andrén, P., Nord, M., Aspvall, K., Wahlgund, T., Volz, C., et Mataix-Cols, D. (2020). « The Work and Social Adjustment Scale, Youth and Parent Versions: Psychometric Evaluation of a Brief Measure of Functional Impairment in Young People ». *Child psychiatry and human development*, 51(3): p. 453–460. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-00956-z>

Soutenir la transition entre différents services

1.2.4 Offrez du soutien supplémentaire :

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

Cette recommandation est cohérente avec le [Plan d'action interministériel en santé mentale \(PAISM\) 2022-2026 – S'unir pour un mieux-être](#) qui prévoit, notamment, que les services spécifiques tiennent compte de la transition vers l'âge adulte et jouent un rôle clé de liaison et de coordination dans tout le continuum de services en santé mentale.

Suivez les recommandations du [guide de pratique du NICE concernant la transition, vers les services aux adultes, des adolescents ayant recours à des soins et services de santé ou sociaux \(en anglais seulement\)](#), des [guides du NICE sur les troubles mentaux fréquents : identification et trajectoires de soins et services](#) (certains disponibles en anglais seulement et d'autres disponibles en version contextualisée sur le site du [MSSS](#)), ainsi que du [guide de pratique portant sur la transition entre les soins de santé mentale en unité d'hospitalisation et les soins ambulatoires ou à domicile \(en anglais seulement\)](#). [2018]

1.2.5 Lors de la transition entre divers services pour une personne présentant des *symptômes ou* un TSPT et nécessitant des *soins et services* continus, l'équipe qui oriente la personne ne devrait pas *fermer le dossier* avant qu'un plan d'intervention ait été convenu dans le nouveau service. [2018]

Pour 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 la section 3.1 : [Soutenir la transition entre les différents services](#).

Les détails complets des preuves et des discussions du comité peuvent être consultés dans [Examen des preuves J : trajectoires pour les adultes, les enfants et les adolescents présentant des symptômes ou un TSPT \(en anglais seulement\)](#).

1.3 ACCÈS AUX SOINS ET SERVICES

1.3.1 Favorisez l'accès aux soins et services pour les personnes qui présentent des *symptômes ou* un TSPT en :

- les rassurant sur le fait que les *symptômes ou* le TSPT peuvent être traités;
- fournissant des *soins et services* qui mettent en valeur l'éventail des traitements offerts et leurs bienfaits possibles;
- veillant à ce que les modalités d'accès aux services tiennent compte des besoins de populations spécifiques de personnes présentant des *symptômes ou* un TSPT, 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;

- minimisant la nécessité d'effectuer une transition entre divers services ou intervenants;
- offrant de multiples portes d'entrée vers les services, incluant l'auto-référence;
- établissant des liens clairs avec d'autres trajectoires de *soins et services*, incluant celles en lien avec des besoins 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, elles peuvent préférer un intervenant d'un genre spécifique);
- évaluant la nécessité d'offrir un traitement ou du soutien supplémentaire aux personnes n'ayant pas bénéficié pleinement du traitement ou qui font une rechute. [2018]

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, dans lequel il est nécessaire de favoriser la présence et le soutien d'intervenants du RSSS, afin de rendre plus efficaces les services aux enfants et aux adolescents ainsi qu'à leur famille et l'entourage.

La télésanté (aussi appelée « soins virtuels ») s'inscrit dans l'orientation ministérielle actuelle visant à favoriser la continuité et la complémentarité des services de santé. Dans le but de promouvoir une utilisation efficace et efficiente de la télésanté, le MSSS a élaboré des orientations entourant l'utilisation de cette modalité afin d'encourager la modernisation de la réponse aux besoins des personnes utilisatrices de services²⁷.

1.3.2 Ne retardez pas, ou ne refusez pas d'offrir un traitement pour les symptômes ou le TSPT uniquement en raison de procédures judiciaires ou de demandes d'indemnisation. Discuter avec la personne des implications en lien avec le moment choisi pour entreprendre un traitement, afin de l'aider à prendre une décision éclairée quant à l'opportunité d'y donner suite et au moment approprié pour le faire. [2018]

NOTE : La recommandation 1.3.2 a été modifiée afin de l'adapter au contexte québécois pour lequel il n'y a pas d'équivalent au Crown Prosecution Service on pre-trial therapy. Le texte de la recommandation mentionnant l'importance de tenir compte de ce programme, dans le choix du moment pour entreprendre un traitement, a donc été retiré.

Pour 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 la section 3.2, [Accès aux soins et services](#).

Les détails complets des preuves et des discussions du comité peuvent être consultés dans [Examen des preuves J : trajectoires pour les adultes, les enfants et les adolescents](#)

²⁷ MSSS. (2022). Réseau québécois de la télésanté. <https://telesantequebec.ca/professionnel/>

[présentant des symptômes ou un TSPT](#) (en anglais seulement). D'autres preuves et discussions peuvent être consultées dans [Examen des preuves H : principes des soins et services](#), et [Examen des preuves I : organisation et prestation des soins et services pour les personnes présentant un TSPT](#).

1.4. PRINCIPES GUIDANT LES SOINS ET SERVICES

Soutien par les pairs

1.4.1 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

1.4.2 Soyez conscient du risque associé à une exposition continue à des 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, effectuer l'appréciation, l'évaluation ou offrir le traitement dans un environnement bruyant ou restreint, placer la personne dans une unité d'hospitalisation bruyante ou ayant recours à la contention). [2018]

Impliquer et soutenir *la famille et l'entourage*

1.4.3 Lorsque vous offrez de l'information et du soutien, à la famille et à l'entourage d'une personne qui présente des symptômes ou un TSPT, envisagez d'aborder les éléments suivants :

- le traitement et la gestion des problèmes psychologiques et comportementaux associés au traumatisme, y compris le risque que la personne pourrait présenter pour elle-même et pour autrui;
- 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]

La divulgation d'information ou la communication avec un tiers doit s'effectuer dans le 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.

Le [Guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale : considérer, intégrer, outiller](#) (MSSS, 2024) propose des stratégies visant à soutenir la mise en œuvre de pratiques cliniques favorisant l'implication et la reconnaissance des proches dans le processus

de rétablissement des personnes présentant un trouble mental.

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

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](#), ainsi que celles du [Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026](#) (PAISM), les parents aux prises avec des difficultés complexes, dont celles liées à la santé mentale, devraient avoir un accès prioritaire aux soins et aux services, compte tenu des répercussions potentielles de 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.

1.4.5 Pour les membres d'une même famille et de l'entourage qui présentent des symptômes ou un TSPT, après avoir vécu le même événement traumatique, considérez les aspects du traitement qu'il pourrait être utile de leur offrir ensemble (par exemple, l'éducation psychologique), parallèlement aux traitements individuels. [2018]

Pour 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 la section 3.3, [Principes régissant les soins et services](#).

Les détails complets des preuves et des discussions du comité peuvent être consultés dans [Examen des preuves H : principes des soins et services](#). D'autres preuves et discussions peuvent être consultées dans [Examen des preuves G : interventions psychosociales et psychothérapies pour la famille et l'entourage](#), et [Examen des preuves J : trajectoires pour les adultes, les enfants et les adolescents présentant des symptômes ou un TSPT](#) (en anglais seulement).

