

Traitements du syndrome de stress post-traumatique :

Analyse de l'environnement des
recommandations cliniques en matière de
bonnes pratiques

Mars 2025

Soutien financier de l'Agence de la santé publique du Canada

Partenaires



Health Sciences



Financement

L'Agence de la santé publique du Canada a financé ces travaux dans le cadre d'une initiative plus large intitulée « *Lignes directrices et ressources canadiennes pour l'intervention psychosociale en situation d'urgence* ».

Remerciements

Nous tenons à saluer le partenariat entre l'Unité de recherche sur les traumatismes et le rétablissement de l'Université McMaster et l'Institut de recherche Homewood, et en particulier les efforts conjoints de la Dre Margaret McKinnon, de la Dre Kaitlyn Forge-MacKenzie, de la Dre Andrea Brown, de Christina Chrysler, de la Dre Jean Costello et de Heather Froome, qui ont permis l'élaboration du présent rapport. Nous tenons également à saluer la contribution de Laura Banfield, de l'Université McMaster, notamment pour avoir mis à disposition son expertise et son engagement dans la compilation et la finalisation de ces travaux de recherche.

Le présent rapport est protégé jusqu'à sa publication par le titulaire des droits d'auteur, l'Agence de la santé publique du Canada. Veuillez le traiter de manière confidentielle, sauf indication contraire de la part de l'Agence de la santé publique du Canada.

Table des matières

Analyse contextuelle des lignes directrices cliniques sur les meilleures pratiques.....	1
Mars 2025.....	1
Liste des tableaux.....	4
Liste des figures.....	5
Introduction	6
Syndrome de stress post-traumatique	6
Recommandations cliniques de bonnes pratiques	10
Objectifs et portée.....	12
Méthodes	13
Stratégie de recherche, sélection des études et extraction des données.....	13
Analyses.....	15
Résultats	20
Caractéristiques des études.....	20
Recommandations thérapeutiques relatives au syndrome de stress post-traumatique.....	22
Revue systématique des recommandations thérapeutiques relatives au SSPT	30
Modèles de soins intégrés incluant des recommandations thérapeutiques pour le syndrome de stress post-traumatique.....	35
Modèles organisationnels de soins intégrés.....	35
Modèles de soins intégrés incluant des traitements du SSPT élaborés par des établissements universitaires.....	40
Boîtes à outils canadiennes sur les traumatismes	42
Lacunes dans les recommandations cliniques de bonnes pratiques pour le traitement du SSPT	46
Exclusion des facteurs liés à l'équité, à la diversité et à l'inclusion	46
Exclusion des préférences et des valeurs des patients.....	47
Exclusion des préférences et des expériences des thérapeutes.....	48
Manque d'accompagnement des stagiaires	48
Traumatisme vicariant, épuisement professionnel et SSPT	49
Besoin d'informations sur les risques liés à la psychothérapie.....	49
Lignes directrices à l'intention des prestataires de services essentiels.....	50
Recommandations relatives aux troubles concomitants.....	51

Prise en charge par paliers et organisation du traitement fondée sur les données probantes	51
Résumés en langage clair des lignes directrices thérapeutiques.....	52
Analyses de coûts.....	52
Synthèse et conclusions.....	52
Références.....	54
Annexe A	63
Annexe B	65
Synthèse des traitements psychosociaux du SSPT	65
Annexe C	70
Résumés sous forme de cartes thermiques modifiées des recommandations thérapeutiques pour le SSPT.....	70
Annexe D	74
Résumé des commentaires et critiques concernant les recommandations de l'APA (2017) sur le traitement du SSPT.....	74

Liste des tableaux

Tableau 1. Termes généraux de recherche dans les bases de données concernant le SSPT et les recommandations cliniques.....	14
Tableau 2. Critères d'inclusion et d'exclusion pour la recherche de recommandations sur le SSPT.....	15
Tableau 3. Synthèse des traitements et du niveau de force des recommandations issues des lignes directrices existantes sur le SSPT.....	23
Tableau 4. Résumé des utilisateurs, des données probantes et des éléments issus des recommandations existantes sur le SSPT.....	26
Tableau 5. Notes de fiabilité basées sur les recommandations de Graham et al. (2011) concernant les lignes directrices actuelles relatives au traitement du SSPT.....	29
Tableau 6. Synthèse des traitements et du niveau de force des recommandations issues des revues systématiques des lignes directrices existantes sur le SSPT.....	32
Tableau 7. Synthèse des utilisateurs, des données probantes et des éléments issus des revues systématiques des lignes directrices relatives au traitement du SSPT.....	34
Tableau 8. Synthèse des traitements du SSPT et du niveau de force des recommandations issues des modèles de soins intégrés mis en place par des organisations.....	36
Tableau 9. Synthèse des traitements du SSPT et du niveau de force des recommandations issues des modèles de soins intégrés mis en place dans les établissements universitaires.....	40
Tableau 10. Synthèse des boîtes à outils canadiennes liées aux traumatismes.....	42

Liste des figures

Figure 1. Caractéristiques et symptômes courants du syndrome de stress post-traumatique	6
Figure 2. Critères diagnostiques de l'Association américaine de psychologie pour le trouble de l'..... (American Psychological Association, 2017)	7
Figure 3. Exemples d'événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique pouvant entraîner un trouble de stress post-traumatique	9
Figure 4. Dossier de recherche I : Les traumatismes climatiques et l'évolution du paysage	10
Figure 5. Dossier de recherche II : Les traitements recommandés par les lignes directrices ne fonctionnent pas pour tout le monde.....	11
Figure 6. Diagramme de flux modifié PRISMA pour l'inclusion et l'exclusion des études (Page et al., 2021)	17
Figure 7. Pyramide des niveaux et de la qualité des preuves scientifiques	18
Figure 8. Niveau de preuve selon la conception et le type d'étude	18
Figure 9. Modèle de soins par paliers pour les traitements du SSPT.....	19
Figure 10. Modèle de soins par paliers pour les recommandations thérapeutiques validées relatives au SSPT	20
Figure 11. Dossier de recherche III : Recommandations de l'APA sur le traitement du SSPT adaptées aux caractéristiques spécifiques de la population.....	27
Figure 12. Exemple tiré de Phoenix (2022) : section « Préférences et valeurs » des recommandations thérapeutiques sur le SSPT pour l'EMDR.....	29

Introduction

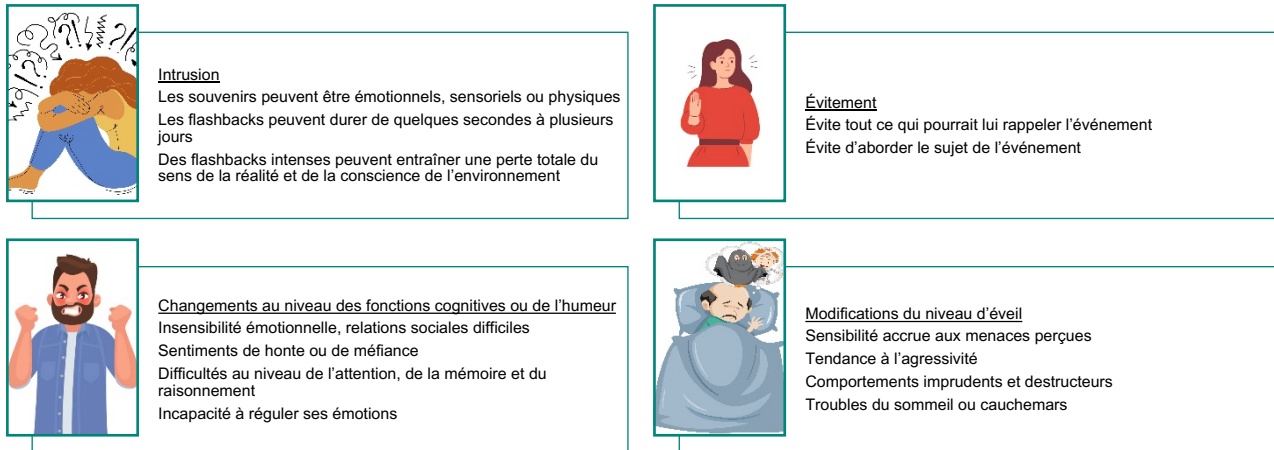
Syndrome de stress post-traumatique

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est un trouble psychiatrique associé à l'apparition de symptômes caractéristiques après une exposition à un événement traumatique, entraînant une détresse importante ou une altération fonctionnelle (American Psychological Association, 2017) .

Les résultats d'une récente enquête menée d'août à décembre 2021 (à savoir l'Enquête sur la santé mentale et les événements stressants ; SMHSE) ont révélé qu'environ 65 % des adultes canadiens interrogés avaient vécu au moins un événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique (PPTE) au cours de leur vie (Gouvernement du Canada, 2024) . Parmi ces PPTE, les plus fréquents (35,5 %) concernaient des incidents liés aux transports. Les femmes présentaient des taux plus élevés d'EPPT sous la forme d'expériences sexuelles non désirées (23,4 % des femmes, 6,4 % des hommes) et d'agressions sexuelles (15,4 % des femmes, 4,4 % des hommes). Parmi les personnes ayant vécu des événements traumatisants liés à la police, environ 7 % ont reçu un diagnostic professionnel de syndrome de stress post-traumatique (SSPT) au cours de leur vie, et 5,4 % ont déclaré avoir actuellement un diagnostic de SSPT (Gouvernement du Canada, 2024) . Les femmes (9,9 %) présentaient des taux de TSPT plus élevés que les hommes (7,0 %), et les jeunes adultes (âgés de 18 à 24 ans) affichaient les taux de TSPT les plus élevés (13,3 %) par rapport aux autres tranches d'âge (Gouvernement du Canada, 2024).

Les symptômes caractéristiques du SSPT apparaissent généralement dans les trois premiers mois suivant l'exposition à un événement traumatisant (Association américaine de psychologie, 2017 ; A. J. Phelps et al., 2022 ; Schnurr et al., 2024) . Les symptômes caractéristiques comprennent des pensées et des souvenirs envahissants, l'évitement des éléments déclencheurs, des changements cognitifs ou d'humeur, ainsi que des altérations de l'état d'éveil (American Psychological Association, 2017 ; Bisson et al., 2019 ; Katzman et al., 2014 ; National Institute for Health and Care Excellence, 2018 ; A. J. Phelps et al., 2022 ; Schnurr et al., 2024 ; Organisation mondiale de la santé, 2023) . **La figure 1** présente des détails supplémentaires concernant la symptomatologie du SSPT.

FIGURE1 . Caractéristiques communes et symptômes du syndrome de stress post-traumatique



L'Association américaine de psychologie (APA) a défini plusieurs critères diagnostiques permettant de distinguer le SSPT d'autres troubles de santé mentale (Association américaine de psychologie, 2017) . **La figure 2** présente les critères utilisés aux États-Unis (et, dans certains cas, à plus grande échelle) pour établir un diagnostic de SSPT.

FIGURE2 . Critères diagnostiques de l'Association américaine de psychologie pour le trouble de stress post-traumatique (Association américaine de psychologie, 2017)

Critère A	- Exposition à un danger réel ou potentiel de mort, de blessures graves ou de violence sexuelle - Par le biais d'expériences personnelles ou vécues par autrui (c'est-à-dire observées ou subies par un ami proche ou un membre de la famille)
Critère B	- Présence d'au moins un symptôme intrusif survenant après l'événement - Pensées intrusives, flashbacks, ainsi que des changements au niveau de l'humeur, des fonctions cognitives et du niveau d'éveil
Critère C	- Évitement persistant de certains stimuli liés à l'événement - Comprend les souvenirs pénibles et les stimuli associés à cette expérience
Critère D	- Changements négatifs au niveau des pensées et de l'humeur liés à l'événement, mis en évidence par au moins deux des éléments suivants : - Incapacité à se souvenir des détails de l'événement; croyances négatives persistantes à l'égard de soi-même, des autres et du monde; émotions négatives persistantes, notamment la culpabilité; incapacité à éprouver des émotions positives
Critère E	- Changements au niveau de l'état d'éveil et de l'activité après l'événement (apparition et aggravation), mis en évidence par la présence de 2 des éléments suivants : - Irritabilité/accès de colère; hypervigilance; comportements imprudents ou autodestructeurs; réaction de sursaut exagérée; difficulté à se concentrer; troubles du sommeil
Critère F	- Les critères B, C, D et E doivent être remplis pendant plus d'un mois après l'événement traumatisant
Critère G	- L'état doit entraîner une détresse ou une altération cliniquement significative pour la personne concernée.
Critère H	- Cette affection ne doit pas être attribuable à des troubles liés à la consommation de substances ou à toute autre affection médicale.

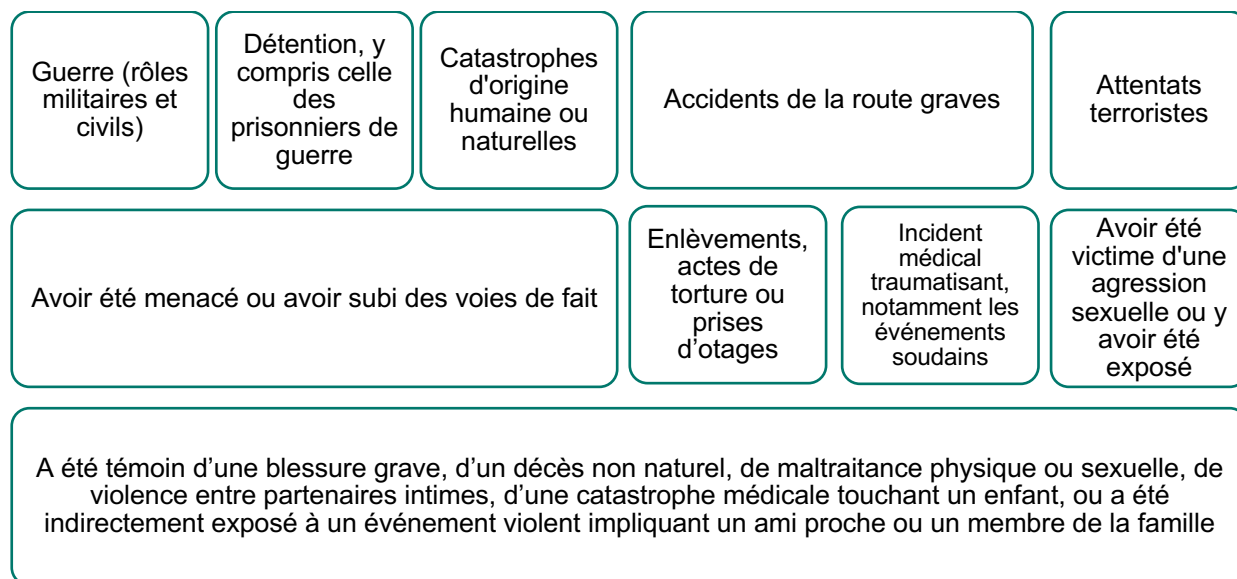
Plusieurs facteurs exposent les individus à un risque accru de développer un SSPT à la suite d'un PPTE, notamment les caractéristiques personnelles, l'environnement professionnel et les événements traumatiques (A. J. Phelps et al., 2022 ; Schnurr et al., 2024 ; Organisation mondiale de la Santé, 2023) . Par exemple, les personnes s'identifiant comme femmes courent un risque plus élevé de développer un SSPT et présentent des symptômes pendant des durées plus longues que les hommes (Association américaine de psychologie, 2017 ; Bisson et al., 2019 ; A. J. Phelps et al., 2022) . Aux États-Unis, les taux de SSPT sont plus élevés chez les personnes de couleur, telles que les personnes d'origine latino-américaine, noires et autochtones, par rapport aux personnes blanches non latino-américaines (American Psychological Association, 2017) .

Certaines conditions de travail exposent les individus à un risque accru d'être témoins d'événements traumatisants liés au travail (PPTE), ce qui peut à son tour entraîner un SSPT (Institut canadien de recherche et de traitement en matière de sécurité publique, 2023) . Par

exemple, le terme « personnel de sécurité publique » (PSP) désigne de manière générale les personnes ayant suivi une formation spécialisée et chargées d'assurer la sûreté et la sécurité du public (Institut canadien de recherche et de traitement en matière de sécurité publique, 2023) . Le PSP comprend les membres des forces armées et du personnel militaire , les pompiers, les policiers, les ambulanciers, le personnel de recherche et de sauvetage, les agents pénitentiaires et des services frontaliers, les responsables autochtones de la gestion des urgences, le personnel du renseignement opérationnel et les communicants en matière de sécurité publique. La nature des carrières au sein des PSP implique des taux plus élevés d'événements traumatisants liés au travail (PPTE) par rapport à la population générale. À ce titre, les PSP courent un risque plus élevé de développer des lésions liées au stress opérationnel (OSI ; troubles de santé mentale liés à des facteurs de stress professionnels) et des lésions liées au stress post-traumatique (PSI ; troubles de santé mentale liés à l'exposition à un PPTE mais ne constituant pas un diagnostic professionnel), en plus du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) (Atlas Institute for Veterans and Families, 2024) .