1.5. LANGUE ET CULTURE

1.5.1 Accordez une attention particulière au repérage des personnes présentant des symptômes ou un TSPT dans les milieux de travail ou les milieux de vie où des facteurs culturels peuvent rendre difficile 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 seulement). [2005, modifié en 2018]

1.6. GESTION DES SYMPTÔMES OU DU TSPT CHEZ LES ENFANTS, LES ADOLESCENTS ET LES ADULTES

Dans ce guide de pratique, l'expression « symptômes ou TSPT » désigne à la fois les situations où des symptômes de TSPT sont présents sans que les critères diagnostiques soient pleinement remplis, ainsi que les situations où un TSPT a été confirmé (par un diagnostic ou une évaluation du trouble mental). En effet, dans le cadre du PQPTM, il n'est pas toujours nécessaire de

conclure à la présence d'un trouble mental pour que la personne ait accès aux traitements offerts. Toutefois, il est important de préciser que, pour certains types de traitements, notamment ceux recommandés pour des troubles mentaux graves, un professionnel pourra juger nécessaire de confirmer formellement la présence du trouble en question.

L'organisation des services en Angleterre étant différente de celle du Québec, il peut parfois être difficile d'établir une correspondance exacte entre certains traitements recommandés dans les guides du NICE et les services équivalents dans le système québécois. De plus, en raison des particularités propres à certains territoires, les recommandations concernant les services responsables d'offrir les traitements reconnus efficaces pourraient différer.

Planifier le traitement et soutenir l'engagement

1.6.1 Lorsque vous discutez des options de traitement avec une personne qui présente des *symptômes* ou un TSPT (et avec *sa famille et son entourage*, si approprié), tenez compte de tout facteur personnel ou social pouvant avoir une incidence sur l'apparition ou la persistance des *symptômes* ou 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* ou un TSPT peuvent ressentir de l'inquiétude, de la nervosité ou de la honte. Elles peuvent éviter le traitement, croire *qu'elles ne peuvent pas se rétablir* des *symptômes* ou du TSPT, 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* ou un TSPT révèle un risque significatif de danger pour elle-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].

Si la situation le requiert, intervenez conformément aux bonnes pratiques, aux lois, aux politiques et aux procédures en place au Québec et dans les établissements, notamment la *Loi sur la protection des personnes présentant une altération de leur état mental*²⁸. Le [Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux](#) permet également de soutenir les intervenants dans le rehaussement de leurs compétences professionnelles liées à l'intervention auprès de personnes suicidaires. Le [Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire](#) a également pour objectif de soutenir le jugement clinique des intervenants qui accompagnent les enfants et adolescents à risque de passage à l'acte suicidaire, de même que leur famille et leur entourage.

²⁸ Au moment de la diffusion de ce document, le texte de loi n'était pas encore disponible sur le site de *Légis Québec*; consulté le 21 octobre 2026.

Pour 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 la section 3.4, [Planifier le traitement et favoriser l'engagement](#).

Les détails complets des preuves et des discussions du comité peuvent être consultés dans [Examen des preuves H : principes des soins et services](#) et [Examen des preuves J : trajectoires pour les adultes, les enfants et les adolescents présentant des symptômes ou un TSPT \(en anglais seulement\)](#).

Surveillance active

1.6.4 Envisagez la surveillance active pour les personnes qui présentent des symptômes de TSPT sous le seuil clinique, dans le mois suivant un événement traumatique. Planifiez un contact de suivi dans un délai d'un mois. [2018]

Pour 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 la section 3.5, [Surveillance active](#).

Les détails complets des preuves et des discussions du comité peuvent être consultés dans [Examen des preuves A : Interventions psychosociales, psychothérapies et autres traitements non-pharmacologiques pour la prévention des symptômes ou du TSPT chez les enfants et les adolescents](#) et [Examen des preuves C : Interventions psychosociales, psychothérapies et autres traitements non-pharmacologiques pour la prévention des symptômes ou du TSPT chez les adultes \(en anglais seulement\)](#).

Débriefage psychologique

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

Pour 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 la section 3.6, [Débriefage psychologique](#).

Les détails complets des preuves et des discussions du comité peuvent être consultés dans :

- [Examen des preuves A : Interventions psychosociales, psychothérapies et autres traitements non-pharmacologiques pour la prévention des symptômes ou du TSPT chez les enfants et les adolescents](#)
- [Examen des preuves B : Interventions psychosociales, psychothérapies et autres traitements non-pharmacologiques pour le traitement des symptômes ou du TSPT chez les enfants et les adolescents](#)
- [Examen des preuves C : Interventions psychosociales, psychothérapies et autres traitements non-pharmacologiques pour la prévention des symptômes ou du TSPT chez les adultes](#)

- [Examen des preuves D : Interventions psychosociales, psychothérapies et autres traitements non-pharmacologiques pour le traitement des symptômes ou du TSPT chez les adultes \(en anglais seulement\).](#)

Interventions psychosociales et psychothérapies pour la prévention et le traitement des symptômes ou du TSPT chez les enfants et les adolescents

Les psychothérapies utilisées dans le traitement des enfants et des adolescents présentant des symptômes ou un 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](#).

Les guides du NICE et les recherches sur lesquelles ils s'appuient recommandent certains traitements sans toutefois apporter suffisamment de précision quant à leur nature pour distinguer, notamment, s'il s'agit de psychothérapie au sens de l'article 187.1 du Code des professions ou plutôt d'interventions s'y apparentant. Conséquemment, pour la plupart des recommandations de traitements, tant les « interventions utilisant des techniques » que la « psychothérapie » sont proposées comme traitements reconnus efficaces (en italiques et soulignées). Toutefois, bien que les deux modalités de traitements puissent être recommandées, il demeure la responsabilité de l'intervenant de s'assurer qu'il est habilité à offrir le traitement qu'il s'apprête à réaliser. Pour ce faire, il devra s'appuyer sur les divers documents interordres concernant l'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent. Dans le cadre du PQPTM, l'abréviation TCC réfère à la psychothérapie cognitivo-comportementale.

De plus, les guides du NICE recommandent certains traitements en précisant parfois un nombre de rencontres ou d'heures. Ce nombre est issu des données de la recherche et reflète la durée du traitement s'étant avérée efficace pour la plupart des personnes le recevant, dans un contexte expérimental. Dans le cadre du PQPTM toutefois, ce nombre devra être ajusté en fonction des besoins spécifiques de la personne à qui le traitement est offert afin d'obtenir un résultat optimal, comme validé, notamment, par la mesure clinique en continu.

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 axée sur le traumatisme en individuel, jusqu'à un mois après un événement traumatique, pour les enfants et les adolescents de moins de 18 ans ayant reçu un diagnostic de trouble stress aigu ou des symptômes cliniques importants de TSPT. [2018]

1.6.7 Envisagez une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC axée sur le traumatisme en groupe, 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]

1.6.8 L'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC axée sur le traumatisme en groupe, 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;

- généralement offerte en 5 à 15 rencontres;
- être dispensée par des intervenants ayant reçu une formation *pertinente* et faisant l'objet d'un soutien clinique continu;
- inclure de l'*éducation psychologique* au sujet des réactions au traumatisme, des stratégies de gestion de l'hyperactivation et des reviviscences, ainsi que la planification de mesures de sécurité;
- impliquer l'élaboration et le traitement (« processing ») des souvenirs du traumatisme;
- impliquer la restructuration de la signification du traumatisme pour l'enfant ou l'adolescent;
- offrir un soutien pour surmonter l'évitement. [2018]

Pour 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 la section 3.7, [Interventions psychosociales et psychothérapies pour la prévention et le traitement des symptômes ou du TSPT chez les enfants et les adolescents](#).

Les détails complets des preuves et des discussions du comité peuvent être consultés dans l' [Examen des preuves A : Interventions psychosociales, psychothérapies et autres traitements non-pharmacologiques pour la prévention des symptômes ou du TSPT chez les enfants et les adolescents](#) (en anglais seulement).

Traitement pour les enfants et les adolescents

1.6.9 Envisagez une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC axée sur le traumatisme en individuel, pour les enfants de cinq à six ans ayant reçu un diagnostic de TSPT, ou chez 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 axée sur le traumatisme en individuel, pour les enfants et les adolescents de 7 à 17 ans ayant reçu un diagnostic de TSPT, ou chez 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 axée sur le traumatisme en individuel, aux enfants et aux adolescents de 7 à 17 ans ayant reçu un diagnostic de TSPT ou chez qui des symptômes cliniques importants de TSPT sont apparus plus de trois mois après un événement traumatique. [2018]

1.6.12 L'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC axée sur le traumatisme en individuel devrait :

- être basée sur un manuel validé;

- être généralement offerte en 6 à 12 rencontres, avec la possibilité d'en ajouter si justifié sur le plan clinique, par exemple *lorsqu'une personne a vécu des traumatismes multiples*;
- être dispensée par des intervenants ayant reçu une formation *pertinente* et faisant l'objet d'un soutien clinique continu;
- être adaptée à l'âge et au niveau de développement de l'enfant ou de l'adolescent;
- impliquer *la famille ou l'entourage*, si approprié;
- inclure de *l'éducation psychologique* au sujet des réactions au traumatisme, des stratégies de gestion de l'hyperactivation et des reviviscences, ainsi que la planification de mesures de sécurité;
- impliquer l'élaboration et le traitement (« *processing* ») 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 la signification du traumatisme pour l'enfant ou l'adolescent;
- offrir un soutien pour surmonter l'évitement;
- les aider à se préparer pour la fin du traitement;
- inclure, au besoin, la planification de rencontres de renforcement (« *booster sessions* »), particulièrement en lien avec des dates significatives (par exemple, les anniversaires du traumatisme). [2018]

Le [Guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale : considérer, intégrer, outiller](#) (MSSS, 2024) propose des stratégies visant à soutenir la mise en œuvre de pratiques cliniques favorisant l'implication et la reconnaissance des proches dans le processus de rétablissement des personnes présentant un trouble mental.

1.6.13 Envisagez *l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires* (« Eye Movement Desensitization and Reprocessing ou EMDR ») pour les enfants et les adolescents de 7 à 17 ans ayant reçu un diagnostic de TSPT, ou chez qui des symptômes cliniques importants de TSPT sont apparus plus de trois mois après un événement traumatique, seulement s'ils 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]

Pour 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 la section 3.8, [Interventions psychosociales et psychothérapies pour le traitement des symptômes ou du TSPT chez les enfants et les adolescents](#).

Les détails complets des preuves et des discussions du comité peuvent être consultés dans [Examen des preuves B : Interventions psychosociales, psychothérapies et autres traitements non-pharmacologiques pour le traitement des symptômes ou du TSPT chez les enfants et les adolescents](#) (en anglais seulement).

Pharmacothérapie pour les enfants et les adolescents

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 médecin²⁹ pour en savoir plus sur les bonnes pratiques liées à la prescription.

De plus, il est présumé que les professionnels autorisés à prescrire des médicaments se réfèrent également à la monographie du médicament. Lorsque des données probantes le justifient, le présent guide de pratique recommande l'utilisation de certains médicaments pour des indications qui ne figurent pas dans leur autorisation de commercialisation au Canada au moment de sa publication (utilisation hors indication).

Consultez également les recommandations du NICE concernant la [prescription sécuritaire d'antidépresseurs et la gestion des symptômes de sevrage](#) (en anglais seulement).

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

Pour 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 la section 3.9, [Pharmacothérapie pour les enfants et les adolescents](#).

Les détails complets des preuves et des discussions du comité peuvent être consultés dans [Examen des preuves E : pharmacothérapie pour la prévention et le traitement des symptômes ou du TSPT chez les enfants et les adolescents](#) (en anglais seulement).

Interventions psychosociales et psychothérapies pour la prévention des symptômes ou du TSPT chez les adultes

Les psychothérapies utilisées dans le traitement des adultes présentant des symptômes ou un 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](#).

Les guides du NICE et les recherches sur lesquelles ils s'appuient recommandent certains traitements sans toutefois apporter suffisamment de précision quant à leur nature pour distinguer, notamment, s'il s'agit de psychothérapie au sens de l'article 187.1 du Code des professions ou plutôt d'interventions s'y apparentant. Conséquemment, pour la plupart des recommandations de traitements, tant les « interventions utilisant des techniques » que la « psychothérapie » sont proposées comme traitements reconnus efficaces (en italiques et soulignées). Toutefois, bien que les deux modalités de traitements puissent être recommandées, il demeure la responsabilité de l'intervenant de s'assurer qu'il est habilité à offrir le traitement qu'il s'apprête à réaliser. Pour ce faire, il devra s'appuyer sur les divers documents interordres

²⁹ Collège des médecins du Québec (2016). Guide d'exercice sur les ordonnances faites par un médecin. <https://cms.cmq.org/files/documents/Guides/p-1-2016-10-03-fr-ordonnances-individuelles-faites-par-un-medecin.pdf>

concernant l'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent. Dans le cadre du PQPTM, l'abréviation TCC réfère à la psychothérapie cognitivo-comportementale.

Prévention pour les adultes

1.6.15 Offrez une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC axée sur le traumatisme en individuel, aux adultes qui présentent un trouble stress aigu ou des symptômes cliniques importants de TSPT, et ayant 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]*

Pour 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 la section 3.10, [Interventions psychosociales et psychothérapies pour la prévention du TSPT chez les adultes](#).

Les détails complets des preuves et des discussions du comité peuvent être consultés dans [Examen des preuves C : Interventions psychosociales, psychothérapies et autres traitements non-pharmacologiques pour la prévention des symptômes ou du TSPT chez les adultes \(en anglais seulement\)](#).