Outre les caractéristiques personnelles et professionnelles, le fait d'avoir vécu certains incidents peut augmenter le risque de développer un TSPT (American Psychological Association, 2017 ; Bisson et al., 2019 ; A. J. Phelps et al., 2022) . **La figure 3** illustre quelques exemples de ces événements (American Psychological Association, 2017) et **la figure 4** présente un domaine émergent de traumatisme pour de nombreuses personnes à l'échelle mondiale, dû en partie au changement climatique (Patrick et al., 2023) .

FIGURE3 . Exemples d'événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique pouvant entraîner un syndrome de stress post-traumatique



S'il n'est pas traité, le SSPT peut avoir un impact significatif sur la vie des personnes concernées, ainsi que sur celle de leurs proches et de leur entourage. Souvent, les personnes atteintes de SSPT souffrent de relations sociales difficiles et se replient sur elles-mêmes (American Psychological Association, 2017) . La gravité des symptômes peut également entraîner un absentéisme professionnel et, dans certains cas, la perte d'emploi (American

Psychological Association, 2017 ; A. J. Phelps et al., 2022) . Lorsque des personnes présentent des symptômes de SSPT, elles sont plus susceptibles de souffrir également de douleurs physiques chroniques, ce qui affecte leur qualité de vie (Association américaine de psychologie, 2017) . Le SSPT a en outre une incidence sur la santé mentale et augmente le risque que les personnes développent des troubles concomitants tels que des troubles liés à la consommation de substances et la dépression (Association américaine de psychologie, 2017 ; Bisson et al., 2019 ; Katzman et al., 2014 ; National Institute for Health and Care Excellence, 2018 ; A. J. Phelps et al., 2022 ; Schnurr et al., 2024 ; Organisation mondiale de la Santé, 2023) . L'augmentation des troubles de santé mentale s'accompagne également d'un risque accru d'idées suicidaires et/ou de tentatives de suicide concrètes (Ursano et al., 2004) .

FIGURE4 . Dossier de recherche I : Traumatisme climatique et évolution du paysage



Le bassin de Badwater, dans le parc national de la Vallée de la Mort, en Californie, le 7 juillet 2024, où les températures ont atteint 54 °C (129 °F)
Photo : The Associated Press

Une étude australienne récente (2023) a mis en lumière l'impact des changements climatiques sur la santé mentale.

Les catastrophes liées au climat (par exemple, les feux de forêt, les vagues de chaleur et les inondations) ont eu des répercussions importantes sur les personnes qui en ont été victimes.

Environ 25 % des personnes ayant vécu des catastrophes liées au climat ont développé un syndrome de stress post-traumatique (SSPT).

Les personnes n'ayant pas vécu directement ces événements liés au climat ont présenté des symptômes d'éco-anxiété (10 %) et de stress pré-traumatique (16 %).

Les auteurs suggèrent que les changements climatiques continueront de peser sur la santé mentale (Patrick et al., 2023)

Lignes directrices cliniques de bonnes pratiques

Les lignes directrices cliniques de bonnes pratiques (CBPG) sont des documents contenant des recommandations ou des suggestions visant à améliorer la prise en charge des patients dans les établissements de santé (Graham et al., 2011) . Ces lignes directrices découlent généralement d'analyses systématiques des données probantes et sont classées selon un système de notation permettant de déterminer la qualité des preuves. Certaines lignes directrices incluent une évaluation des risques et des avantages d'options thérapeutiques alternatives pour lesquelles les preuves sont moins solides (Graham et al., 2011) . Des lignes directrices fiables doivent :

Traitements du syndrome de stress post-traumatique : analyse de l'état des lieux des recommandations cliniques en matière de bonnes pratiques

1. S'appuyer sur des revues systématiques des données actuelles et existantes
2. Élaborées par un groupe multidisciplinaire d'experts compétents et représentatifs des différents aspects du sujet
3. Prendre en compte les sous-groupes de patients et leurs préférences
4. S'inscrire dans un processus explicite et transparent qui minimise les biais et les conflits d'intérêts
5. Accompagnées d'explications claires et logiques sur les liens entre les différentes options de soins et les résultats de santé, y compris la qualité des données probantes et la force des recommandations
6. Révisées et réexaminées le cas échéant lorsque de nouvelles données probantes significatives sont disponibles et modifient les recommandations (Graham et al., 2011)

Quelle que soit la manière dont les recommandations sont élaborées, la mise en œuvre des CPBG dans la pratique clinique reste un véritable défi (Shekelle & Goldman, 2018) .

L'application de ces recommandations se complique encore davantage lorsque les traitements destinés à une même pathologie présentent des résultats et des conclusions divergents (Bisson et al., 2019) . Au cours de la dernière décennie, de nombreuses organisations internationales, gouvernements nationaux et associations professionnelles ont émis des recommandations qui, bien que se recoupant, ne sont pas identiques concernant les traitements du SSPT. Par exemple, tant l'APA (American Psychological Association, 2017) que l'Association canadienne de psychologie (ACP ; Katzman et al., 2014) recommandent vivement le recours à la thérapie cognitivo-comportementale centrée sur le traumatisme (TCC-T) comme traitement de première intention du SSPT. En revanche, l'Organisation mondiale de la santé (OMS ; Organisation mondiale de la santé, 2023) considère que les données probantes concernant la TF-CBT sont insuffisantes pour justifier une recommandation thérapeutique forte et, de ce fait, la TF-CBT n'est mentionnée que comme une recommandation conditionnelle. De plus, le ministère américain des Anciens combattants et le ministère de la Défense (VA/DoD ; Schnurr et al., 2024) considèrent que les données probantes en faveur de la TF-CBT sont faibles pour le traitement du personnel militaire et des anciens combattants, et d'autres interventions sont recommandées à la place de la TF-CBT. La vignette ci-dessous illustre la variabilité de l'efficacité des traitements du SSPT recommandés par les lignes directrices (Varker et al., 2021) .

FIGURE5 . Dossier de recherche II : Les traitements recommandés par les recommandations ne fonctionnent pas pour tout le monde



Un exemple d'uniformes des Forces armées canadiennes
Photo : Lars Hagberg, La Presse canadienne

Bien que les traitements du TSPT recommandés par les lignes directrices s'appuient sur des données probantes de la plus haute qualité, ils ne garantissent pas le maintien des participants tout au long du traitement.

Les taux d'abandon des traitements du TSPT recommandés par les lignes directrices s'élevaient à 20,9 %.

Les taux d'abandon étaient encore plus élevés chez les personnes ayant subi un traumatisme militaire, atteignant 32,9 %.

Les traitements du TSPT axés sur le traumatisme ont entraîné des taux d'abandon plus élevés dans le cas des traumatismes militaires (34,4 %) que les traitements non axés sur le traumatisme (18,7 %).

Les traitements du TSPT axés sur le traumatisme peuvent être difficiles à supporter lorsqu'il s'agit d'un traumatisme militaire (Varker et al., 2023)

Objectifs et portée

Le présent rapport a pour objectif de résumer les lignes directrices psychologiques émergentes concernant les traitements du SSPT. Plus précisément, cette analyse vise à identifier les éléments communs aux lignes directrices fondées sur la pratique clinique (CBPG) à travers un résumé des recommandations cliniques relatives au traitement du SSPT. La présente recherche s'inscrit dans le cadre d'un projet global plus vaste visant à élaborer des recommandations thérapeutiques spécifiques au Canada pour le TSPT et à mettre à disposition en ligne des informations et des ressources sur le TSPT. Dans ce contexte, la portée de la présente étude consiste à recenser les recommandations existantes et à déterminer les éléments communs aux orientations thérapeutiques recommandées. Le niveau de preuve, les caractéristiques clés des utilisateurs visés, l' ainsi que les modèles progressifs de services et de soutien permettent en outre d'évaluer la qualité des recommandations thérapeutiques.

Les objectifs de la recherche sont les suivants :

1. Identifier et présenter les recommandations thérapeutiques relatives au syndrome de stress post-traumatique (SSPT) issues des recommandations de bonnes pratiques cliniques et fondées sur des données probantes d'efficacité.
2. Distinguer et décrire les éléments communs aux lignes directrices relatives au traitement du SSPT figurant dans les ressources d'orientation publiées.

3. Évaluer la qualité et le niveau de preuve des recommandations thérapeutiques relatives au SSPT, caractériser les traits distinctifs des utilisateurs visés par ces traitements, et différencier les modèles progressifs de prise en charge, allant des services de santé publique généraux aux services de santé mentale hautement intensifs dédiés au SSPT.



Représentation artistique de la transmission synaptique.

Crédit photo : Christina Sumners, Centre des sciences de la santé de l'Université Texas A&M

Méthodes

Stratégie de recherche, sélection et extraction des données

Recommandations cliniques

Une recherche de travaux empiriques relatifs aux recommandations cliniques a été menée à l'aide de moteurs de recherche réputés, notamment EMBASE, PsycINFO, MEDLINE, ClinicalKey, DynaMed et Trip Medical Database. Les recherches initiales ont été limitées à la langue anglaise. Une décision ultérieure a restreint la recherche aux 20 dernières années (depuis 2004).

La première partie de la recherche a porté sur toutes les variantes du terme « PTSD », y compris les synonymes de « trouble » tels que « lésion » ou « névrose », ainsi que toute combinaison de ces termes dans les titres, les résumés, les mots-clés et les mots-clés des auteurs. Le deuxième critère de filtrage consistait à rechercher, dans les titres et les types de publication, les termes « recommandations », « traitements », « cliniques » et « pratique », ainsi que toute combinaison de ces termes. **Le tableau 1** répertorie les termes de recherche

généraux, et l'**annexe A** fournit la terminologie exacte utilisée pour la recherche. La recherche s'est déroulée entre le 23 mai 2024 et le 23 juillet 2024.

TABLEAU1 . Termes généraux de recherche dans les bases de données pour le SSPT et les recommandations cliniques

Termes de recherche	Termes de recherche
TSPT (spécifique)	• Trouble(s) de stress post-traumatique et/ou post-traumatique(s), • TSPT
TSPT (connexe)	• Névroses post-traumatiques et/ou post-traumatiques, • Lésions post-traumatiques et/ou liées au stress post-traumatique, • Blessures morales
Lignes directrices	• Cliniques, • de pratique, • Lignes directrices, • Traitement(s) • Meilleures pratiques, • pratique clinique, • Traitement(s) ou pratique(s) ou clinique(s), • Recommandations ou lignes directrices

Les moteurs de recherche ont réduit les résultats à 128 (EMBASE), 89 (PsycINFO), 109 (MEDLINE) et 209 (Trip Medical Database), respectivement. Deux moteurs de recherche ont fourni des résultats ainsi que des synthèses des données probantes issues de 44 études (ClinicalKey) et de 104 études (Dynamed).

Après suppression des études en double, les articles ont été sélectionnés selon les critères d'inclusion et d'exclusion présentés dans **le tableau 2**.

TABLEAU2 . Critères d'inclusion et d'exclusion pour les recommandations relatives au SSPT

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Axées sur les recommandations thérapeutiques relatives au SSPT	Recommandations non spécifiques aux traitements du SSPT
Adultes (18 ans et plus)	Enfants et adolescents (moins de 18 ans)
Traitements et interventions psychosociaux	Traitements pharmacologiques ou à base de cannabis
Lignes directrices spécifiques aux traitements du SSPT	Axées sur le respect des recommandations, les orientations de recherche, les directives de formation ou l'élaboration d'outils d'évaluation du SSPT
Publiées en anglais	Publiés dans d'autres langues que l'anglais
Publiés entre 2004 et 2024	Publiés avant 2004

Les articles en double représentaient 244 des 683 études initiales et ont par la suite été supprimés des listes de résultats des moteurs de recherche. Outre les critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessus, les entrées de la liste ont également été supprimées s'il s'agissait de prises de position ou d'articles d'opinion, de lettres éditoriales, de livres ou de critiques de livres, ainsi que de résumés ou d'actes de colloques. **La figure 6** présente un diagramme de flux modifié, conforme aux « Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses » (PRISMA ; Page et al., 2021) , indiquant le nombre d'études incluses et exclues ainsi que les motifs d'exclusion de ces études.

Boîtes à outils liées aux traumatismes

Une recherche supplémentaire a été menée pour recenser les boîtes à outils liées aux traumatismes disponibles en ligne et financées par des organismes gouvernementaux canadiens. Ces recherches ont été effectuées à l'aide de Google et limitées à la langue anglaise.

La recherche s'est concentrée sur l'inclusion : 1) de termes liés au SSPT (SSPT, post-traumatique, traumatisme), 2) de termes liés aux boîtes à outils (boîte à outils, ressources, meilleures pratiques, adaptation), et 3) au Canada (Canada, canadien). Afin de nous assurer d'identifier les boîtes à outils financées par le gouvernement, nous avons également inclus les organismes de financement dans nos termes de recherche (Agence de la santé publique du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada). La période de recherche s'est étendue de décembre 2024 à mars 2025.

Analyses

L'analyse des recommandations comportait deux volets : d'une part, une analyse thématique des recommandations et, d'autre part, une évaluation de la qualité et de la cohérence des données probantes utilisées pour leur élaboration. Les thèmes abordés comprenaient les principaux utilisateurs visés, le type d'intervention, le niveau de force des recommandations

(voir ci-dessous), l'objet des recommandations (par exemple, le SSPT, la santé mentale après un traumatisme, des blessures ou des maladies), la nature des résultats (par exemple, positifs, négatifs, mitigés ou non significatifs), les principes d'équité et de diversité, les informations relatives aux coûts et le niveau de prise en charge par paliers (par exemple, intervention de santé publique générale, services formels de prise en charge du SSPT ou services hautement intensifs de prise en charge du SSPT ; (. La qualité des données probantes des recommandations a été évaluée à l'aide de la pyramide des niveaux de preuve, présentée dans **les figures 7 et 8** ; la qualité des données probantes augmente à mesure que les informations sont davantage filtrées, comme c'est le cas pour les revues systématiques, les méta-analyses et les thèmes faisant l'objet d'une évaluation critique. **La figure 9** présente les niveaux de soutien échelonnés pour les traitements du SSPT. Enfin, un score de six correspondait au facteur de fiabilité « » (épreuve de l'épreuve), basé sur les recommandations pour l'élaboration de lignes directrices cliniques fondées sur les preuves (CBPG) fiables, figurant dans **le tableau 5** (Graham et al., 2011) .

Chaque traitement recommandé par les lignes directrices est classé selon le niveau de force de la recommandation, en fonction de l'association, de l'organisation, de l'institution ou de l'organisme gouvernemental à l'origine de ces lignes directrices. Il existe trois niveaux de recommandations pour les traitements (forte, conditionnelle, faible) et une catégorie déconseillant certains traitements. Les lignes directrices sont présentées dans un ordre général allant des recommandations fortement préconisées à celles qui sont déconseillées.