Traitement pour les adultes

1.6.16 Offrez une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC axée sur le traumatisme en individuel, aux adultes ayant reçu un diagnostic de TSPT 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 L'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC axée sur le traumatisme devrait :

- être basée sur un manuel validé;
- être généralement offerte en 8 à 12 rencontres, avec la possibilité d'en ajouter si justifié sur le plan clinique par exemple, *dans le cas de traumatismes multiples;*

- être dispensée par des intervenants ayant reçu une formation *pertinente* et faisant l'objet d'un soutien clinique continu;
- inclure de l'*éducation psychologique* au sujet des réactions au traumatisme, des stratégies de gestion de l'hyperactivation et des reviviscences, ainsi que la planification de mesures de sécurité;
- impliquer l'élaboration et le traitement (« *processing* ») 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;
- inclure, au besoin, la planification de rencontres de renforcement (« *booster sessions* »), particulièrement en lien avec des dates significatives (par exemple, les anniversaires du traumatisme. [2018])

1.6.18 Envisagez l'EMDR pour les adultes ayant reçu un diagnostic de TSPT, ou chez qui des symptômes cliniques importants de TSPT sont apparus entre le premier et le troisième mois après un traumatisme qui n'est pas associé à une situation de combat, si la personne exprime une préférence pour l'EMDR. [2018]

1.6.19 Offrez l'EMDR aux adultes ayant reçu un diagnostic de TSPT, ou chez qui des symptômes cliniques importants de TSPT sont apparus plus de trois mois après un traumatisme qui n'est pas associé à une situation de combat. [2018]

1.6.20 L'EMDR pour les adultes devrait :

- être basée sur un manuel validé;
- être généralement offerte en 8 à 12 séances, avec possibilité d'en ajouter si justifié sur le plan clinique par exemple, *dans le cas de* traumatismes multiples;
- être offerte par des intervenants ayant reçu une formation *pertinente* et faisant l'objet d'un soutien clinique continu;
- être dispensée de manière séquentielle et inclure de l'*éducation psychologique* au sujet des réactions au traumatisme, de la gestion des souvenirs et des situations pénibles, ainsi que de l'identification et le traitement des souvenirs ciblés (souvent des images mentales), ainsi que la promotion de croyances alternatives à l'égard de soi;
- recourir à une stimulation bilatérale répétée au cours des rencontres (habituellement par des mouvements oculaires, mais d'autres méthodes — notamment les tapotements ou les signaux auditifs — peuvent être utilisées si elles sont préférées ou plus appropriées, par exemple pour les personnes ayant

une déficience visuelle) afin de traiter des souvenirs ciblés jusqu'à ce que ceux-ci ne génèrent plus de détresse;

- inclure l'enseignement de techniques d'auto-apaisement et de stratégies de gestion des reviviscences, à utiliser autant durant les rencontres qu'entre celles-ci. [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 reçu un diagnostic de TSPT, ou chez 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, à condition qu'elle :

- ne présente pas de symptômes graves de TSPT, en particulier des symptômes dissociatifs; et
- ne présente pas de danger pour elle-même ou pour autrui. [2018]

1.6.22 L'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC assistée par les technologies de l'information et des communications (TIC) axée sur le traumatisme, en association avec du soutien, pour les adultes devrait :

- être basée sur un programme validé;
- être généralement offerte en 8 à 10 rencontres;
- impliquer l'élaboration et le traitement (« processing ») des souvenirs du traumatisme; le traitement des émotions associées au traumatisme, y compris la honte, la culpabilité, la perte et la colère; la restructuration de la signification du traumatisme pour l'enfant ou l'adolescent; du soutien pour surmonter l'évitement; et 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 compléter le traitement;
- offrir 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 reçu un diagnostic de TSPT, ou chez qui des symptômes cliniques importants de TSPT sont apparus plus de trois mois après un événement traumatique, seulement si la personne :

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

Pour 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 la section 3.11, [Interventions psychosociales et psychothérapies pour le traitement des symptômes ou du TSPT chez les adultes](#).

Les détails complets des preuves et des discussions du comité peuvent être consultés dans [Examen des preuves D : Interventions psychosociales, psychothérapies et autres traitements non-pharmacologiques pour le traitement des symptômes ou du TSPT chez les adultes](#) (en anglais seulement).

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 médecin³⁰ pour en savoir plus sur les bonnes pratiques liées à la prescription.

De plus, il est présumé que les professionnels autorisés à prescrire des médicaments se réfèrent également à la monographie du médicament. Lorsque des données probantes le justifient, le présent guide de pratique recommande l'utilisation de certains médicaments pour des indications qui ne figurent pas dans leur autorisation de commercialisation au Canada au moment de sa publication (utilisation hors indication).

Consultez également les recommandations du NICE concernant la [prescription sécuritaire d'antidépresseurs et la gestion des symptômes de sevrage](#) (en anglais seulement).

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

1.6.25 Envisagez la venlafaxine ou un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine (ISRS), tel que la sertraline, pour les adultes qui présentent des *symptômes ou* un TSPT, 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 clinique (2024), cette indication ne figurait pas dans l'autorisation de commercialisation de la sertraline³¹ au Canada. Une telle autorisation de commercialisation était toutefois en vigueur pour d'autres ISRS, tels que la paroxétine³².

Conseillez à la personne, ainsi qu'à sa famille et son entourage s'il y a lieu, de ne pas hésiter à communiquer avec son prescripteur s'il éprouve des effets indésirables entre les rendez-vous ou rencontre des difficultés liées à l'arrêt du traitement.

³⁰ Collège des médecins du Québec (2016). Guide d'exercice sur les ordonnances faites par un médecin. <https://cms.cmq.org/files/documents/Guides/p-1-2016-10-03-fr-ordonnances-individuelles-faites-par-un-medecin.pdf>

³¹ Pfizer. (2021). ZOLOFT (sertraline hydrochloride) (éd. rév.). <https://www.pfizer.ca/zoft-sertraline-hydrochloride>

³² GlaxoSmithKline (2021). PAXIL (paroxetine hydrochloride) (Ed. rév.) <https://ca.gsk.com/en-ca/products/paxil/>

1.6.26 Envisagez les antipsychotiques, tels que la rispéridone en association avec une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC, pour gérer les symptômes d'adultes ayant reçu un diagnostic de TSPT, si :

- la personne présente des symptômes et des comportements invalidants, par exemple une réactivité grave ou des symptômes psychotiques; et
- les symptômes n'ont pas répondu à d'autres traitements non pharmacologiques 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 antipsychotiques dans le guide de pratique du NICE sur la psychose et la schizophrénie pour les adultes](#) (en anglais seulement). [2018]

Notez qu'au moment de la publication du présent guide de pratique (avril 2023), l'autorisation de commercialisation de la rispéridone incluait le traitement des symptômes ou du TSPT chez les adultes, contrairement à l'Angleterre. De plus, un guide de pratique clinique canadien (2014) portant sur la gestion des troubles anxieux, du trouble obsessionnel-compulsif et du trouble stress post-traumatique recommandait la rispéridone comme traitement de troisième intention, ou comme traitement adjuvant de deuxième intention pour le TSPT³³.

Si la situation le requiert, intervenez conformément aux bonnes pratiques, aux lois, aux politiques et aux procédures en vigueur au Québec, notamment la Loi sur la protection des personnes présentant une altération de leur état mental³⁴. Le [Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux](#) permet également de soutenir les intervenants dans le rehaussement de leurs compétences professionnelles liées à l'intervention auprès de personnes suicidaires.

Pour 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 la section 3.12, [Pharmacothérapies pour les adultes](#).

Les détails complets des preuves et des discussions du comité peuvent être consultés dans [Examen des preuves F : pharmacothérapie pour le traitement des symptômes ou du TSPT chez les adultes](#) (en anglais seulement).

³³ Katzman, M.A., Bleau, P., Blier, P. et al. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>

³⁴ Au moment de la diffusion de ce document, le texte de loi n'était pas encore disponible sur le site de *Légis Québec*; consulté le 21 octobre 2026.

1.7. SOINS ET SERVICES AUX PERSONNES QUI PRÉSENTENT DES SYMPTÔMES OU UN TSPT AVEC DES BESOINS COMPLEXES

1.7.1 Pour les personnes qui présentent des *symptômes* ou un TSPT et des *symptômes* ou un trouble dépressifs:

- en règle générale, traitez les *symptômes* ou le TSPT en premier, car les *symptômes* ou le trouble dépressif s'améliore souvent après un traitement des *symptômes* ou du TSPT réussi;
- traitez les *symptômes* ou le trouble dépressif en premier, s'ils sont suffisamment graves pour entraver le *traitement non pharmacologique* des *symptômes* ou du TSPT, ou si la personne présente un risque de danger pour elle-même ou pour autrui. [2018]

1.7.2 N'excluez pas une personne qui présente des *symptômes* ou 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]

Une consommation abusive d'alcool ou de drogues ou un trouble de l'usage d'une substance ne devrait pas être un motif d'exclusion systématique pour le traitement des symptômes ou du TSPT. En effet, puisque rien n'indique qu'un trouble de l'usage d'une substance rende les traitements habituels inefficaces, les personnes présentant ces difficultés devraient avoir accès aux traitements recommandés par le PQPTM, un grand nombre d'entre elles pouvant répondre positivement à des traitements brefs offerts par les services de première ligne ou par les services spécifiques de santé mentale.

Les soins en collaboration avec des programmes en dépendance doivent être considérés, en fonction de l'organisation des soins et des services et en cohérence avec le [Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028](#) et le [Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances](#), dans les situations suivantes : lorsque la personne présente une consommation abusive d'alcool et d'une seconde substance, en plus de présenter un trouble mental fréquent ou lorsqu'une consommation abusive d'une substance interfère avec la capacité de s'engager dans le traitement.

1.7.3 Pour les personnes ayant des besoins additionnels, y compris celles qui présentent des *symptômes* ou un TSPT complexes :

- prévoyez plus de temps pour établir une relation de confiance avec la personne, en augmentant la durée ou le nombre de rencontres 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 de l'impact possible sur l'engagement dans son traitement et sur la réussite du traitement;
- aidez la personne à gérer tout enjeu susceptible d'être un obstacle à s'investir dans une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC axée sur le traumatisme*, comme 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]

Pour 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 la section 3.13, [Soins et services aux personnes présentant des symptômes ou un TSPT avec des besoins complexes](#).

Les détails complets des preuves et des discussions du comité peuvent être consultés dans [Examen des preuves D : Interventions psychosociales, psychothérapies et autres traitements non-pharmacologiques pour le traitement des symptômes ou du TSPT chez les adultes](#) et [Examen des preuves J : trajectoires pour les adultes, les enfants et les adolescents présentant des symptômes ou un TSPT](#) (*en anglais seulement*) .

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 concernées quant à ce qui concerne les *soins et services* aux personnes touchées par le sinistre;
- l'accès à des *services spécifiques* ou *spécialisés en santé mentale*, à une évaluation reposant sur des données probantes ainsi qu'à des traitements;
- des rôles et des responsabilités clairs pour tous les intervenants concernés. [2005]

2. RECOMMANDATIONS DE RECHERCHE

Au moment de la publication du présent guide, en avril 2023, la section des recommandations pour la recherche avait été traduite en français, mais n'avait pas été contextualisée au Québec.

Dans le cadre de la mise à jour de 2018, le comité de développement du guide de pratique a supprimé les recommandations de recherche de 2005 et les a remplacées par les recommandations de recherche présentées ci-dessous.

Principales recommandations de recherche

2.1 Soins par étapes pour les symptômes ou le trouble stress post-traumatique

Quelle est l'efficacité clinique et la rentabilité d'un modèle de soins par étapes pour les *symptômes* ou 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, consultez l'annexe L du document I : [Evidence reviews for organisation and delivery of care for people with PTSD](#) (en anglais seulement).

2.2 Séquence de traitements et traitements faisant suite au traitement de première intention

Quelle est l'efficacité clinique et la rentabilité d'une séquence de traitements et des traitements faisant suite au traitement de première intention pour les *symptômes* ou le TSPT?

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

2.3 Approches basées sur le traumatisme

Quelle est l'efficacité clinique et la rentabilité des *soins et services* ou des approches basées sur le traumatisme dans le traitement des *symptômes* ou 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](#) (en anglais seulement).

2.4 Personnalisation et marqueurs du risque

Quels facteurs pronostiques et prescriptifs sont importants pour déterminer le choix du traitement pour les *symptômes* ou 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](#) (*en anglais seulement*).

2.5 Symptômes ou TSPT complexes

Quelle est l'efficacité clinique et la rentabilité de *traitements* visant la stabilisation et la réintégration pour les personnes qui présentent des *symptômes ou* 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](#) (*en anglais seulement*).

Autres recommandations de recherche

Techniques de libération émotionnelle

Quelle est l'efficacité clinique et la rentabilité de techniques de libération émotionnelle (ou EFT, *emotional freedom technics*) dans le traitement des *symptômes ou* 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](#) (*en anglais seulement*).

3. EXPLICATIONS ET RÉPERCUSSIONS

Cette section explique brièvement les 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 que, bien que cette section ait été traduite en français, elle n'a pas été contextualisée au Québec.

3.1 Soutenir la transition entre les différents services

Recommandations [1.2.4](#) et [1.2.5](#)

Raisons pour lesquelles le comité a formulé ces recommandations

Comme les données probantes de bonne qualité sur l'accès aux soins et services, sur l'élaboration de trajectoire et sur la coordination des soins et services étaient insuffisantes, le comité du NICE s'est appuyé sur des sources d'information concernant d'autres troubles mentaux décrivant les trajectoires et les systèmes favorisant l'accès et l'engagement dans les soins et services. Sur la base de ces informations, une méthode de consensus formel a été utilisée pour formuler des recommandations sur les bonnes pratiques.

Le comité a noté que la coordination globale et la continuité des *soins et services* pourraient être assurées par la désignation d'un intervenant chargé de coordonner l'ensemble du parcours de *soins et services*. Ils ont toutefois convenu que cet aspect était déjà couvert par les recommandations confiant aux médecins généralistes la responsabilité du suivi, ainsi que par la gestion partagée entre les soins primaires et les autres *niveaux de services*, dans la section portant sur l'évaluation et la coordination des soins (*section 1.2*). Le comité a également identifié certains groupes susceptibles de nécessiter un soutien supplémentaire lors des transitions de *soins et services*.