FIGURE6 . Diagramme de flux d'inclusion et d'exclusion de l'étude PRISMA modifié (Page et al., 2021)

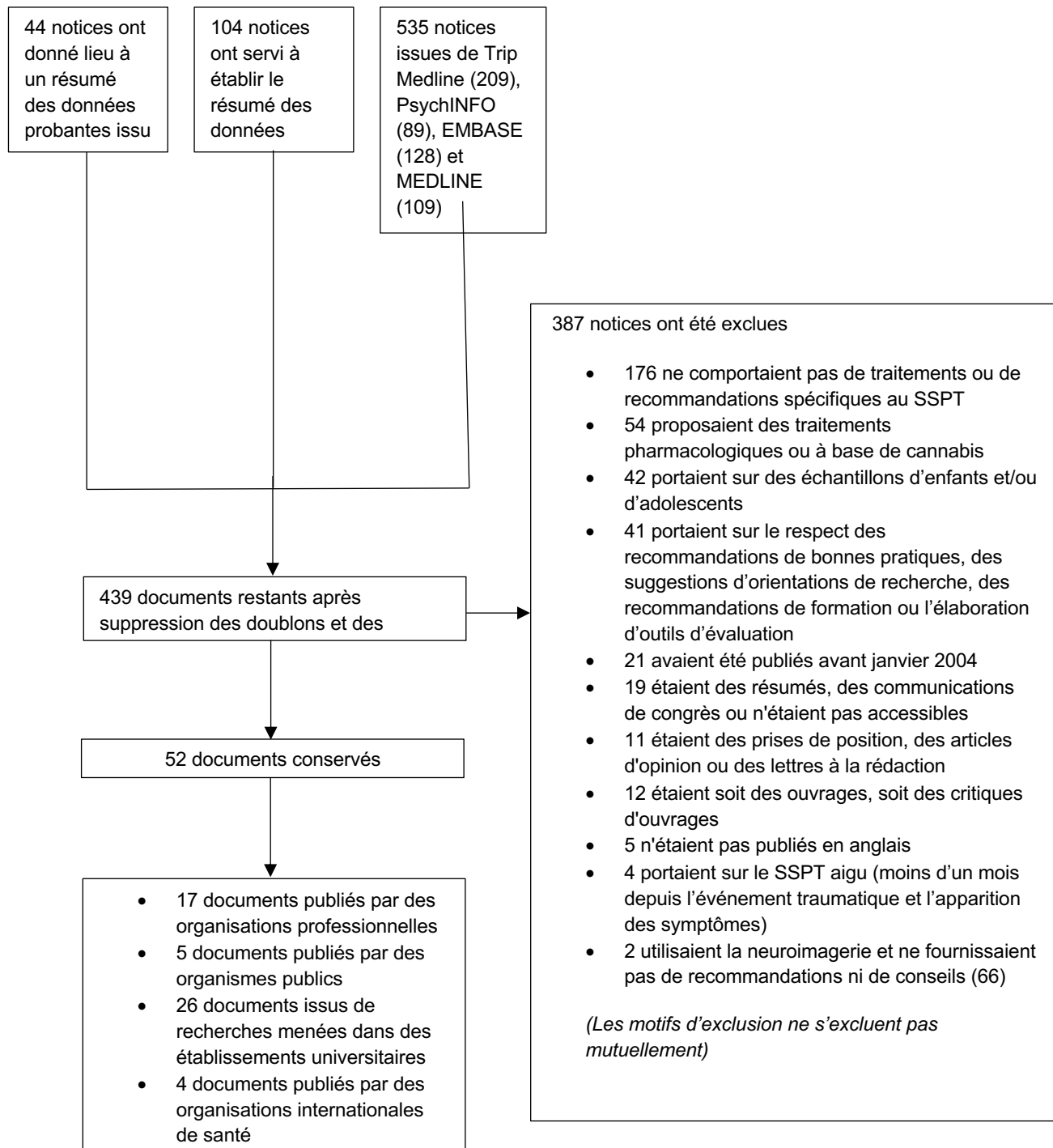


FIGURE7 . Pyramide des niveaux et de la qualité des preuves scientifiques

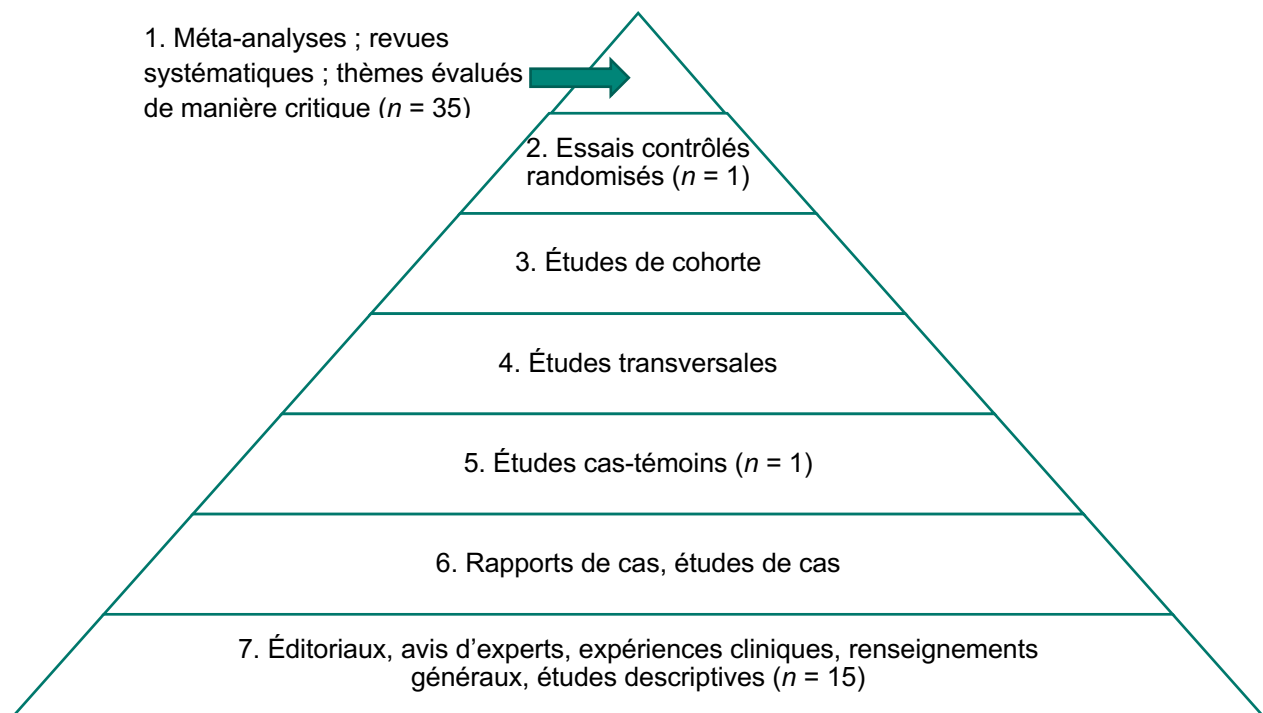
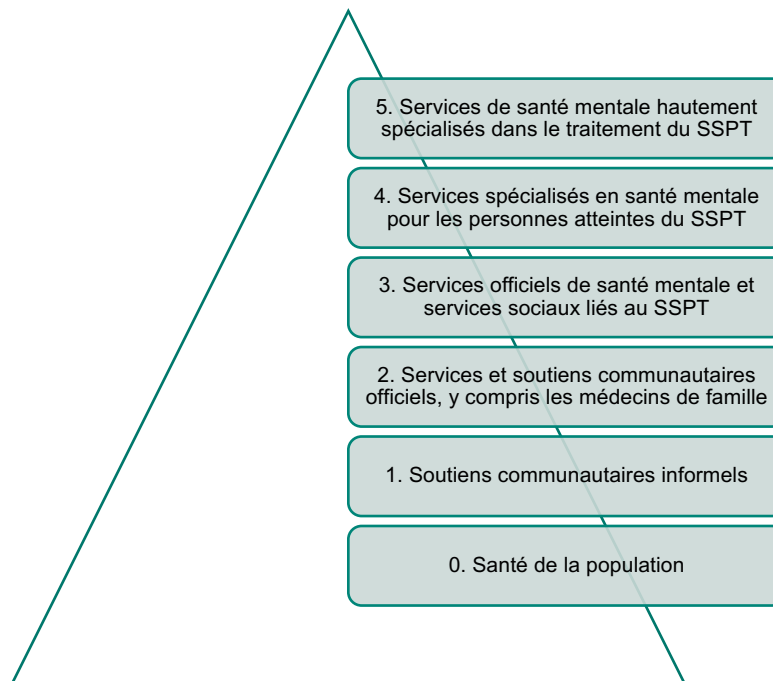


FIGURE8 . Niveau de preuve selon la conception et le type d'étude

Niveau de preuve	Étude Conception	Étude Type	n
I	Méta-analyses, revues systématiques, thèmes évalués de manière critique	Revue structurée	31
II	Essais contrôlés randomisés	Expérimentaux	1
III	Études de cohorte	Observationnelles	0
IV	Études transversales	Observationnelles	0
IV	Études cas-témoins	Observationnelles	1
V	Rapports de cas, études de cas	Observations	0
VI	Éditoriaux, avis d'experts, expériences cliniques, informations générales, études descriptives	Descriptif	19

FIGURE9 . Modèle de soins par paliers pour les traitements échelonnés du SSPT



Résultats

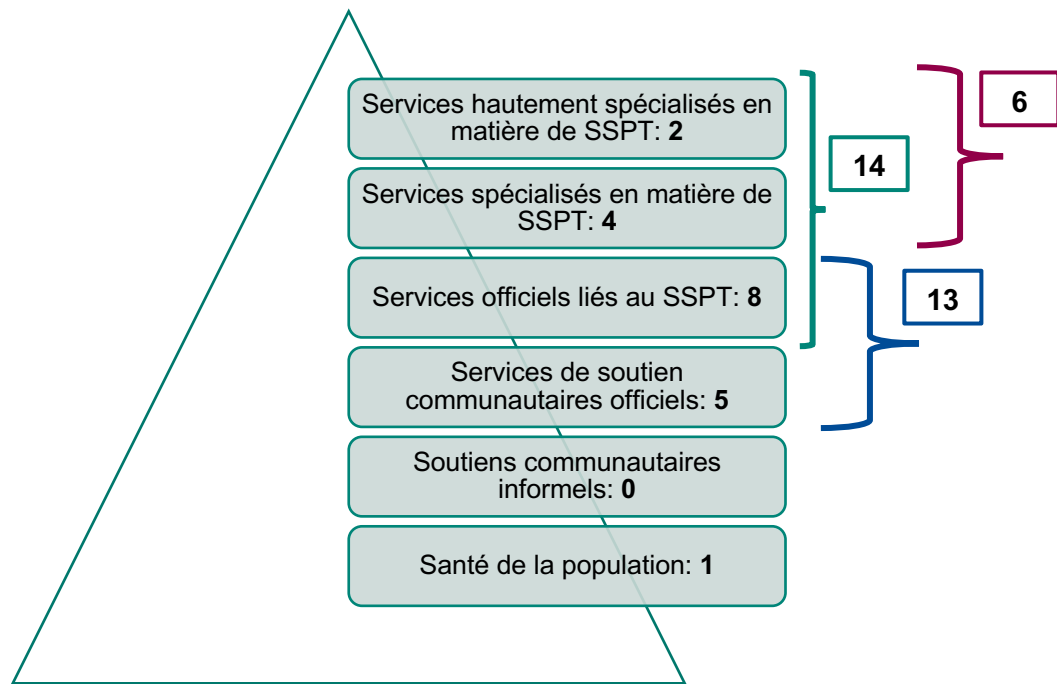
Caractéristiques des études

À l'issue de la sélection, 52 articles répondaient aux critères d'inclusion de la présente analyse. La plupart des articles ($n = 35$; 67 %) étaient soit des méta-analyses, soit des revues systématiques, soit des données évaluées de manière critique. Un article présentait un plan d'essai contrôlé randomisé (ECR) et un autre utilisait un plan d'étude cas-témoins. Toutes les autres études étaient des études descriptives, des éditoriaux ou des avis d'experts ($n = 15$; 29 %).

Bien que la plupart des études aient adopté une approche de méta-analyse ou de revue systématique, toutes les recherches ne présentaient pas un niveau de preuve élevé. Selon la pyramide des niveaux de preuve (voir **figure 8**), 31 (60 %) ont été classées au niveau I, soit « très élevé ». Quatre revues systématiques n'ont pas appliqué les données probantes évaluées aux recommandations, mais se sont appuyées sur les avis d'autorités reconnues et de groupes d'experts en réponse aux résultats de la recherche. Au total, $n = 19$ (37 %) études constituaient des données probantes descriptives de faible niveau, consistant en des avis d'experts ou des recommandations de comités. L'essai randomisé contrôlé (ERC) a fourni des données probantes expérimentales de haut niveau, tandis que l'étude cas-témoins a présenté des données probantes observationnelles de faible niveau.

L'approche par paliers des soins de santé mentale variait d'une étude à l'autre. Plus de la moitié ($n = 33$; 63 %) des recommandations proposaient une gamme de prises en charge en fonction de la gravité des symptômes, allant des services communautaires formels aux services spécialisés dans le SSPT ($n = 13$), des services spécialisés aux services hautement intensifs pour le SSPT ($n = 6$), et des prises en charge formelles aux prises en charge hautement intensives pour le SSPT ($n = 14$).

FIGURE 10 . Modèle de soins par paliers pour les recommandations examinées relatives au traitement du SSPT.



Les recommandations relatives au SSPT sont divisées en trois sections : les recommandations existantes sur le SSPT, les revues systématiques des recommandations sur le SSPT et les modèles de soins intégrés intégrant ces recommandations.

Lignes directrices relatives aux traitements du syndrome de stress post-traumatique

Parmi les lignes directrices relatives au SSPT, cinq sont fréquemment citées :

- Association américaine de psychologie (APA ; Association américaine de psychologie, 2017) ,
- La Société internationale pour l'étude du stress traumatique (ISTSS ; Bisson et al., 2019) ,
- Phoenix Australia, sous l'égide du Conseil national de la santé et de la recherche médicale (Phoenix ; A. J. Phelps et al., 2022) ,
- L'Institut national pour la santé et l'excellence clinique (NICE ; National Institute for Health and Care Excellence, 2018) ,
- ainsi que le Département américain des Anciens combattants/Département de la Défense (VA/DoD, publié initialement en 2023 ; (Schnurr et al., 2024) .

Nous avons inclus deux autres recommandations rédigées par l'Association canadienne de psychologie (ACP ; Katzman et al., 2014) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS ; Organisation mondiale de la santé, 2023) . L'année de publication s'étendait de 2014 à 2023. Depuis leur publication initiale, deux organisations ont mis à jour leurs recommandations sur la base de nouvelles données : Phoenix en 2021 (Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health, 2021) et le NICE en 2024 (National Institute for Health and Care Excellence, 2018) . Compte tenu du nombre et de la diversité des traitements recommandés, de brèves descriptions des interventions figurent à **l'annexe B**.

Parmi les sept recommandations les plus citées concernant le SSPT ($n = 6$; 86 %), la plupart recommandaient fortement que le traitement de première intention soit la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Plus précisément, cinq d'entre elles recommandaient la TCC centrée sur le traumatisme (TF-CBT), qui comprend une exposition progressive et spécifique à l'expérience traumatique. Seule l'OMS a recommandé la TF-CBT sous réserve, en soulignant que le niveau de certitude des données probantes était « faible », notamment en ce qui concerne la généralisation à des populations de pays à revenus faibles et intermédiaires. Parmi les autres interventions fortement recommandées figuraient l'exposition prolongée (PE ; $n = 6$; 86 %), la thérapie de traitement cognitif (CPT ; $n = 5$; 71 %) et la thérapie cognitive (CT ; $n = 4$; 57 %).