Incidence possible de ces recommandations sur la pratique

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

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*. Sur la base de leur expérience clinique, les

membres du comité du NICE ont convenu qu'un obstacle fréquent à l'accès aux *soins et services* peut être la croyance de la personne selon laquelle il est impossible de se rétablir d'un TSPT. Le comité a convenu qu'il était important de présenter une vision plus encourageante et optimiste du traitement du TSPT.

Le comité du NICE a également examiné les données probantes relatives à des modes de prestation des *soins et services* plus flexibles. Les données qualitatives ont démontré que certaines personnes présentant des *symptômes ou* un TSPT préfèrent recevoir leur traitement dans un endroit autre qu'un environnement clinique. Il existait également des données cliniques indiquant que certains types de *soins et services* à distance (par exemple, 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*, ainsi que les consultations par vidéoconférence) peuvent être tout aussi efficaces que les traitements en présentiel. Sur cette base, le comité a convenu que la prestation des *soins et services* selon des modalités plus flexibles, notamment en les offrant dans des lieux non cliniques comme les écoles ou les bureaux, permettrait d'améliorer l'accès.

3.3 Principes régissant les soins et services

Recommandations [1.4.1 à 1.4.5](#)

Raisons pour lesquelles le comité a formulé ces recommandations

Soutien par les pairs

Recommandations [1.4.1](#)

Les données probantes concernant les groupes de soutien par les pairs étaient limitées, mais comprenaient certains témoignages convaincants de personnes présentant des *symptômes ou* un TSPT, indiquant que le fait de partager leur expérience avec d'autres personnes ayant également vécu un événement traumatique était bénéfique, et ce, pour divers types d'expériences traumatiques. Les résultats suggéraient également que le soutien par les pairs pouvait aider les personnes à surmonter leurs doutes et leurs craintes à l'égard du traitement, en les informant sur l'aide et le soutien disponible et en les encourageant à recourir aux services.

En se basant sur les données probantes et sur leur propre expérience clinique, les membres du comité du NICE ont discuté de la réticence des personnes présentant des *symptômes ou* un TSPT à entrer en contact avec les services pertinents; 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 ceci faisait ressortir la nécessité d'offrir de l'information et du soutien, adéquats et adaptés aux besoins de ces personnes, en lien avec les traitements et services, y compris ce à quoi elles peuvent s'attendre par rapport à ces traitements, et ces *soins et services*, ainsi que leur déroulement (par exemple l'endroit où les services seront offerts et par qui).

Maintenir des environnements sécuritaires

Recommandation [1.4.2](#)

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

Soutenir la famille et de l'entourage

Recommandations [1.4.3](#) et [1.4.4](#)

Les données qualitatives suggéraient qu'un obstacle fréquent à la consultation pour les *symptômes ou* le TSPT est le manque d'information concernant les traitements et les services disponibles. Le comité a convenu que l'information et le soutien offerts à *la famille et* l'entourage pourraient faciliter l'accès aux services, tant pour *la famille et* l'entourage que pour la personne qui présente des *symptômes ou* un TSPT.

Les membres du comité *du NICE* ont discuté de la possibilité que plus d'un membre de *la famille et de l'entourage* présente des *symptômes ou* un TSPT. Ils ont estimé qu'il était important de sensibiliser les parties concernées à ce risque afin qu'elles se voient offrir du soutien rapidement.

Impliquer la famille et l'entourage

Recommandations [1.4.5](#)

Des données probantes indiquaient que l'implication des membres de *la famille et de l'entourage* dans le traitement apportait un soutien supplémentaire à la personne, tout en permettant à *la famille et à l'entourage* de mieux comprendre le TSPT. Toutefois, la participation de *la famille et de l'entourage* n'était pas systématiquement perçue comme positive, certaines personnes n'appréciant pas le sentiment d'être l'objet de discussions en leur absence.

Des données probantes limitées indiquaient que l'implication de *la famille et de l'entourage* dans le traitement présentait des bénéfices, notamment en améliorant la santé mentale de *la famille et de l'entourage* et en réduisant les difficultés liées au rôle parental. Toutefois, les données étaient trop incertaines pour appuyer des recommandations concernant des interventions spécifiques visant à soutenir les membres de *la famille et de l'entourage*.

Incidence possible de ces recommandations sur la pratique

Ces recommandations correspondent à des énoncés de 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 gains 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 quant au 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 des *symptômes ou* 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 concernées peuvent être aux prises avec des émotions difficiles relativement au traumatisme (par exemple, la honte), ce qui peut représenter un obstacle à s'engager dans le traitement. Les membres du comité *du NICE* ont convenu que les intervenants devaient comprendre ces raisons afin d'éviter de mal interpréter pourquoi une personne ne s'investit pas dans le traitement et d'être en mesure de déterminer les meilleures façons de l'aider, 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 des *symptômes ou* 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 alors que d'autres 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 de ce guide de pratique) faisait déjà partie des pratiques recommandées.

3.6 Débriefage 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, les adolescents ou les adultes; certaines données indiquaient même des résultats moins bons comparativement à 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 néfaste puisque la personne se voit ainsi refuser l'accès à un autre traitement dont les bienfaits sont soutenus par des données probantes.

Incidence possible de cette recommandation sur la pratique

Le débriefage psychologique ne faisait pas partie des pratiques précédemment recommandées. Il ne devrait donc avoir aucune incidence sur la pratique.

3.7 Interventions psychosociales et psychothérapies pour la prévention et le traitement des symptômes ou du TSPT chez 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 de l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC individuelle 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 ce traitement, 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 ce traitement 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 la disposition d'un enfant ou d'un adolescent à entreprendre un traitement 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 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 *l'interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC* axée sur le traumatisme, en groupe, était efficace pour atténuer les symptômes de TSPT et donner lieu à d'autres impacts importants chez 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 puissent être attribuables spécifiquement au traitement 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 le traitement soit envisagé 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 individuelle* axée sur le traumatisme, ces options 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 considérées.

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

À l'heure actuelle, on observe un manque d'harmonisation en ce qui concerne les *soins et services* 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 individuelle* 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 ligne directrice concernant les traitements destinés aux enfants exposés à un traumatisme collectif à grande échelle; la pratique actuelle consiste à fournir une gamme de traitements. L'absence de lignes directrices claires sur ce qui fonctionne le mieux a contribué à de la variabilité quant à 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 sur le plan clinique pour des enfants qui, autrement, auraient peut-être eu besoin de traitements dont le coût est plus élevé, plus loin sur la trajectoire.

3.8 Interventions psychosociales et psychothérapies pour le traitement des symptômes ou du TSPT chez 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 atténuer les symptômes de TSPT ainsi que d'autres impacts cliniques importants, et que ces améliorations duraient au moins un an. Des bienfaits ont été observés avec différents types d'*interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou des TCC* axées sur le traumatisme et pour divers 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 offert en individuel.

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 reconnu 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 avec 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 offert plus de trois mois après un traumatisme. Les membres du comité ont toutefois convenu, sur la base d'une extrapolation d'un vaste ensemble de données probantes concernant les bienfaits du traitement plus de trois mois après un traumatisme et à partir de 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 une 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 rencontres a été recommandé considérant les données probantes, bien que les membres du comité aient convenu qu'un plus grand nombre de rencontres pourrait être nécessaire, notamment pour les personnes ayant vécu des expériences traumatiques multiples.