Les recommandations des lignes directrices variaient pour deux interventions courantes, la désensibilisation et le retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) et la thérapie par exposition narrative (NET). La CPA, l'ISTSS, Phoenix et le VA/DoD ont fortement

recommandé l'EMDR comme traitement du SSPT. Le NICE a recommandé l'EMDR à la fois fortement et sous certaines conditions, en fonction du temps écoulé depuis l'événement traumatique et du type de traumatisme (c'est-à-dire fortement recommandé plus de trois mois après un traumatisme de combat et recommandé sous certaines conditions entre 1 et 3 mois après un traumatisme non lié au combat). Seul le NICE a fortement recommandé la mise en œuvre de la NET. Un résumé de la force des recommandations et des traitements est présenté dans le **tableau 3. L'annexe C** résume visuellement les traitements suggérés en fonction de la force de la recommandation

TABLEAU3 . Résumé des traitements et du niveau de recommandation issus des lignes directrices existantes sur le SSPT

	APA, 2017	CPA, 2014	ISTSS, 2019	Phoenix, 2020	OMS, 2023	NICE, 2018	VA/DoD, 2023
Recommandations fortes	Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)	TCC (individuelle et en groupe)	TCC axée sur les traumatismes (individuelle)	TCC axée sur les traumatismes	Sans objet	TCC axée sur les traumatismes, comprenant : • Thérapie de traitement cognitif • Thérapie cognitive • Exposition prolongée • Thérapie par exposition narrative	Thérapies axées sur les traumatismes, notamment : • Thérapie par traitement cognitif • L'exposition prolongée • Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires
	Thérapie par traitement cognitif	TCC axée sur les traumatismes (individuelle et en groupe)	Thérapie par traitement cognitif	Thérapie par traitement cognitif			
	Thérapie cognitive		Thérapie cognitive	Thérapie cognitive			
			Exposition prolongée	Exposition prolongée			
	Exposition prolongée	Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires	Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires	Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires			
		Thérapie de gestion du stress		Prise en charge par paliers			
	Recommandations conditionnelles	Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires	TCC virtuelle	TCC		TCC virtuelle axée sur les traumatismes	

	Thérapie d'exposition narrative		Thérapie d'exposition narrative	TCC axée sur les traumatismes (en groupe)	TCC axée sur le traumatisme en ligne	après une thérapie non liée au combat)	Thérapie par exposition narrative
				Thérapie par exposition narrative	Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires		Psychothérapie éclectique brève
				Lorsque les traitements axés sur le traumatisme ne parviennent pas à réduire les symptômes, des interventions non axées sur le traumatisme sont envisagées	Thérapie de gestion du stress		Psychoéducation
				• Thérapie centrée sur le présent • Entraînement à l'inoculation du stress			Entraînement à l'inoculation du stress
Psychothérapie éclectique brève		Thérapie par réalité virtuelle	Thérapie centrée sur le présent				
Recommandations peu fondées ou émergentes	Sans objet	Sans objet	TCC axée sur les traumatismes (couples et groupes)	TCC axée sur les traumatismes (couples, séance unique et groupe)	Sans objet	Sans objet	TCC d'Ehler pour le SSPT
			TCC (séance unique)	TCC			Thérapie centrée sur le présent
			Reconsolidation des souvenirs traumatiques	Reconsolidation des souvenirs traumatiques			Thérapie d'exposition par écrit
			Thérapie d'exposition écrite	Thérapie d'exposition par écrit			Réduction du stress basée sur la pleine conscience
			Thérapie par réalité virtuelle	Thérapie par réalité virtuelle			
				Thérapie métacognitive			
			Recommandations contre	la recherche de sécurité			Debriefing psychologique en tant qu'intervention précoce
Techniques de relaxation	Psychothérapie éclectique brève						
	Psychoéducation						
		Entraînement à la relaxation					
Remarques : APA = American Psychological Association ; CPA = Association canadienne de psychologie ; ISTSS = International Society for Traumatic Stress Studies ; Phoenix = Phoenix Australia, sous l'égide du National Health and Medical Research Council ; OMS = Organisation mondiale de la santé (Programme d'action pour combler les lacunes en matière de santé mentale) ; NICE = National Institute for Health and Care Excellence ; VA/DoD = Département des Anciens combattants et Département de la Défense des États-Unis							

Cinq des sept organisations ont émis des recommandations contre certains traitements, le plus souvent contre le débriefing psychologique. Plus précisément, les lignes directrices du NICE (2018) stipulaient :

Traitements du syndrome de stress post-traumatique : analyse de l'état des lieux des recommandations cliniques en matière de bonnes pratiques

« Les données disponibles concernant le débriefing à orientation psychologique, qu'il soit individuel ou en groupe, n'ont montré aucun bénéfice pour les enfants ou les adultes, et laissent même entrevoir des résultats moins favorables que l'absence de traitement. Le comité a convenu que le débriefing à orientation psychologique ne devait pas être proposé. Proposer une intervention inefficace peut être considéré comme préjudiciable, car cela revient à priver les personnes de l'accès à une autre intervention dont les bénéfices sont mieux étayés par les données scientifiques ».

Parmi les autres interventions que les recommandations ne préconisent pas comme traitements du SSPT figurent la relaxation (par exemple, ; Bisson et al., 2019 ; Katzman et al., 2014) , la recherche de sécurité (Katzman et al., 2014) , et la psychoéducation seule (Bisson et al., 2019) . Un bref résumé des recommandations concernant certains traitements figure dans **le tableau 3**.

Outre un résumé des points forts des recommandations des lignes directrices, nous avons examiné les utilisateurs visés, la qualité des données probantes et certains éléments tels que les facteurs d'équité, de diversité et d'inclusion (EDI) ainsi que les informations relatives aux coûts. La population adulte générale constituait la catégorie d'utilisateurs la plus courante, comme le mentionnent six des sept lignes directrices examinées. Les recommandations du VA/DoD visaient à traiter le personnel militaire et les anciens combattants ; celles du NICE et de Phoenix comportaient également des sous-sections consacrées aux traitements du SSPT chez les militaires. Le CPA et Phoenix proposaient en outre des recommandations spécifiques à certaines populations, notamment, mais sans s'y limiter, les femmes pendant la grossesse et la période post-partum, les personnes âgées, les populations autochtones, les victimes d'actes criminels et les réfugiés.

Toutes les recommandations publiées présentaient des niveaux de preuve très élevés, établis à partir de revues systématiques et évalués par des comités d'experts. Chaque organisation a présenté des données probantes allant soit dans le sens des traitements recommandés, soit à leur encontre, soit ni en faveur ni contre ceux-ci. Les recommandations étaient moins cohérentes en ce qui concerne les éléments EDI. La CPA, l'OMS et Phoenix ont pris en compte les facteurs EDI lors de l'élaboration de leurs recommandations, notamment la sensibilité à l'âge, au sexe et au genre, ainsi qu'aux aspects culturels et socio-économiques. Aucun coût de traitement spécifique n'a été fourni au-delà de la charge que représente le SSPT pour les systèmes de santé et la gestion des ressources. Voir **le tableau 4** pour le résumé des éléments des recommandations, des données probantes et des utilisateurs. **La figure 11** apporte un éclairage supplémentaire sur les considérations supplémentaires relatives aux recommandations sur le SSPT (American Psychological Association, 2018, 2019 ; Nakamura et al., 2022) .

TABLEAU4 . Résumé des utilisateurs, des données probantes et des éléments issus des recommandations existantes sur le SSPT

	APA, 2017	CPA, 2014	ISTSS, 2019	Phoenix, 2020	OMS, 2023	NICE, 2018	VA/DoD, 2023
Principaux utilisateurs visés par le traitement	Adultes de la population générale	Adultes de la population générale	Adultes de la population générale	Adultes de la population générale	Adultes de la population générale	Adultes de la population générale	Personnel militaire et anciens combattants
Autres personnes suivant un traitement		- Femmes enceintes et en période post-partum - Personnes âgées		- Populations autochtones - PSP - Militaires et anciens combattants - Personnes âgées - Victimes d'actes criminels, de violences conjugales - Causes (catastrophes, blessures traumatiques, agressions, terrorisme) - Réfugiés		Militaires et anciens combattants	
Méthodes de recherche	Revue systématique et recommandations d'experts	Revue systématique et recommandations d'experts	Revue systématique et recommandation d'experts	Revue systématique et recommandations d'experts	Revue systématique et recommandations d'experts	Revue systématique, recommandations d'experts et témoignages de personnes ayant vécu ou vivant actuellement cette expérience	Revue systématique et recommandations d'experts
Niveau de preuve	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé
Éléments fournis	Mitigées (positives, négatives et non significatives)	Mitigées (positives, négatives et non significatives)	Mitigées (positives, négatives et non significatives)	Mitigées (positives, négatives et non significatives)	Mitigées (positives, négatives et non significatives)	Mixte (positif, négatif et non significatif)	Mixte (positif, négatif et non significatif)
Modèle de traitement par étapes	Gamme de services de santé mentale formels, spécialisés et hautement intensifs dédiés au SSPT	Gamme de services de santé mentale formels, spécialisés et hautement intensifs pour le SSPT	Gamme de services de santé mentale formels, spécialisés et hautement intensifs dédiés au SSPT	Gamme de services de santé mentale formels, spécialisés et hautement intensifs pour le TSPT	Gamme de services de santé mentale spécialisés et hautement intensifs pour le TSPT	Gamme de services de santé mentale officiels, spécialisés et hautement intensifs pour le TSPT	Gamme de services de santé mentale formels, spécialisés et hautement intensifs pour le TSPT
Éléments de l'EDI	Non	Oui – éléments liés à l'âge, au sexe et au genre	Non	Oui – éléments liés à l'âge, au sexe, au genre, à la culture et à l'origine ethnique	Oui – considérations économiques et éducatives (alphabétisation)	Non	Non
Chiffre des coûts fourni	Non	Non	Non	Oui – coût des charges pesant sur le	Oui – rapport coût-efficacité et utilisation	Non	Non

				système de santé par rapport au retour sur investissement des traitements	des ressources en fonction du statut socio-économique		
Remarque : PSP = Personnel de sécurité publique ; APA = Association américaine de psychologie ; CPA = Association canadienne de psychologie ; ISTSS = Société internationale pour l'étude du stress traumatique ; Phoenix = Phoenix Australia, sous l'égide du Conseil national de la santé et de la recherche médicale ; OMS = Organisation mondiale de la santé (Programme d'action pour combler les lacunes en matière de santé mentale) ; NICE = Institut national pour l'excellence en matière de santé et de soins ; VA/DoD = Ministère des Anciens combattants et ministère de la Défense des États-Unis							

FIGURE11 . Dossier de recherche III : Lignes directrices de l'APA pour le traitement du SSPT adaptées aux caractéristiques spécifiques de la population



Photo gracieusement fournie par Safe Haven Counselling

L'APA élabore des lignes directrices pour diverses pratiques psychologiques; dans certains cas, les lignes directrices relatives au traitement du TSPT sont adaptées aux caractéristiques spécifiques de certaines populations.

L'APA recommande que les traitements du TSPT destinés aux personnes appartenant à des minorités sexuelles intègrent des objectifs tenant compte des traumatismes ainsi que des thèmes liés à la discrimination. (Nakamura, 2021)

Pour les personnes en situation de marginalisation économique, la forte prévalence des traumatismes et du stress nécessite des traitements tenant compte des traumatismes. (APA, 2019)

Chez les hommes, il est important d'évaluer les traumatismes liés aux normes de la masculinité cisgenre; les traitements du TSPT tenant compte des questions de genre et exigeant une responsabilisation comportementale se sont avérés efficaces (APA, 2018)

En nous appuyant sur les recommandations de Graham et al. (2011) concernant les critères de fiabilité des CBPG, nous avons évalué les recommandations en fonction de chaque facteur, sur une échelle maximale de six (voir **tableau 5**). Les scores les plus élevés indiquaient une plus grande confiance dans la qualité des recommandations. Deux organismes ont obtenu des scores très élevés de 6/6 : Phoenix et le NICE. Leurs scores étaient plus élevés en raison des révisions qu'ils ont effectuées à mesure que de nouvelles informations et données

Traitements du syndrome de stress post-traumatique : analyse de l'état des lieux des recommandations cliniques en matière de bonnes pratiques

probantes devenaient disponibles. Trois des sept organismes (l'APA, la CPA et l'ISTSS) n'ont pas intégré les préférences thérapeutiques des patients comme des aspects à part entière des traitements du SSPT. Ces recommandations mentionnaient toutes l'importance des préférences thérapeutiques des patients, mais n'incluaient pas spécifiquement cet élément dans les CBPG. À l'inverse, Phoenix (2020) a prévu des sections intitulées « Préférences et valeurs » au sein de chaque recommandation (voir **figure 12**), qui présentent les traitements traditionnellement privilégiés ainsi que les alternatives recommandées.

TABLEAU5 . Scores de fiabilité basés sur les recommandations de Graham et al. (2011) concernant les lignes directrices actuelles sur le traitement du SSPT

	APA, 2017	CPA, 2014	ISTSS, 2019	Phoenix, 2020	OMS, 2023	NICE, 2018	VA/DoD, 2023
Sur la base d'analyses systématiques des données existantes	1	1	1	1	1	1	1
Évalué par un comité d'experts pluridisciplinaire, représentatif de divers domaines	1	1	1	1	1	1	1
Adapté aux sous-groupes de patients et à leurs préférences	0	0	0	1	1	1	1
Intégré dans un processus de développement transparent	1	1	1	1	1	1	1
Contient des liens logiques entre les soins alternatifs et les résultats, étayés par des données probantes	1	1	1	1	1	1	1
Révisé à mesure que de nouvelles informations et preuves sont disponibles	0	0	0	1	0	1	0
Total	4	4	4	6	5	6	5
<i>Remarque : APA = American Psychological Association ; CPA = Association canadienne de psychologie ; ISTSS = International Society for Traumatic Stress Studies ; Phoenix = Phoenix Australia, sous l'égide du National Health and Medical Research Council ; OMS = Organisation mondiale de la santé (Programme d'action pour combler les lacunes en matière de santé mentale) ; NICE = National Institute for Health and Care Excellence ; VA/DoD = Département des Anciens combattants et Département de la Défense des États-Unis</i>							

FIGURE12 . Exemple tiré de la section « Préférences et valeurs » du guide de traitement du SSPT par l'EMDR publié par Phoenix (2022)

Traduction :

La plupart des patients seraient disposés à suivre une thérapie EMDR, compte tenu de ses bienfaits et de l'absence d'effets indésirables signalés.

Les préférences des patients et la disponibilité de traitements spécifiques sont susceptibles d'orienter le choix de l'un des traitements recommandés (TFC-T, TPC, TC, EP, EMDR) pour les adultes atteints de TSPT.

L'EMDR peut convenir aux patients qui préfèrent un traitement moins « cognitif » et qui préfèrent ne pas avoir à faire de devoirs à la maison.

Preference and values

Most patients would be willing to undergo EMDR, given the benefits and no reported harms.

Patient preferences and the availability of specific treatments are likely to guide selection of one of the recommended treatments (TF-CBT, CPT, CT, PE, EMDR) for adults with PTSD.

EMDR may suit patients who prefer a less 'cognitive' treatment, and who prefer not to engage in homework assignments.

Revue systématique des recommandations thérapeutiques relatives au SSPT

Plusieurs équipes de recherche universitaires et associations professionnelles ont procédé à une revue systématique des recommandations existantes en matière de traitement du SSPT (Billings et al., 2023 ; De Jongh et al., 2016 ; Greer et al., 2019 ; Guimarães et al., 2022 ; Hamblen et al., 2019 ; Kowalski et al., 2023 ; Martin et al., 2021 ; Varker et al., 2021 ; von der Warth et al., 2020) . De nombreuses revues incluait tout ou partie des sept recommandations décrites ci-dessus. Les dates de publication de ces revues systématiques s'étendaient de 2016 à 2024.

Sur les neuf revues systématiques, six (67 %) soutenaient la recommandation forte en faveur de la TCC comme traitement de première intention, cinq d'entre elles (56 %) précisant en outre qu'il s'agissait d'une TCC axée sur le traumatisme (TF-CBT). Une revue systématique (par exemple, Varker et al., 2021) *déconseillait* la TF-CBT, en particulier pour le personnel militaire et les anciens combattants ayant subi un traumatisme lié au service. Varker et al. ont indiqué que les traitements axés sur le traumatisme présentaient des taux d'abandon significativement plus élevés chez les populations militaires par rapport à celles suivant des thérapies non axées sur le traumatisme (par exemple, 34 % contre 19 %) et aux populations civiles suivant des traitements axés sur le traumatisme (33 % contre 20 %).

D'autres revues ont appuyé la recommandation forte en faveur de trois interventions, à savoir l'exposition progressive (PE) ($n = 5$; 56 %), l'EMDR ($n = 4$; 44 %) et la thérapie cognitive de l'exposition (CPT) ($n = 3$; 33 %).

Traitements du syndrome de stress post-traumatique : analyse de l'état des lieux des recommandations cliniques en matière de bonnes pratiques

Une revue a soutenu la recommandation forte en faveur de la thérapie d'exposition écrite (De Jongh et al., 2016) en tant que thérapie axée sur le traumatisme visant à améliorer la dérégulation émotionnelle associée au SSPT complexe. Cette même revue systématique a déconseillé les traitements par phases pour les personnes présentant un SSPT complexe. Plus précisément, la stabilisation de la régulation émotionnelle avant de participer à une intervention retarde les traitements qui pourraient en réalité favoriser les comportements de régulation. **Le tableau 6** présente le résumé des revues systématiques des recommandations sur le SSPT.