Des 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 est cohérent 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 des *symptômes* ou 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 des *symptômes* ou 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 Interventions psychosociales et psychothérapies pour la prévention du TSPT chez 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

atténuer 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 des *symptômes ou un TSPT*.

Les données probantes portaient sur un certain nombre de traitements 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 étant limitées 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 Interventions psychosociales et psychothérapies pour le traitement des symptômes ou du TSPT chez 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 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 atténuation des symptômes de TSPT ainsi qu'à des améliorations d'autres aspects cliniques importants, et pouvaient se maintenir jusqu'à un an plus tard. Des bienfaits étaient observés pour divers 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 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* individuelle axée sur le traumatisme, comportant jusqu'à 12 rencontres, 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 rencontres précisé dans la plupart des manuels de traitement validés et du nombre de rencontres le plus courant selon les données probantes, le comité a recommandé d'offrir le traitement en 8 à 12 rencontres. S'appuyant sur leur expérience clinique, les membres du comité ont toutefois recommandé d'offrir un plus grand nombre de rencontres lorsque cela s'avère nécessaire, notamment pour les personnes ayant vécu des expériences traumatiques multiples.

En se basant 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 psychosociales 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 de ce traitement. 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 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 éléments cliniques 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.

Interventions psychosociales et psychothérapies cognitivo-comportementales 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 atténuation 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 toutefois 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 individuelle* 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 directement aux souvenirs du traumatisme et pourraient favoriser l'adhésion et l'engagement envers une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC* axée sur le traumatisme. Ces traitements 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 également 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 ces 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 présentant des *symptômes ou* un TSPT chroniques. 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 face aux traitements axés sur le traumatisme, ce 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 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 rencontres 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 rencontres 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 rencontres 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 des *symptômes ou* du TSPT. Compte tenu des données probantes limitées sur les bienfaits des pharmacothérapies, et en raison des effets indésirables 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 des *symptômes ou* du TSPT pour les adultes. Le comité *du NICE* a mentionné les benzodiazépines spécifiquement, puisque, selon leur expérience clinique, elles sont prescrites dans la pratique malgré le fait que les données probantes démontrent qu'elles n'apportent aucun bienfait et que leurs effets indésirables sont préoccupants.

Traitement

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

Des données probantes indiquaient que les ISRS et la venlafaxine sont efficaces dans le traitement des *symptômes ou* 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 des *symptômes ou* 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 par la venlafaxine, et sur le fait que les données probantes indiquaient que les ISRS sont moins efficaces que toutes les interventions psychosociales ou les psychothérapies 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 auto-soins 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 indésirable et de passer en revue l'évolution clinique et les résultats du traitement.

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 interventions psychosociales ou les psychothérapies (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 des *symptômes ou* du TSPT, mais devraient plutôt être considérés comme un traitement d'appoint à ces traitements. Les antipsychotiques pourraient être utiles chez les adultes dans la gestion des symptômes de TSPT qui ne se sont pas améliorés à la suite du traitement par d'autres médicaments ou à la suite des traitements non pharmacologiques, lorsque la personne présente des symptômes et des comportements invalidants faisant en sorte qu'il est difficile pour elle de s'investir dans un traitement non pharmacologique. Compte tenu des différents profils d'effets indésirables des médicaments 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 était 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 option seulement pour les adultes qui n'étant pas en mesure d'amorcer ou ne souhaitant 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 des *symptômes ou* 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. Bien qu'il soit essentiel de réévaluer la pharmacothérapie régulièrement, il est possible que cela ne soit pas fait couramment. La recommandation pourrait donc favoriser l'harmonisation de la pratique.

3.13 Soins et services aux personnes présentant des symptômes ou un TSPT avec 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 des *symptômes ou* un TSPT et qui ont 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 traitements destinés aux personnes qui présentent des *symptômes ou* un TSPT avec des besoins complexes 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 présentant des *symptômes ou* un TSPT, de même que des 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 rencontres d'un traitement, lorsque cela s'avère nécessaire, pour les personnes qui présentent des *symptômes ou* un TSPT et des besoins additionnels. Dans la version précédente du guide de pratique, il était recommandé d'envisager plus de 12 rencontres 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 rencontres supplémentaires est un aspect qui varie dans la pratique.

INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE ET DÉTAILS SUR LE COMITÉ DU NICE

Pour des recommandations du NICE sur des sujets connexes, y compris les lignes directrices en cours d'élaboration, veuillez consulter la [page thématique du NICE sur l'anxiété](#), ainsi que la [santé mentale et les troubles du comportement et les troubles neurodéveloppementaux](#).

Pour plus de détails sur les données probantes et les délibérations du comité d'élaboration des lignes directrices, consultez [la revue des preuves](#). Vous y trouverez également des informations sur [la manière dont le guide de pratique clinique a été élaboré](#), y compris les [détails sur le comité](#).

Le NICE a développé des [outils et ressources pour vous aider à mettre en œuvre le présent guide de pratique clinique](#). Pour obtenir une aide générale et des conseils sur la mise en œuvre de ces lignes directrices, consultez les [ressources destinées à faciliter l'implantation des recommandations](#).

MISE À JOUR DU GUIDE DE PRATIQUE

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 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.

Décembre 2018 : Le NICE a passé en revue les données probantes et a formulé de nouvelles recommandations concernant la prévention, et les *soins et services* aux personnes présentant des *syntômes* ou un TSPT. Ces recommandations sont suivies de la mention **[2018]**.

Le NICE a également apporté quelques modifications sans révision des données probantes. Ces recommandations sont suivies de la mention **[2005, modifiées en 2018]**.

- Pour plus de clarté, la recommandation 1.1.1. a été scindée pour séparer le repérage de la *démarche évaluative*.

L'altération du fonctionnement a été ajoutée et les symptômes ont été mis à jour, comparativement à 2005, à la lumière du nouveau système de classification.

La référence au TSPT complexe et aux symptômes additionnels du TSPT complexe (difficultés interpersonnelles ou problèmes relationnels, perception négative de soi et dysrégulation émotionnelle) a été incluse après la publication du CIM-11 et de la nouvelle classification 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 comme tous les autres énumérés dans cette recommandation.

- La recommandation 1.1.2. a été élargie à tous les contextes, de sorte que l'expression "*soins et services* 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 des 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 et services* 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 et services*. 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'emphasis 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, comparativement à 2005, à la lumière des nouveaux systèmes de classification. Les réponses normales aux traumatismes ont été ajoutées en se basant sur l'opinion du comité « qu'il est utile de "normaliser" la présence de certains symptômes au cours des premières semaines, compte tenu du fait qu'ils peuvent se manifester, puis s'atténuer dans le cadre d'un rétablissement « naturel ».
- Le comité a ajouté que l'instrument de repérage 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 la *démarche évaluative*, les personnes présentant des symptômes cliniquement importants de TSPT n'auront pas reçu 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 une *démarche évaluative*.
- 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.
- Un renvoi vers les lignes directrices du NICE publiées depuis 2005 a été ajoutée à la recommandation 1.5.1 afin de fournir des informations supplémentaires.