TABLEAU6 . Résumé des traitements et de la force des recommandations issues des revues systématiques des recommandations existantes sur le SSPT

	Billings et al., 2023	de Jongh et al., 2016	Greer et al., 2019	Guimarães et al., 2022	Hamblen et al., 2019	Kowalski et al., 2024	Martin et al., 2021	Varker et al., 2021	von der Warth et al., 2020
Recommandatio ns fortes	<i>Sans objet</i>	Thérapies axées sur les traumatismes, notamment • l'exposition prolongée • La désensibilisati on et le retraitement par les mouvements oculaires • Thérapie d'exposition écrite	<i>Sans objet</i>	Éléments de TCC axée sur les traumatismes, notamment • la thérapie par traitement cognitif • Thérapie cognitive • L'exposition prolongée • Désensibilisati on et retraitement par les mouvements oculaires	Thérapies axées sur les traumatismes, notamment • la TCC • Thérapie de traitement cognitif • Thérapie cognitive • Exposition prolongée • Désensibilisati on et retraitement par les mouvements oculaires	TCC associée à • thérapie d'exposition prolongée et • la désensibilisati on et le retraitement par les mouvements oculaires	TCC	<i>Sans objet</i>	TCC axée sur les traumatismes TCC axée sur les traumatismes Thérapie de traitement cognitif axée sur les traumatismes Exposition prolongée axée sur les traumatismes Désensibilisati on et retraitement par les mouvements oculaires axés sur les traumatismes
							TCC axée sur les traumatismes		
							Thérapie de traitement cognitif axée sur les traumatismes		
							Exposition prolongée axée sur les traumatismes		
							Désensibilisati on et retraitement par les mouvements oculaires axés sur les traumatismes		
Recommandatio ns conditionnelles	Interventions basées sur la TCC	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	Thérapie d'exposition narrative	Thérapie d'exposition narrative	<i>Sans objet</i>	Thérapie cognitive	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>
	Désensibilisati on et retraitement par les mouvements oculaires				Psychothérapie éclectique brève				
					Thérapies virtuelles axées sur les traumatismes		Thérapie par répétition mentale		
Recommandatio ns peu fondées ou émergentes	Débriefing après un incident critique	<i>Sans objet</i>	Thérapie par traitement cognitif	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>

	Gestion du stress lié aux incidents critiques		Thérapie par exposition prolongée						
	Gestion des risques liés aux traumatismes		Thérapie d'acceptation et d'engagement						
	Premiers secours psychologiques		Thérapie centrée sur le présent						
	Thérapie de groupe		Exposition prolongée associée à la thérapie centrée sur le présent						
Recommandations contre	un débriefing générique	Stabilisation préalable au traitement	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	Psychothérapies axées sur les traumatismes liés au service militaire	<i>Sans objet</i>

Comme pour les recommandations existantes sur le traitement du SSPT, nous avons examiné les utilisateurs ciblés, les données probantes et les éléments pris en compte. Six des neuf revues systématiques (67 %) fournissaient des recommandations destinées à la population adulte générale, deux faisaient état de traitements destinés au personnel militaire et aux anciens combattants, et une portait sur la prise en charge des adultes atteints de SSPT complexe. Parmi les autres groupes cibles mentionnés dans les revues systématiques figuraient les militaires (par exemple, Martin et al., 2021 ; Varker et al., 2021) , les guichetiers de banque, les employés de supérettes et les travailleurs sociaux (Billings et al., 2023) , ainsi que les personnes souffrant de lésions cérébrales traumatiques (LCT ; Greer et al., 2019) .

Toutes les revues publiées présentaient des niveaux de preuve très élevés en raison de leur conception méthodologique (c'est-à-dire des revues systématiques) et, à ce titre, ne sont pas incluses dans le tableau. Chaque revue a rapporté des données de preuve qui soutenaient, ne soutenaient pas, ou ni ne soutenaient ni ne contredisaient les traitements recommandés. Aucune étude n'a rapporté d'informations sur l'impact économique direct (EDI) ou les coûts, au-delà des charges pesant sur les systèmes de santé. Voir le **tableau 7** pour le résumé de la revue systématique des données de preuve des recommandations.

TABLEAU7 . Synthèse des utilisateurs, des données probantes et des éléments issus des revues systématiques des recommandations thérapeutiques relatives au SSPT

	Billings et al., 2023	de Jongh et al., 2016	Greer et al., 2019	Guimarães et al., 2022	Hamblen et al., 2019	Kowalski et al., 2024	Martin et al., 2021	Varker et al., 2021	von der Warth et al., 2020
Principaux utilisateurs visés par le traitement	Personnel militaire et anciens combattants	Adultes chez qui un TSPT complexe a été diagnostiqué	Militaires et anciens combattants	Adultes de la population générale	Adultes de la population générale	Adultes de la population générale	Adultes de la population générale	Adultes de la population générale	Adultes de la population générale
Autres usagers de soins	Guichetiers de banque, employés de supérettes et travailleurs sociaux	<i>Sans objet</i>	Traumatismes crâniens, y compris les traumatismes crâniens légers	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	Personnel militaire et anciens combattants	Personnel militaire et anciens combattants	<i>Sans objet</i>
Données fournies	Mixte (positives, négatives et non significatives)	Mitigées (positives, négatives et non significatives)	Mitigées (positives, négatives et non significatives)	Mitigées (positives, négatives et non significatives)	Mitigées (positives, négatives et non significatives)	Mixte (positif, négatif et non significatif)	Mixte (positif, négatif et non significatif)	Mixte (positif, négatif et non significatif)	Mixte (positif, négatif et non significatif)
Modèle de traitement par étapes	Services de santé mentale spécialisés et hautement intensifs pour le SSPT	Services de santé mentale spécialisés et hautement intensifs pour le SSPT	Gamme de services de santé mentale formels, spécialisés et hautement intensifs pour le TSPT	Gamme de services de santé mentale formels, spécialisés et hautement intensifs pour le TSPT	Gamme de services de santé mentale formels, spécialisés et hautement intensifs pour le TSPT	Services de santé mentale spécialisés et hautement intensifs pour le TSPT	Services de santé mentale formels et spécialisés pour le TSPT	Gamme de services de santé mentale officiels, spécialisés et hautement intensifs pour le TSPT	Services de santé mentale hautement intensifs liés au SSPT
Éléments de l'EDI	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Devis fourni	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui – coût des charges pesant sur le système de santé par rapport au retour sur investissement des traitements

Modèles de soins intégrés incluant des recommandations thérapeutiques pour le SSPT

En examinant les recommandations relatives au traitement du SSPT, nous avons identifié des lignes directrices qui ne se concentraient pas spécifiquement sur le traitement du SSPT, mais qui intégraient des traitements du SSPT au sein d'autres modèles de soins intégrés. Nous avons divisé cette section en deux parties : les lignes directrices en matière de soins intégrés rédigées par des organisations professionnelles et celles publiées par des établissements universitaires.

Modèles organisationnels de soins intégrés

Treize associations professionnelles ont intégré les traitements du SSPT dans leurs recommandations de soins intégrés. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive des recommandations fondées sur les preuves (CBPG) axées sur les traumatismes. Aux fins de cette analyse, elles comprennent :

- Collège américain des obstétriciens et gynécologues (ACOG ; Comité sur les soins de santé pour les femmes défavorisées, 2021) ,
- Collège américain des chirurgiens (ACS ; Comité sur les traumatismes du Collège américain des chirurgiens, 2023) ,
- Association américaine de cardiologie (AHA ; Kovacs et al., 2022) ,
- Société américaine d'oncologie clinique (ACOS ; Smith et al., 2018) ,
- Association américaine des lésions médullaires (ASIA ; Bombardier et al., 2021) ,
- Collège des médecins de famille du Canada (CPFC ; Collège des médecins de famille du Canada, 2022) ,
- Société européenne de pneumologie (ERS ; Antoniou et al., 2022) ,
- Ministère de la Santé de Singapour (MOH ; Lim et al., 2015) ,
- Association polonaise de psychiatrie (PPA ; Rymaszewska et al., 2019) ,
- Collège royal australien des médecins généralistes (RACGP ; Mazza et al., 2019) ,
- Collège royal des psychiatres (RCP ; Shepherd & Bisson, 2012) ,

- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO ; Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2021) ,
- et l'OMS (Organisation mondiale de la santé, 2016) .

Les dates de publication de ces recommandations s'étendent de 2012 à 2023.

Les recommandations organisationnelles relatives aux traitements du SSPT présentaient des variations par rapport aux recommandations spécifiques au SSPT et aux revues systématiques qui en ont découlé. Ces écarts s'expliquaient en grande partie par l'existence de recommandations spécifiques et distinctes, explicitement adaptées à la pathologie ou à la population associée au traumatisme. Par exemple, les recommandations préconisaient le recours à des modèles de soins tenant compte du traumatisme (par exemple, Collège des médecins de famille du Canada, 2022) , le développement des compétences relationnelles (par exemple, Bombardier et al., 2021) , et la rééducation physique (par exemple, Antoniou et al., 2022) . Seuls cinq des 13 modèles de soins examinés (38 %) recommandaient fortement des traitements traditionnels spécifiques au SSPT, tels que la TCC (par exemple, Lim et al., 2015) , la TF-CBT (par exemple, Kovacs et al., 2022 ; Shepherd & Bisson, 2012) , ainsi que la prise en charge par paliers (par exemple, Comité sur les traumatismes de l'American College of Surgeons, 2023) . Le plus souvent, les recommandations associatives indiquaient que le niveau de preuve des traitements plus courants du SSPT n'apportait qu'un soutien conditionnel ou faible pour traiter les traumatismes spécifiques à une affection ou à une population. **Le tableau 8** présente le résumé des modèles organisationnels de prise en charge pour les traitements du SSPT.

TABLEAU8 . Synthèse des traitements du SSPT et du niveau de force des recommandations issues des systèmes organisationnels de soins intégrés

	ACOG, 2021	ACS, 2023	AHA, 2022	ASIA, 2021	ACOS, 2018	CPFC, 2022	ERS, 2022
Modèle de soins intégrés	Patientes en gynécologie victimes d'un traumatisme	Patients en chirurgie souffrant d'un traumatisme aigu	Cardiopathies congénitales	Lésions de la moelle épinière	Diagnostic et traitement du cancer	Soins de santé pour les anciens combattants	COVID-19 de longue durée
Recommandations fortes	Modèle de prise en charge tenant compte des traumatismes à tous les niveaux de pratique	Soins par étapes ou collaboratifs	TCC axée sur les traumatismes, avec une attention particulière portée aux maladies cardiaques	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	Prendre en compte le traumatisme – ne pas minimiser les expériences vécues Exprimer sa confiance dans la force et la résilience du patient	<i>Sans objet</i>

	La formation des stagiaires ne doit pas primer sur le risque de retraumatisation		Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) axé sur les maladies cardiaques			Adopter des pratiques respectueuses des identités culturelles, ethniques, personnelles et sociales	
Recommandations conditionnelles	<i>Sans objet</i>	Approche à plusieurs niveaux de l'intervention psychologique après un traumatisme	TCC axée sur le traumatisme, avec une attention particulière portée aux maladies cardiaques (en groupe)	<i>Sans objet</i>	Utilisation de l'application « Cancer Distress Coach » pour accéder à des ressources, à des contenus de psychoéducation et à des activités de TCC	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>
		Modèles de consultation-liaison	Soutien par les pairs				
Recommandations faibles ou émergentes	<i>Sans objet</i>	Programme de résilience et de rétablissement après un traumatisme (c'est-à-dire programme de prise en charge par paliers)	<i>Sans objet</i>	Transmettre des compétences relationnelles spécifiques au SSP à toutes les personnes du cercle de soins À envisager • l'efficacité du traitement du SSPT • Tableau clinique de santé mentale • Durée d'hospitalisation • Préférence du patient en matière de thérapie	<i>Sans objet</i>	Une psychothérapie abordant les thèmes de la blessure morale, de la culpabilité et de la honte	Un accompagnement psychologique et une rééducation physique visant à atténuer les effets psychologiques à long terme

				Proposer des thérapies fondées sur des données probantes et axées sur les traumatismes, notamment • la TCC • TCC axée sur les traumatismes • Thérapie de traitement cognitif • Thérapie cognitive • l'exposition prolongée • Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires • Thérapie narrative par exposition • Psychothérapie éclectique brève			
Contre-indications	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	Debriefing psychologique	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>

	Ministère de la Santé, 2015	PPA, 2019	RACGP, 2019	RCP, 2012	RNAO, 2021	OMS, 2016
Modèle de soins intégrés	Trouble anxieux	Fausses couches et infertilité	Problèmes de santé mentale liés au travail	Témoin de violences et d'homicides	Soins de santé pour les personnes 2SLGBTQIA+	Mutilations génitales féminines
Recommandations fortes	TCC	<i>Sans objet</i>	Psychoéducation sur le SSPT	TCC axée sur les traumatismes	Créer un environnement sûr et confortable lors du dépistage du cancer du col de l'utérus pour les personnes trans et non binaires	<i>Sans objet</i>
			Plans de gestion du travail pour le traitement et le retour au travail			

					Adopter des pratiques respectueuses des identités culturelles, ethniques, personnelles et sociales	
			Faire appel à des prestataires de soins sur le lieu de travail lorsque cela est possible			
Recommandations conditionnelles	Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires	Communication sur les obstacles (culpabilité, honte) et les avantages (expression du deuil, du chagrin) de la thérapie	Veiller à établir une alliance thérapeutique solide	Sans objet	Sans objet	TCC
		Psychoéducation	Prendre en compte les facteurs liés au patient et à la carrière avant le traitement			TCC virtuelle
		Validation, normalisation de l'expérience	Surveiller les facteurs de stress liés au travail			
		Surveiller les comportements d'évitement et le dialogue interne négatif, ainsi que les images mentales				
Recommandations faibles ou émergentes	Sans objet	Sans objet	Psychothérapie axée sur les traumatismes associée à des traitements des troubles liés à la consommation de substances	Sans objet	Sans objet	Gestion du stress
						Psychoéducation
Recommandations contre	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Dépistage et triage du SSPT aux urgences	Signalétique inclusive pour éviter la retraumatisation	Sans objet

Modèles de soins intégrés incluant des traitements du SSP, élaborés par des établissements universitaires

À l’instar des lignes directrices présentées par les associations professionnelles, celles rédigées par des équipes de recherche universitaires comprenaient à la fois des traitements établis du SSPT et des suggestions novatrices spécifiques à certaines pathologies ou populations. Sur les huit articles publiés, quatre (50 %) recommandaient vivement la TCC, dont trois précisaient la TF-CBT (38 %). Parmi les autres recommandations thérapeutiques figuraient l’exposition progressive (PE) (*n* = 3 ; 38 %) et l’EMDR (*n* = 2 ; 25 %), bien qu’elles ne fussent pas aussi unanimement approuvées que les recommandations spécifiques au SSPT. Contrairement aux traitements principaux du SSPT, deux articles (par exemple, (Foa et al., 2005 ; Pervez et al., 2024) suggéraient l’entraînement par inoculation au stress (SIT) comme recommandation forte. Les traitements par SIT constituent une forme multiforme de TCC, adaptée individuellement pour permettre au patient, en toute sécurité, de revivre la détresse liée au traumatisme et de prendre conscience des comportements qui exacerbent ce sentiment de détresse (D. Meichenbaum, 2017 ; D. H. Meichenbaum & Deffenbacher, 1988) . Un résumé des modèles de soins intégrés élaborés par des chercheurs issus d’établissements universitaires figure dans **le tableau 9**.

TABLEAU9 . Résumé des traitements du SSPT et du niveau de force des recommandations issus des systèmes de modèles de soins intégrés dans les établissements universitaires

	Bisson et al., 2010	Church et al., 2017	Foa et al., 2005	Gautam et al., 2017	Hagerty et al., 2020	Lewis et Bisson, 2022	Pervez et al., 2024	Subrahmanyam et al., 2018	Xeanakis, 2014
Recommandations fortes	TCC axée sur les traumatismes avec prise en charge par paliers	Sans objet	TCC avec exposition prolongée	Sans objet	Thérapie de traitement cognitif	TCC axée sur les traumatismes	TCC	Sans objet	Sans objet
					Exposition prolongée		Thérapies axées sur les traumatismes		
	Psychoéducation		Thérapie cognitive		Facteurs liés au patient (probabilité de mener la thérapie à son terme ; préférences du patient)		Exposition prolongée		

					Facteurs liés au praticien (capacités personnelles ; relation avec le patient)	Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires	Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires		
	Soutiens sociaux		Entraînement à l'inoculation du stress		Facteurs systémiques (soutiens culturels ; ressources)		Formation à l'inoculation au stress		
Recommandations conditionnelles	Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires	Traitements du SSPT associés à 5 à 10 séances de technique de libération émotionnelle (EFT), 2 séances d'instruction et 3 à 5 séances de thérapie de groupe	Sans objet	Psychoéducation	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires	Psychothérapie
	Entretiens thérapeutiques			Thérapie par électrostimulation crânienne					
	Gestion du stress			Thérapies axées sur le deuil				Modifications du mode de vie (par exemple, alimentation, activité physique)	Suivi du mode de vie (par exemple, sommeil, alimentation, soutien social)
Recommandations peu fondées ou en cours d'élaboration	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	TCC	Sans objet	Sans objet	Sans objet
						Thérapie cognitive			
						Gestion du stress			

Recommandations contre	Interventions précoces universelles	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet
-------------------------------	-------------------------------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------

Guides pratiques canadiens sur les traumatismes

Plusieurs kits pédagogiques sur les traumatismes sont disponibles en ligne pour les Canadiens. Ces kits et ressources abordent les traumatismes sous différents angles, dans le but de sensibiliser le public, d'améliorer la prise en charge et de favoriser la guérison des personnes touchées par un traumatisme. Ils s'adressent à des groupes spécifiques, notamment les anciens combattants, les professionnels de santé, les étudiants, les travailleurs de première ligne et les personnes souffrant de syndrome de stress post-traumatique (SSPT), et proposent des outils pratiques tels que des modules en ligne, des ateliers, des plans de cours et des vidéos. Ces ressources mettent l'accent sur les soins tenant compte des traumatismes, en mettant en avant des stratégies visant à réduire l'impact des traumatismes, à gérer l'anxiété, à améliorer le bien-être mental et à intégrer des pratiques sensibles aux traumatismes dans les domaines de la santé, de l'éducation et du droit. Un résumé des modèles de soins intégrés élaborés par des personnes employées par des établissements universitaires figure dans **le tableau 10**.

TABLEAU10 . Résumé des boîtes à outils canadiennes liées aux traumatismes

Organisme gouvernemental responsable	Titre	Public cible	Résumé du site web et lien
Services de santé de l'Alberta	Initiative de formation en traumatologie	Professionnels de santé	Formation destinée aux professionnels de santé visant à améliorer leurs connaissances en matière de prise en charge tenant compte des traumatismes. https://www.albertahealthservices.ca/info/page15526.aspx
Institut Atlas pour les anciens combattants et leurs familles	Boîte à outils sur les blessures morales	Anciens combattants et membres de leur famille, personnel chargé de la sécurité publique	Sensibiliser les anciens combattants, leurs familles et le personnel chargé de la sécurité publique au préjudice moral, tout en fournissant des ressources pour mieux soutenir ces communautés touchées. https://atlasveterans.ca/knowledge-hub/moral-injury/7aad_source=1&qclid=C10KCOIA3sq6BhD2ARIsAJ8MRwVJhKpKuthXfRhlEopNTHv8O63ZQb2chEOYV9fKpXrk4kE5nwDqR6YaAuc7EALw_wcB
Gouvernement de la Colombie-Britannique	Boîte à outils sur la santé mentale des élèves	Jeunes (élèves de la 4e à la 12e année), enseignants, conseillers d'orientation, parents/tuteurs	Trousse destinée à aider les élèves à lutter contre la stigmatisation liée à la santé mentale et à améliorer leur bien-être mental global, dans le but ultime de favoriser un environnement scolaire plus bienveillant et plus tolérant.

Traitements du syndrome de stress post-traumatique : analyse de l'état des lieux des recommandations cliniques en matière de bonnes pratiques

Organisme gouvernemental responsable	Titre	Public cible	Résumé du site web et lien
			https://stigmafreementalhealth.com/programs/school-program/student-mental-health-toolkit/?gad_source=1&qclid=Cj0KCQiA3sq6BhD2ARIsAJ8MRwXT5RDcvurER-Jmbm-Q2N0c5RPv796_hoaDYIqn2SJug2rNjZ7D2s0aAuMTEALw_wcB
Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)	Boîte à outils sur les traumatismes chez l'enfant	Médecins pédiatres et généralistes	Boîte à outils destinée à aider les médecins à élaborer des plans de traitement mieux adaptés aux enfants, aux adolescents et à leurs familles. https://www.camh.ca/en/science-and-research/institutes-and-centres/cundill-centre-for-child-and-youth-depression/childhood-trauma-toolkit
Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)	Outil de prise en charge tenant compte des traumatismes et de la violence	Organismes et prestataires de services de santé et de services sociaux	Axe sur les soins tenant compte des traumatismes et de la violence (TVIC) et sur ce que les organisations et les prestataires de soins de santé peuvent faire pour promouvoir ces soins. https://equiphealthcare.ca/resources/trauma-and-violence-informed-care/trauma-and-violence-informed-care/
Ville de Toronto	Boîte à outils sur le traumatisme vicariant et les pratiques d'autosoins	Personnel de première ligne	Fournit des informations et des outils pratiques pour aider les professionnels à faire face aux facteurs de stress et aux défis liés au travail de première ligne. https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2024/01/9381-Vicarous-Trauma-Toolkit-2023-AODA.pdf
Gouvernement du Canada	Boîte à outils HELP : Identifier et intervenir face à la violence familiale à l'intention des conseillers juridiques en droit de la famille	Conseillers juridiques en droit de la famille	Conseils sur la représentation des victimes de violence familiale. https://www.justice.gc.ca/eng/fl-df/help-aide/tab2-onglet2.html
Santé Canada, gouvernement du Manitoba	Une approche tenant compte des traumatismes : la boîte à outils sur les traumatismes	Organismes et prestataires de services	Ressource permettant de fournir des services tenant compte des traumatismes. https://trauma-informed.ca/wp-content/uploads/2023/04/trauma-informed_toolkit_v07-1.pdf
Centre d'information et de formation sur les traumatismes du Manitoba	Qu'est-ce qu'un traumatisme ?	Grand public	Informations sur l'approche tenant compte des traumatismes et le rétablissement après un traumatisme. Comprend des ressources de psychoéducation et des ressources sur les traumatismes, la résilience et le rétablissement. https://trauma-informed.ca/trauma-informed-care/
Collectif pour des soins tenant compte des traumatismes	Kit d'outils TIC rapide	Thérapeutes et intervenants sociaux	Fournit une définition du traumatisme et explique comment celui-ci affecte les pensées, les actions et les comportements. https://ticcollective.ca/wp-content/uploads/2020/08/TIC-Collective-Toolkit-Aug-2020.pdf
Nation métisse de Colombie-Britannique	Boîte à outils métisse tenant compte des traumatismes	Membres des communautés métisses reconnues	Introduction au traumatisme, aux approches tenant compte du traumatisme et à la compétence culturelle métisse.

Organisme gouvernemental responsable	Titre	Public cible	Résumé du site web et lien
			https://www.mnbc.ca/sites/default/files/2022-07/trauma_informed_toolkit_women_of_the_metis_nation.pdf
Anxiété Canada	Stratégies d'auto-assistance pour le SSPT	Personnes souffrant d'anxiété	Propose des stratégies d'auto-assistance pour le SSPT, notamment des informations sur l'anxiété et le SSPT, ainsi que des techniques pour gérer l'anxiété. https://www.anxietycanada.com/downloadables/self-help-strategies-for-ptsd/
Association canadienne du SSPT	Stratégies d'adaptation	Les personnes ayant subi un stress post-traumatique et leur famille	Conseils d'autogestion pour faire face au stress post-traumatique. https://www.ptsdassociation.com/coping-strategies-1
Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse	Approches tenant compte des traumatismes	Prestataires de services de santé et de services sociaux	Guide de discussion conçu pour aider les particuliers et les organismes à élaborer des approches tenant compte des traumatismes dans la prestation des services. https://novascotia.ca/dhw/addictions/documents/TIP_Discussion_Guide_1.pdf
Province de l'Ontario, CMHA, Colleges Ontario	Pratiques et soins tenant compte des traumatismes	Personnes travaillant et/ou étudiant dans l'enseignement supérieur	Fournit le contexte, les connaissances et les compétences nécessaires pour commencer à réfléchir à la mise en œuvre de pratiques et de soins tenant compte des traumatismes. https://campusmentalhealth.ca/toolkits/trauma-informed-practice-care/
Agence de la santé publique du Canada	Salut aux professionnels de santé	Professionnels de santé.	Propose des fiches d'information et des ressources sur la psychoéducation relative au SSPT et le soutien en matière de santé mentale. https://healthcaresalute-soinsdesantesalute.com/
Agence de la santé publique du Canada	Neurodiversité et syndrome de stress post-traumatique lié à une agression sexuelle : une boîte à outils pour aller de l'avant	Personnes neurodivergentes	Fournit des informations sur le SSPT et sur la manière de s'en remettre. https://aidecanada.ca/resources/learn/mental-health/neurodivergence-and-post-traumatic-stress-disorder-from-sexual-assault-a-toolkit-for-moving-forward--part-1
Agence de la santé publique du Canada	Le projet Vega	Professionnels de la santé et des services sociaux	Ressource d'orientation et d'éducation destinée à aider à reconnaître la violence familiale et à y répondre en toute sécurité. https://vegaproject.mcmaster.ca/project-overview/
Agence de la santé publique du Canada	Projet « Avant le stress opérationnel »	Personnel canadien chargé de la sécurité publique et professionnels de santé	Propose des formations fondées sur des données probantes à ceux qui sont régulièrement exposés à des événements psychologiquement traumatisants et à des troubles de stress post-traumatique. https://www.cipher-iceisp.ca/projects/bos/
Anciens Combattants Canada	PTSD Coach Canada		Outil permettant aux anciens combattants de mieux comprendre et de gérer les symptômes du SSPT. https://www.veterans.gc.ca/en/about-vac/resources/stay-connected/mobile-applications/ptsd-coach-canada

Lacunes dans les recommandations cliniques relatives aux meilleures pratiques pour le traitement du SSPT

À la suite de la publication des recommandations de l'APA (2017), plusieurs articles ont critiqué certains aspects de ces recommandations, notamment la méthodologie, les analyses statistiques et leur champ d'application. Une synthèse de ces commentaires figure à l'**annexe D**. Des lacunes et des limites similaires ont été relevées dans d'autres recommandations relatives au SSPT, ce qui suggère que les organisations devraient réexaminer les méthodes traditionnelles d'élaboration des recommandations fondées sur les preuves cliniques (par exemple, les revues systématiques et les groupes d'experts). Les sections ci-dessous décrivent certaines des lacunes et limites identifiées par les recherches existantes.

Exclusion des facteurs liés à l'équité, à la diversité et à l'inclusion

Compte tenu des facteurs intersectionnels qui relient les différents aspects de l'identité d'un individu, bon nombre des recommandations actuelles proposent une approche « universelle » trop simpliste du traitement du SSPT. Les causes potentielles du traumatisme sont à elles seules uniques, qu'il s'agisse de traumatismes historiques, de racisme, de sexisme, d'hétérosexisme, de crimes haineux ou de traumatismes sociétaux (Bryant-Davis, 2019). Courtois et Brown (2019) ont en outre souligné que, telles qu'elles sont actuellement rédigées, les CBPG manquent de « compétence culturelle et d'humilité » pour traiter efficacement les symptômes du SSPT chez certaines personnes touchées. Par exemple, une récente revue systématique des interventions en matière de traumatismes au sein des communautés autochtones a révélé que, dans de nombreux cas, les pratiques de guérison traditionnelles avaient été adaptées pour inclure des éléments thérapeutiques fondés sur des données probantes, tels que la TCC (Gameon & Skewes, 2020). De telles adaptations sont essentielles compte tenu des preuves émergentes indiquant que les traitements adaptés à la culture donnent des résultats positifs dans la prise en charge des symptômes de traumatismes historiques et interpersonnels (Bryant-Davis, 2019). À titre d'exemple, le programme « Indigenous Healing and Safety Seeking » (Marsh, 2016 ; Marsh et al., 2016), utilisé pour le traitement simultané des traumatismes historiques, des traumatismes interpersonnels et des troubles liés à la consommation de substances, a donné des « résultats prometteurs » (Gameon & Skewes, 2020).

Malgré ces données, les recommandations actuelles ne tiennent pas compte des éléments tels que l'âge (notamment la distinction entre les jeunes de 16 à 29 ans, les adultes et les personnes âgées de 65 ans et plus), le sexe, le genre, l'origine ethnique, la culture, la race et les facteurs socio-économiques, qu'il est important de prendre en considération lorsque l'on est confronté à un traumatisme. Les recommandations de Phoenix (2020) étaient les plus complètes en matière d'intégration des facteurs intersectionnels dans le traitement des traumatismes. Ces facteurs intersectionnels comprenaient la race et la culture (par exemple, les

peuples autochtones et les insulaires du détroit de Torres), l'âge (par exemple, le syndrome de stress post-traumatique chez les personnes âgées), la profession (par exemple, le personnel des services d'urgence, les militaires et anciens militaires), la cause (par exemple, les catastrophes, les accidents de la route et autres survivants de blessures traumatiques, les agressions sexuelles, le terrorisme, les victimes d'actes criminels et les victimes de violences conjugales) ainsi que les réfugiés et les demandeurs d'asile. Bien que ces recommandations ne couvrent pas tous les aspects potentiels de l'intersectionnalité et des traumatismes, la prise en compte des facteurs personnels dans le traitement est essentielle à la réussite de l'intervention. Certains auteurs ont suggéré que des personnes ayant vécu et vivant encore ces expériences soient incluses en tant qu'experts au sein des comités chargés d'élaborer les recommandations afin de faire part d'expériences liées à l'EDI (par exemple, le stress lié à l'appartenance à une minorité, le harcèlement et la discrimination) qui ne sont pas prises en compte dans la recherche actuelle .

Exclusion des préférences et des valeurs des patients

À l'instar de l'exclusion des facteurs d'EDI, les recommandations actuelles accordent peu d'importance aux préférences des patients en matière de traitement et à leurs valeurs personnelles. Les sept recommandations actuelles spécifiques au SSPT mentionnent que les préférences du patient en matière de traitement sont importantes, mais très peu d'entre elles stipulent explicitement que les praticiens doivent prendre en compte cet aspect lorsqu'ils proposent des interventions. En examinant les recommandations de l'APA (2017), Silver et Levant (2019) ont souligné la nécessité pour les cliniciens de prendre en compte non seulement les interventions fondées sur des données probantes et leur jugement clinique, mais aussi les caractéristiques du patient et ses préférences thérapeutiques dans le choix des approches thérapeutiques.

L'APA (2017) n'était pas la seule association à omettre les préférences et les valeurs des patients en tant qu'élément à part entière du choix du traitement (par exemple, ; Bisson et al., 2019 ; Katzman et al., 2014) . Cependant, les recommandations rédigées par Phoenix Australia (2020) ont fourni un excellent exemple d'intégration du patient dans l'adoption du traitement. Ces recommandations comprenaient des sections distinctes qui tenaient compte des préférences et des valeurs des patients, suggérant ainsi d'éventuelles réserves à l'égard des traitements ainsi que des alternatives possibles.

À l'instar de la prise en compte des aspects liés à l'EDI dans les recommandations, l'inclusion de personnes ayant vécu ou vivant actuellement ces expériences au sein des comités d'experts peut permettre de mieux comprendre les raisons de la réticence à participer à des traitements, en s'appuyant sur des valeurs multidimensionnelles et croisées. D'autres auteurs suggèrent que des facteurs tels que la culture d'un individu (par exemple, les normes culturelles entourant les relations interpersonnelles) et son lieu de résidence influencent l'expression des symptômes, avec des conséquences en aval sur les préférences thérapeutiques . Quelle que soit la raison pour laquelle les préférences des patients sont rarement prises en compte dans les recommandations thérapeutiques, les données cliniques existantes plaident en faveur de l'inclusion des opinions des patients afin de garantir le succès des interventions.

Exclusion des préférences et de l'expérience des thérapeutes

Une autre lacune potentielle dans plusieurs recommandations sur le SSPT concernait ce que certains pourraient percevoir comme un recours excessif aux données issues d'essais contrôlés randomisés (ECR) et un manque de confiance dans l'expérience des praticiens. À cet égard, bien qu'ils aient soigneusement évalué la solidité des données relatives à certaines approches thérapeutiques, certains comités chargés de l'élaboration des recommandations ne comptaient pas parmi leurs membres de praticiens disposant d'une vaste expérience clinique pour interpréter les données existantes concernant ces traitements en fonction de la présentation de la maladie et des résultats fonctionnels (par exemple, Kudler, 2019 ; Silver & Levant, 2019) . Cette approche contraste avec celle d'autres groupes d'experts qui ont intégré les contributions de spécialistes du traitement dans l'élaboration de leurs recommandations (par exemple, Courtois & Brown, 2019) .