Les recommandations suivies de la mention **[2005]** ont été révisées pour la dernière fois 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

Août 2024 : Le comité du NICE a simplifié ce guide en retirant des recommandations portant sur des principes généraux concernant les *soins et les services* qui sont abordés dans d'autres guides du NICE tel que le [Guide de pratique clinique du NICE sur l'expérience des personnes utilisatrices de services relativement aux services offerts aux adultes par le NHS](#)³⁵ (*en anglais seulement*). Il s'agit uniquement d'un changement de présentation, sans aucune intention de modification dans la pratique

Décembre 2022 : Les liens de la recommandation 1.3.2. ont été remplacés par un lien vers les nouvelles orientations du « Crown Prosecution Service guidance on pre-trial therapy », *en anglais seulement*. [2018]

³⁵ NICE (2011). Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. [Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services](#)

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'instruments³⁶. L'appréciation des symptômes et du fonctionnement est la première activité possible de la démarche évaluative.

Autosoins dirigés

Dans le présent guide de pratique, les autosoins dirigés conventionnels consistent en l'utilisation d'un éventail de livres, de manuels d'autosoins ou de matériel électronique adaptés au niveau de lecture de la personne utilisatrice de services et reposant sur les principes issus des modèles théoriques cognitivo-comportementaux. Il peut s'agir également de programmes d'autosoins dirigés assistés par les technologies de l'information et des communications (TIC). En général, un intervenant ayant reçu une formation pertinente présente le matériel aux personnes afin d'en faciliter l'utilisation.

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 vécus³⁷.

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

³⁶ 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://cdn-contentu.quebec.ca/cdn-contentu/adm/org/office-professions-quebec/OPQ-Admin/Publications/2020-21_020_Guide-explicatif-sante-rh-26-08-2021.pdf

³⁷ 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.

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 soi³⁸ ».

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 ».

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 habilités³⁹.

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 loi⁴⁰.

³⁸ Règlement sur le permis de psychothérapeute, (art., 6. C-26, r. 222.1. Consulté au : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26.%20r.%20222.1%20/>

³⁹ 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.

⁴⁰ Code des professions, L.R.Q., c. C-26. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/C-26?&digest=>

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

Dans le guide de pratique, ce terme réfère à un traitement faisant appel aux techniques cognitivo-comportementales et réalisé au moyen d'un programme informatique sur ordinateur autonome ou en ligne. Le traitement 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. Il 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.

Mesure clinique

Appréciation des résultats cliniques d'une personne, à l'aide de questionnaires validés scientifiquement, afin de déterminer si les soins et les services qu'elle reçoit sont bénéfiques.

Mesure clinique en continu

Appréciation systématique, avant chaque consultation, des résultats cliniques d'une personne, à l'aide de questionnaires validés scientifiquement, afin de déterminer si les soins et les services qu'elle reçoit sont bénéfiques.

Modèle de soins par étapes

Modèle de prestation et de suivi des traitements selon lequel les interventions les plus efficaces, les moins intrusives et les moins exigeantes sur le plan des ressources sont utilisées en premier. Le modèle de soins par étapes comporte un mécanisme intégré d'autocorrection faisant en sorte que les personnes à qui les traitements initiaux ne procurent pas de bienfaits puissent passer à l'étape suivante afin de recevoir un traitement plus intense, s'il y a lieu. Le modèle des soins adaptés respecte les principes des soins par étapes, mais tient compte d'autres facteurs tels que le tableau clinique, les expériences antérieures de la personne utilisatrice de services en matière de traitement, ainsi que ses choix et ses préférences.

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 rétablissement de la personne aidée, le maintien et l'amélioration de sa qualité de vie à domicile ou dans d'autres milieux de vie⁴¹. »

⁴¹ 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>

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 médecins⁴².

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.

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 soutien⁴³.

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.

⁴² 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](#).

⁴³ Code des professions, art. 187.1 ([L.R.Q., c. C-26.](#))

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.⁴⁴.

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, 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 ⁴⁵. »

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.

⁴⁴ 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/document-001287/>

⁴⁵ Loi sur la sécurité civile, (RLRQ, chapitre S-2.3)

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 continuité⁴⁶.

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.

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 auparavant⁴⁷.

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

⁴⁶ [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.](#)

⁴⁷ Office québécois de la langue française (2012). Fiche terminologique : traitement de première intention.

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 découlent⁴⁸.

Trouble de stress aigu

Selon le DSM-5, le diagnostic 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.*

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 »⁴⁹.

⁴⁸ 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.

⁴⁹ 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

Les recommandations du présent guide de pratique représentent le point de vue adopté par le NICE après un examen minutieux des données probantes disponibles, en tenant compte du compromis entre les bénéfices et les effets néfastes associés à un soin ou à un service. Certaines recommandations du NICE peuvent être émises avec plus de certitude que d'autres. La formulation utilisée dans chaque recommandation du guide reflète le niveau de certitude avec laquelle la recommandation est émise (force de la recommandation) selon l'analyse des données pertinentes effectuée par le NICE.

Indépendamment de la force de certaines recommandations, le NICE rappelle l'importance de discuter avec la personne utilisatrice de services des risques et des avantages des divers soins et services, ainsi que de ses valeurs et préférences. Cet échange a pour objectif de lui permettre de parvenir à une décision pleinement éclairée quant aux soins et services qui lui sont offerts.

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

Règle générale, les termes « doit » ou « ne doit pas » sont utilisés lorsqu'il y a une obligation légale d'appliquer la recommandation. Ils peuvent également être employés lorsque le fait de ne pas suivre la recommandation risque d'entraîner des conséquences graves ou de mettre la vie de la personne en danger. Des formulations semblables, telles que « n'offrez pas », sont utilisées lorsque le NICE est confiant quant au fait qu'un service ne sera pas bénéfique pour la plupart des personnes utilisatrices de services.

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

L'expression « offrez » (ou des formulations semblables telles que « orientez vers » ou « conseillez ») est généralement utilisée lorsque le NICE est confiant que, pour la vaste majorité des personnes utilisatrices de services, un soin ou service fera plus de bien que de mal et sera rentable.

Les soins et les services auxquels on peut avoir recours

Le terme « envisagez » est employé lorsque le NICE est confiant qu'un soin ou service fera plus de bien que de mal à la plupart des personnes utilisatrices de services et qu'il sera rentable, mais que d'autres options pourraient être tout aussi rentables. Dans ces cas-là, le choix de recourir ou non à ce soin ou service dépendra donc davantage des valeurs et préférences de la personne que dans le cas de soins et services fortement recommandés. Le choix du soin ou service devra ainsi s'appuyer sur une discussion encore plus approfondie entre l'intervenant et la personne.

Formulation des recommandations adaptées provenant d'autres guides de pratique

Le NICE a commencé à utiliser cette façon de faire afin de tenir compte de la force des recommandations de guides de pratique élaborés après la publication du manuel sur la rédaction des guides de pratique (janvier 2009). Ces précisions ne s'appliquent pas à toutes les adaptations d'une recommandation qui proviennent d'un guide de pratique dont la réalisation a débuté avant cette date. Plus particulièrement, le verbe « envisagez » ne reflète pas nécessairement la force des recommandations adaptées.