Un autre aspect négligé dans bon nombre des recommandations actuelles concerne le manque de prise en compte de l'influence déterminante que des facteurs tels que l'alliance thérapeutique et la réceptivité du thérapeute exercent sur la réponse au traitement (Norcross & Wampold, 2019) . À cet égard, de nombreux auteurs ont souligné le rôle clé que joue la relation entre le praticien et le patient dans la prise en charge des traumatismes (Courtois & Brown, 2019 ; Dauphin, 2020) : en l'absence d'un lien solide, des facteurs tels que le manque de confiance entre les parties peuvent entraver les progrès du traitement. Les recommandations thérapeutiques existantes ne tiennent pas non plus compte de l'influence de la réceptivité des thérapeutes aux caractéristiques des patients (par exemple, la culture, la religion, le sexe, l'origine ethnique et les préférences en matière de mode de prise en charge) sur les résultats thérapeutiques (Norcross & Wampold, 2019) . Ces facteurs intersectionnels influencent non seulement les relations thérapeutiques, mais aussi la mise en œuvre du traitement (Norcross & Wampold, 2019) . Enfin, les caractéristiques du thérapeute, telles que la flexibilité stylistique et l'accessibilité personnelle, peuvent influencer la réactivité des patients aux traitements du SSPT (Dauphin, 2020 ; Norcross & Wampold, 2019) . Ici, le style de prise en charge du thérapeute et sa réactivité envers le patient affectent non seulement la réceptivité au traitement, mais aussi la relation patient-thérapeute (Courtois & Brown, 2019 ; Norcross & Wampold, 2019) . Des déclarations explicites soulignant l'importance de la relation entre le patient et l'influence du praticien sont nécessaires pour garantir que les cliniciens comprennent l'importance de ces facteurs individuels sur les résultats du traitement. Les futurs comités d'experts sont encouragés à fournir des recommandations directes concernant les caractéristiques interpersonnelles du patient et du thérapeute, ainsi qu'à trouver un équilibre entre l'expérience clinique et la rigueur scientifique lors de l'élaboration des CBPG (Kudler, 2019) .

Manque d'orientations pour les stagiaires

Alors que certaines recommandations thérapeutiques fournissent des orientations aux mentors accompagnant les stagiaires en milieu clinique, la majorité d'entre elles offrent non seulement peu de conseils à l'intention des mentors, mais ne proposent pas non plus de recommandations

s'adressant directement aux stagiaires ; cela est particulièrement flagrant dans le cas des manifestations complexes du syndrome de stress post-traumatique (Henning & Brand, 2019) . En ce qui concerne les conseils spécifiques aux stagiaires, Henning et Brand (2019) encouragent ces derniers à examiner de manière critique les travaux de recherche qui servent de base aux recommandations. Plus précisément, les stagiaires (ainsi que les experts) sont invités à prendre en compte les critères d'inclusion et d'exclusion, les taux d'abandon, les effets des traitements, les caractéristiques des échantillons et les biais des auteurs lorsqu'ils évaluent l'impact clinique potentiel des traitements recommandés pour le SSPT complexe. Les auteurs soulignent en outre que cette approche devrait servir, en partie, de solution temporaire jusqu'à ce que les associations fournissent des recommandations plus permanentes. Outre les conséquences potentielles des traitements, Henning et Brand (2019) suggèrent également que les CBPG intègrent des recommandations à l'intention des stagiaires concernant l'« examen critique » de la capacité du patient à tolérer le traitement recommandé. Par exemple, les stagiaires et leurs superviseurs sont invités à déterminer si leur patient dispose de ressources personnelles suffisantes et d'un niveau de fonctionnement adéquat pour s'engager dans une approche thérapeutique recommandée, ce qui favorise le développement d'une expertise clinique (Henning & Brand, 2019) .

Enfin, Henning et Brand (2019) ont suggéré que les CBPG actuelles pourraient être renforcées en fournissant des orientations et des ressources aux cliniciens superviseurs afin de les aider dans la formation et le mentorat des stagiaires. À cet égard, il est essentiel de reconnaître que tous les superviseurs ne disposeront pas des connaissances ou de l'expertise suffisantes pour accompagner les cliniciens en formation dans la mise en œuvre de traitements spécialisés nouveaux et émergents, et qu'ils auront eux-mêmes besoin d'une supervision et d'une formation supplémentaires avant de pouvoir assurer le mentorat d'autrui.

Traumatisme vicariant, épuisement professionnel et SSPT

Il est essentiel de noter que non seulement l'exposition directe, mais aussi l'exposition par procuration (et souvent répétée) à un traumatisme peut avoir des effets néfastes sur la santé physique et mentale, y compris le développement d'un TSPT (Aafjes-van Doorn et al., 2020 ; Huggard et al., 2017 ; Lanier & Carney, 2019) . Il convient notamment de noter que cette exposition est également associée de manière positive au développement du burn-out (Ferreira et al., 2020 ; Truchot et al., 2011) . On s'attend à ce que des recommandations thérapeutiques spécifiques concernant l'impact de l'exposition au traumatisme par procuration contribuent davantage à réduire le fardeau du traumatisme pesant sur les Canadiens. De plus, certains chercheurs suggèrent que les recommandations existantes devraient fournir des informations sur les pratiques d'autosoins (Posluns & Gall, 2020) et leur lien avec l'épuisement professionnel (Hricová, 2020) .

Besoin d'informations sur les effets secondaires de la psychothérapie

Bien que les données actuelles suggèrent que les interventions psychologiques sont sans danger pour la plupart des adultes atteints de SSPT (Hoppen et al., 2022), le manque d'informations sur les effets secondaires de la psychothérapie suscite certaines inquiétudes. Par exemple, quelques commentaires sur les recommandations de l'APA ont fait état de préoccupations concernant les critères d'inclusion et d'exclusion des études sélectionnées pour la revue systématique (par exemple, (Austern, 2017 ; Dauphin, 2020 ; Dominguez & Lee, 2017) , tandis que d'autres auteurs ont souligné l'absence de discussion sur les effets secondaires potentiels de la psychothérapie(Halfond et al., 2021) . Dans ce contexte, la plupart, voire la totalité, des recommandations thérapeutiques relatives au SSPT soulignent « l'absence de risque potentiel » lié à la participation à des psychothérapies telles que la TCC, la TCP, la TC et l'EP. Cependant, les données probantes étayant ces recommandations font défaut, car les effets secondaires potentiels de la psychothérapie sont rarement étudiés (Halfond et al., 2021) . Au contraire, la majorité des recherches cliniques concernant la psychothérapie se concentrent sur la réduction des symptômes du SSPT ou sur l'observance du traitement. Une revue systématique a en outre souligné la difficulté d'identifier les mécanismes potentiels des effets néfastes de la psychothérapie (par exemple, les effets liés au thérapeute par opposition aux effets spécifiques au traitement; Klatte et al., 2018) . Halfond et ses collègues (2020) suggèrent que les futures recommandations sur le SSPT prennent soigneusement en compte les effets secondaires potentiels de la psychothérapie, et évaluent le risque d'effets secondaires de léger à grave.

Recommandations à l'intention des prestataires de services essentiels

Les travailleurs essentiels, notamment les militaires, le personnel de sécurité publique (PSP ; agents des services frontaliers, opérateurs des services de sécurité publique, agents pénitentiaires, pompiers (professionnels et volontaires), personnel du renseignement opérationnel, ambulanciers, policiers (municipaux, provinciaux, fédéraux) et personnel de recherche et de sauvetage ; Institut canadien de recherche et de traitement en matière de sécurité publique, 2022), ainsi que les professionnels de santé, sont régulièrement exposés à des facteurs de stress professionnels spécifiques, notamment à des événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique. Cette exposition en milieu de travail expose ces populations à un risque accru de développer un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et d'autres troubles de santé mentale souvent comorbides, notamment, mais sans s'y limiter, la dépression, l'anxiété, les troubles du sommeil et d'autres troubles mentaux. Malgré des données émergentes indiquant une manifestation accrue de la maladie et une plus grande résistance au traitement chez, par exemple, les militaires, peu d'attention a été accordée à l'élaboration de recommandations spécifiques à ces personnels, stratifiées par groupe professionnel. Cette tâche est complexe, compte tenu de la relative rareté des études sur les résultats thérapeutiques portant sur ces groupes professionnels (à l'exception des militaires et des anciens combattants, qui ont donné lieu aux recommandations VA/DoD de 2023) ; elle est toutefois nécessaire en raison des différences dans la manifestation de la maladie et la réponse au traitement entre les groupes.

Lignes directrices relatives aux troubles concomitants

Comme indiqué, le SSPT présente une forte comorbidité avec d'autres troubles de santé mentale, notamment la dépression, l'anxiété et la toxicomanie. À ce jour, cependant, la majorité des recommandations existantes se concentrent sur la cooccurrence du SSPT avec des pathologies physiques, telles que le cancer et les lésions de la moelle épinière (voir les modèles organisationnels de soins intégrés). En termes simples, ces approches sont insuffisantes pour faire face aux taux élevés de comorbidité, dans la mesure où le traitement du SSPT peut influencer, par exemple, les troubles liés à la consommation de substances coexistants (par exemple, une augmentation de la consommation de substances pendant et après le traitement du SSPT). Des recommandations claires sont nécessaires pour définir les étapes du traitement du SSPT en présence de troubles de santé mentale comorbides (par exemple, le traitement du SSPT avant, pendant ou après le traitement des troubles liés à la consommation de substances coexistants), ainsi que pour documenter les résultats des traitements concomitants, les effets indésirables potentiels et les risques.

Soins par paliers et organisation du traitement fondée sur les données probantes

Dans de nombreuses lignes directrices relatives au traitement du SSPT, il n'est pas clairement précisé à quelle étape un traitement particulier fondé sur des données probantes doit être administré, ni comment ces traitements doivent être administrés successivement en fonction de leur réussite ou de leur échec. Ces recommandations peuvent s'appuyer sur les modèles de soins par paliers développés dans divers contextes de traitement en santé mentale, où, au niveau le plus bas de ces modèles de prévention, d'intervention et de traitement, sont mises en œuvre les interventions les plus accessibles, mais nécessitant le moins de ressources (par exemple, la promotion de la santé pour tous les membres d'une profession à risque). Au niveau le plus élevé de ces modèles, un traitement hautement intensif est proposé (par exemple, des soins hospitaliers spécialisés pour le SSPT). L'intensité de l'intervention augmente d'un niveau à l'autre le plus souvent lorsqu'une personne ne répond pas à une approche de niveau inférieur ; toutefois, le jugement clinique peut être utilisé pour orienter une personne vers des soins à n'importe quel niveau du continuum de soins. En conséquence, le passage à un échelon supérieur du continuum de soins s'accompagne d'un besoin de soins plus spécialisés (par exemple, du médecin généraliste vers un praticien spécialisé). Malgré des données émergentes attestant du succès de cette approche (Goorden et al., 2014 ; Van der Aa et al., 2017) dans le traitement des troubles de santé mentale, les recommandations thérapeutiques existantes pour le SSPT ne fournissent pas de telles orientations, ce qui rend ambigu la manière dont les interventions visant à réduire les effets néfastes sur la santé mentale de l'exposition à un traumatisme et à traiter le SSPT peuvent être mises en œuvre de manière progressive, en allégeant la charge pour les personnes concernées et en adaptant les coûts pour les pouvoirs publics.

De telles approches peuvent être associées à une hiérarchisation des options thérapeutiques fondée sur des données probantes. À notre avis, cette hiérarchisation s'inspirerait de celle déjà

utilisée pour d'autres troubles mentaux courants, notamment le trouble dépressif majeur (<https://www.canmat.org/>), où les patients reçoivent idéalement en premier lieu les traitements reposant sur les données probantes les plus solides, suivis de ceux dont les données probantes sont de moins en moins solides, jusqu'à ce qu'un traitement efficace soit trouvé. On parle parfois de passage des approches thérapeutiques de première intention à celles de deuxième et troisième intention. Les traitements dont les données probantes sont moins solides peuvent également être utilisés en complément de ceux qui reposent sur les données probantes les plus solides ; c'est ce qu'on appelle le recours à une thérapie d'appoint.

Résumés en langage clair des recommandations thérapeutiques

Il convient de noter que certains décideurs financés par des fonds publics, chargés de définir les stratégies de mise en œuvre à grande échelle d'approches d'intervention et de traitement spécifiques pour l'exposition à un traumatisme et le SSPT, ne sont probablement pas des experts dans le domaine du traitement de la santé mentale. Par conséquent, il est vivement recommandé d'élaborer des résumés rédigés dans un langage simple des lignes directrices existantes en matière de s thérapeutiques afin d'aider ces décideurs à prendre de telles décisions, en étroite consultation avec des experts ayant une formation clinique dans le domaine du SSPT et de la santé mentale.

Analyses de coûts

L'intégration dans les recommandations d'analyses de coûts décrivant les coûts directs (par exemple, le temps consacré par les cliniciens ; les coûts d'investissement) et indirects (par exemple, la perte de productivité ; la diminution du fonctionnement familial et communautaire) liés à la mise en place ou à l'absence de traitement devrait s'avérer utile pour les décideurs publics à l'avenir.

Résumé et conclusions

Les objectifs de la présente analyse consistaient à recenser et à présenter les lignes directrices fondées sur les preuves cliniques (CBPG) actuelles relatives aux traitements du SSPT, à distinguer les éléments communs de ces traitements et à évaluer la qualité et le niveau de preuve sur lesquels reposent ces lignes directrices. Les résultats ont mis en évidence la variété et l'étendue des lignes directrices thérapeutiques, reflétant la diversité des caractéristiques des personnes ayant subi un traumatisme ainsi que des causes de ce dernier.

Les données probantes utilisées pour élaborer les recommandations étaient, pour la plupart, de très haute qualité. Plus de 60 % des travaux de recherche examinés reposaient sur une méthodologie d'évaluation critique (par exemple, des méta-analyses et des revues systématiques) et ont obtenu le niveau de preuve le plus élevé, servant de base aux recommandations. Alors que certaines recommandations proposaient une gamme restreinte de

traitements, 63 % d'entre elles énuméraient une variété de traitements d'intensité croissante et de portée ciblée en fonction de la symptomatologie présentée.

Le traitement psychosocial le plus fréquemment recommandé pour le SSPT était la TCC. Le traitement intégré des pensées, des sentiments et des comportements en lien avec les situations quotidiennes suggérait son utilité au-delà de la prise en charge des symptômes du SSPT. De nombreuses recommandations préconisaient fortement le recours à la TFCT (thérapie cognitive-comportementale focalisée sur le traumatisme), notamment pour traiter directement l'impact de l'expérience traumatique sur les actions, les émotions et les processus cognitifs. Parmi les autres recommandations fortes figuraient la TPC (thérapie d'exposition et de surmontement), la TC (thérapie cognitive) et l'EP (exposition progressive), toutes des variantes de la TCC mais présentant une pertinence plus situationnelle et ciblée. Parmi les domaines émergents de traitements fortement recommandés figuraient l'EMDR et la NET ; toutefois, les données de preuve actuellement disponibles concernant leur efficacité ont donné lieu à des recommandations conditionnelles plutôt qu'à des recommandations fortes.

Certaines lignes directrices reconnaissaient que tous les traitements ne sont pas bénéfiques pour le patient et que les données probantes appuient la suggestion de ne pas envisager certains traitements. Par exemple, le débriefing n'était pas recommandé comme intervention précoce pour de nombreuses personnes, notamment celles exerçant des professions liées à la sécurité publique. D'autres données suggéraient que la TFCT était plus néfaste que bénéfique pour les personnes ayant subi un traumatisme militaire. La reconnaissance du risque de préjudice lié à certains traitements est également précieuse pour l'évolution et le développement continu des lignes directrices fondées sur la TCC.

Plusieurs lacunes ont été relevées dans les recommandations, soit par le biais d'avis rédactionnels, soit de manière évidente dans les recherches elles-mêmes. On notait notamment l'absence de recommandations thérapeutiques concernant des aspects spécifiques de l'EDI. Bien que de nombreuses lignes directrices aient souligné l'importance d'une prise en charge et respectueuse de la culture et de la reconnaissance de l'intersectionnalité de chaque individu, très peu de traitements abordaient les questions d'équité, de diversité et d'inclusion. De plus, l'importance des préférences des patients et des relations patient-thérapeute était largement absente des lignes directrices fondées sur les preuves cliniques, ce qui s'explique peut-être par un recours excessif à des données solides et par l'exclusion des personnes ayant vécu ou vivant actuellement ces expériences au sein des comités chargés de l'élaboration des lignes directrices. L'élaboration de nouvelles recommandations est nécessaire pour identifier des approches spécifiques au traitement des travailleurs essentiels (par exemple, le personnel de sécurité publique) et pour déterminer les différentes phases des traitements fondés sur des données probantes pour le SSPT. Des résumés en langage clair des recommandations thérapeutiques, rédigés par des cliniciens experts, ainsi que des analyses de coûts, sont susceptibles d'être utiles aux décideurs. Les futures versions des recommandations thérapeutiques sur le SSPT auront la possibilité de combler les lacunes susmentionnées afin de renforcer l'efficacité des recommandations fondées sur des preuves cliniques.

Références

- Aafjes-van Doorn, K., Békés, V., Prout, T. A., & Hoffman, L. (2020). Psychotherapists' vicarious traumatization during the COVID-19 pandemic [Le traumatisme vicariant des psychothérapeutes pendant la pandémie de COVID-19]. *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice and Policy*, 12(S1), S148–S150. <https://doi.org/10.1037/tra0000868>
- American College of Surgeons Committee on Trauma. (2023). *Best practice guidelines for screening and intervention for mental health disorders and substance use and misuse in the acute trauma patient [Recommandations de bonnes pratiques pour le dépistage et l'intervention en matière de troubles de santé mentale et de consommation et d'abus de substances chez les patients victimes de traumatismes aigus]*.
- American Psychological Association. (2017). *Clinical practice guideline for the treatment of PTSD [Recommandations de pratique clinique pour le traitement du syndrome de stress post-traumatique]*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>
- American Psychological Association. (2018). *APA guidelines for psychological practice with boys and men [Lignes directrices de l'APA pour la pratique psychologique auprès des garçons et des hommes]*.
- American Psychological Association. (2019). *Guidelines for psychological practice for people with low-income and economic marginalization [Lignes directrices pour la pratique psychologique auprès des personnes à faibles revenus et en situation de marginalisation économique]*.
- Antoniou, K. M., Vasarmidi, E., Russell, A.-M., Andrejak, C., Crestani, B., Delcroix, M., Dinh-Xuan, A. T., Poletti, V., Sverzellati, N., Vitacca, M., Witzenrath, M., Tonia, T., & Spanevello, A. (2022). European Respiratory Society statement on long COVID follow-up [Déclaration de la Société européenne de pneumologie sur le suivi du COVID long]. *European Respiratory Journal*, 60(2), 2102174. <https://doi.org/10.1183/13993003.02174-2021>
- Atlas Institute for Veterans and Families. (2024). *Public safety personnel and post-traumatic stress injuries [Les agents de sécurité publique et les troubles liés au stress post-traumatique]*. Atlas Institute for Veterans and Families. <https://atlasveterans.ca/psp/>
- Austern, D. J. (2017). Beyond binary thinking: Providing best practice treatment to veterans with PTSD [Au-delà de la pensée binaire : proposer des traitements fondés sur les meilleures pratiques aux anciens combattants atteints de SSPT]. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 13(2), 154–172.
- Billings, J., Zhan Yuen Wong, N., Nicholls, H., Burton, P., Zosmer, M., Albert, I., Grey, N., El-Leithy, S., Murphy, D., & Tehrani, N. (2023). Post-incident psychosocial interventions after a traumatic incident in the workplace: A systematic review of current research evidence and clinical guidance [Interventions psychosociales post-incident après un événement traumatisant sur le lieu de travail : revue systématique des données de

- recherche actuelles et des recommandations cliniques]. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2), 2281751.
- Bisson, J. I., Berliner, L., Cloitre, M., Forbes, D., Jensen, T. K., Lewis, C., Monson, C. M., Olf, M., Pilling, S., Riggs, D. S., Roberts, N. P., & Shapiro, F. (2019). The International Society for Traumatic Stress Studies New Guidelines for the Prevention and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Methodology and Development Process [Nouvelles lignes directrices de la Société internationale pour l'étude du stress traumatique concernant la prévention et le traitement du syndrome de stress post-traumatique : méthodologie et processus d'élaboration]. *Journal of Traumatic Stress*, 32(4), 475–483. <https://doi.org/10.1002/jts.22421>
- Bombardier, C. H., Azuero, C. B., Fann, J. R., Kautz, D. D., Richards, J. S., & Sabharwal, S. (2021). Management of Mental Health Disorders, Substance Use Disorders, and Suicide in Adults with Spinal Cord Injury: Clinical Practice Guideline for Healthcare Providers [Prise en charge des troubles de santé mentale, des troubles liés à la consommation de substances et du suicide chez les adultes atteints d'une lésion médullaire : guide de pratique clinique à l'intention des professionnels de santé]. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 27(2), 152–224. <https://doi.org/10.46292/sci2702-152>
- Bryant-Davis, T. (2019). The cultural context of trauma recovery: Considering the posttraumatic stress disorder practice guideline and intersectionality [Le contexte culturel du rétablissement après un traumatisme : réflexion sur les recommandations de pratique relatives au syndrome de stress post-traumatique et l'intersectionnalité]. *Psychotherapy*, 56(3), 400.
- Canadian Institute for Public Safety Research and Treatment. (2023). *Public Safety Personnel (PSP) [Personnel de la sécurité publique (PSP)]*. Canadian Institute for Public Safety Research and Treatment. <https://www.cipsrt-icrtsp.ca/en/glossary/public-safety-personnel->
 psp#:~:text=All%20first%20responders%20can%20also,safety%20and%20security%20of%20Canadians.
- College of Family Physicians of Canada. (2022). *Best advice: Caring for Veterans [Les meilleurs conseils : prendre soin des anciens combattants]*. College of Family Physicians of Canada. https://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/Caring-for-veterans_BAG_ENG_Final-1.pdf
- Committee on Health Care for Underserved Women. (2021). *Caring for patients who have experienced trauma (825) [Prise en charge des patientes ayant subi un traumatisme (825)]*. American College of Obstetricians and Gynecologists. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2021/04/caring-for-patients-who-have-experienced-trauma#:~:text=Recommendations%20and%20Conclusions,-The%20American%20College&text=delivery%20of%20care,-,Obstetrician%E2%80%93gynecologists%20should%20become%20familiar%20with%20the%20trauma%20informed%20model,avoiding%20stigmatization%20and%20prioritizing%20resilience> .

- Courtois, C. A., & Brown, L. S. (2019). Guideline orthodoxy and resulting limitations of the American Psychological Association's Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD in Adults [L'orthodoxie des recommandations et les limites qui en découlent dans les recommandations de pratique clinique de l'Association américaine de psychologie pour le traitement du syndrome de stress post-traumatique chez l'adulte]. *Psychotherapy*, 56(3), 329–339. <https://doi.org/10.1037/pst0000239>
- Dauphin, V. B. (2020). A critique of the American Psychological Association Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults [Une critique des recommandations de pratique clinique de l'American Psychological Association pour le traitement du trouble de stress post-traumatique (TSPT) chez l'adulte]. *Psychoanalytic Psychology*, 37(2), 117.
- De Jongh, A., Resick, P. A., Zoellner, L. A., Van Minnen, A., Lee, C. W., Monson, C. M., Foa, E. B., Wheeler, K., Broeke, E. ten, & Feeny, N. (2016). Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults [Analyse critique des directives thérapeutiques actuelles concernant le TSPT complexe chez l'adulte]. *Depression and Anxiety*, 33(5), 359–369.
- Dominguez, S. K., & Lee, C. W. (2017). Errors in the 2017 APA Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD: What the Data Actually Says [Erreurs dans les recommandations de pratique clinique 2017 de l'APA pour le traitement du TSPT : ce que révèlent réellement les données]. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2017.01425>
- Ferreira, S., Afonso, P., & Ramos, M. do R. (2020). Empathy and burnout: A multicentre comparative study between residents and specialists [Empathie et épuisement professionnel : une étude comparative multicentrique entre internes et spécialistes]. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(1), 216–222. <https://doi.org/10.1111/jep.13147>
- Foa, E. B., Cahill, S. P., Boscarino, J. A., Hobfoll, S. E., Lahad, M., McNally, R. J., & Solomon, Z. (2005). Social, Psychological, and Psychiatric Interventions Following Terrorist Attacks: Recommendations for Practice and Research [Interventions sociales, psychologiques et psychiatriques à la suite d'attaques terroristes : recommandations pour la pratique et la recherche]. *Neuropsychopharmacology*, 30(10), 1806–1817. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1300815>
- Gameon, J. A., & Skewes, M. C. (2020). A Systematic Review of Trauma Interventions in Native Communities [Revue systématique des interventions en matière de traumatismes dans les communautés autochtones]. *American Journal of Community Psychology*, 65(1–2), 223–241. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12396>
- Gouvernement du Canada. (2024). *Le trouble de stress post-traumatique chez les adultes au Canada*. Infobase de Santé Canada. <https://sante-infobase.canada.ca/enquete-tspt/>
- Graham, R., Mancher, M., Wolman, D. M., Greenfield, S., & Steinberg, E. (2011). Trustworthy clinical practice guidelines: Challenges and potential [Des recommandations de pratique

- clinique fiables : défis et potentiel]. In *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. National Academies Press (US).
- Greer, N., Ackland, P., Sayer, N., Spoont, M., Taylor, B., MacDonald, R., McKenzie, L., Rosebush, C., & Wilt, T. J. (2019). *Relationship of deployment-related mild traumatic brain injury to posttraumatic stress disorder, depressive disorders, substance use disorders, suicidal ideation, and anxiety disorders: A systematic review [Lien entre les traumatismes crâniens légers liés au déploiement et le syndrome de stress post-traumatique, les troubles dépressifs, les troubles liés à la consommation de substances, les idées suicidaires et les troubles anxieux : une revue systématique]*.
- Guimarães, B. P., Rubino, J. P., & Alves, M. F. (2022). Systematic Review and Thematic Analysis of PTSD Therapies from Clinical Practice Guidelines [Revue systématique et analyse thématique des thérapies du SSPT issues des recommandations de pratique clinique]. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 18(2), 205–214.
- Halfond, R. W., Wright, C. V., & Bufka, L. F. (2021). The role of harms and burdens in clinical practice guidelines: Lessons learned from the American Psychological Association's guideline development [Le rôle des effets indésirables et des charges dans les recommandations de pratique clinique : enseignements tirés de l'élaboration des recommandations de l'American Psychological Association]. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 28(1), 19.
- Hamblen, J. L., Norman, S. B., Sonis, J. H., Phelps, A. J., Bisson, J. I., Nunes, V. D., Megnin-Viggars, O., Forbes, D., Riggs, D. S., & Schnurr, P. P. (2019). A guide to guidelines for the treatment of posttraumatic stress disorder in adults: An update [Guide des recommandations pour le traitement du syndrome de stress post-traumatique chez l'adulte : mise à jour]. *Psychotherapy*, 56(3), 359.
- Henning, J. A., & Brand, B. L. (2019). Implications of the American Psychological Association's posttraumatic stress disorder treatment guideline for trauma education and training [Implications des recommandations de l'Association américaine de psychologie (APA) relatives au traitement du syndrome de stress post-traumatique pour l'enseignement et la formation en matière de traumatismes]. *Psychotherapy*, 56(3), 422.
- Hoppen, T. H., Lindemann, A. S., & Morina, N. (2022). Safety of psychological interventions for adult post-traumatic stress disorder: meta-analysis on the incidence and relative risk of deterioration, adverse events and serious adverse events [Sécurité des interventions psychologiques dans le traitement du syndrome de stress post-traumatique chez l'adulte : méta-analyse portant sur l'incidence et le risque relatif de détérioration, d'effets indésirables et d'effets indésirables graves]. *The British Journal of Psychiatry*, 221(5), 658-667.
- Hricová, M. (2020). The mediating role of self-care activities in the stress-burnout relationship [Le rôle médiateur des activités de soins de soi dans la relation entre stress et épuisement professionnel]. *Health Psychology Report*, 8(1), 1–9.
- Huggard, P., Law, J., & Newcombe, D. (2017). *A systematic review exploring the presence of vicarious trauma, compassion fatigue, and secondary traumatic stress in alcohol and*

other drug clinicians [Revue systématique explorant la présence du traumatisme vicariant, de l'épuisement compassionnel et du stress traumatique secondaire chez les cliniciens spécialisés dans l'alcoolisme et la toxicomanie].

- Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., Van Ameringen, M., Antony, M. M., Bouchard, S., Brunet, A., Flament, M., Grigoriadis, S., Mendlowitz, S., O'Connor, K., Rabheru, K., Richter, P. M. A., Robichaud, M., & Walker, J. R. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders [Lignes directrices canadiennes de pratique clinique pour la prise en charge de l'anxiété, du stress post-traumatique et des troubles obsessionnels compulsifs]. *BMC Psychiatry*, 14 Suppl 1(Suppl 1), S1. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>
- Klatte, R., Strauss, B., Flückiger, C., & Rosendahl, J. (2018). Adverse effects of psychotherapy: Protocol for a systematic review and meta-analysis [Effets indésirables de la psychothérapie : protocole pour une revue systématique et une méta-analyse]. *Systematic Reviews*, 7(1), 135. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0802-x>
- Kovacs, A. H., Brouillette, J., Ibeziako, P., Jackson, J. L., Kasparian, N. A., Kim, Y. Y., Livecchi, T., Sillman, C., Kochilas, L. K., & on behalf of the American Heart Association Council on Lifelong Congenital Heart Disease and Heart Health in the Young; and Stroke Council. (2022). Psychological Outcomes and Interventions for Individuals with Congenital Heart Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association [Résultats psychologiques et interventions chez les personnes atteintes de cardiopathies congénitales : déclaration scientifique de l'American Heart Association]. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 15(8), e000110. <https://doi.org/10.1161/HCQ.0000000000000110>
- Kowalski, J., Elżanowski, A., & Śliwerski, A. (2023). A review of selected psychotherapies for PTSD, their efficacy and treatment guidelines in adults [Revue de certaines psychothérapies du syndrome de stress post-traumatique, de leur efficacité et des recommandations thérapeutiques chez l'adulte]. *Psychiatr Pol*, 303, 1–11.
- Kudler, H. (2019). Clinical practice guidelines for posttraumatic stress disorder: Are they still clinical? [Recommandations de pratique clinique pour le syndrome de stress post-traumatique : sont-elles encore cliniques ?] *Psychotherapy*, 56(3), 383.
- Lanier, B., & Carney, J. (2019). *Practicing counselors, vicarious trauma, and subthreshold PTSD: Implications for counselor educators [Les conseillers en exercice, le traumatisme vicariant et le SSPT subclinique : implications pour les formateurs de conseillers]*. *The Professional Counselor*, 9 (4), 334–346.
- Lim, L., Chan, H. N., Chew, P. H., Chua, S. M., Ho, C., Kwek, S. K. D., Lee, T. S., Loh, P., Lum, A., Tan, Y. H. C., Wan, Y. M., Woo, M., & Yap, H. L. (2015). Ministry of Health Clinical Practice Guidelines: Anxiety Disorders [Recommandations de pratique clinique du ministère de la Santé : troubles anxieux]. *Singapore Medical Journal*, 56(6), 310–315; quiz 316. <https://doi.org/10.11622/smedj.2015088>

- Marsh, T. N. (2016). *Exploring how indigenous healing practices and a western treatment model “seeking safety” can co-exist in assisting indigenous peoples to heal from trauma and addiction [Étude de la coexistence entre les pratiques de guérison autochtones et un modèle de traitement occidental axé sur la « recherche de la sécurité » pour aider les peuples autochtones à se remettre des traumatismes et de la dépendance]*.
- Marsh, T. N., Cote-Meek, S., Young, N. L., Najavits, L. M., & Toulouse, P. (2016). Indigenous Healing and Seeking Safety [Guérison autochtone et recherche de la sécurité]. *International Indigenous Policy Journal*, 7(2), 1–35. JSTOR.
- Martin, A., Naunton, M., Kosari, S., Peterson, G., Thomas, J., & Christenson, J. K. (2021). Treatment guidelines for PTSD: a systematic review [Recommandations thérapeutiques pour le syndrome de stress post-traumatique : une revue systématique]. *Journal of Clinical Medicine*, 10(18), 4175.
- Mazza, D., Chakraborty, S. P., & Brijnath, B. (2019). *Clinical Guideline for the Diagnosis and Management and Work-Related Mental Health Conditions in General Practice [Recommandations cliniques pour le diagnostic et la prise en charge des troubles de santé mentale liés au travail en médecine générale]* (pp. 1–160). Monash University. DOI: : 10.26180/5bb44e8466d6c
- Meichenbaum, D. (2017). Stress inoculation training: A preventative and treatment approach [L'entraînement à l'inoculation du stress : une approche préventive et thérapeutique]. In *The evolution of cognitive behavior therapy* (pp. 101–124). Routledge.
- Meichenbaum, D. H., & Deffenbacher, J. L. (1988). Stress Inoculation Training [Entraînement à l'inoculation du stress]. *The Counseling Psychologist*, 16(1), 69–90. <https://doi.org/10.1177/0011000088161005>
- Nakamura, N., Dispenza, F., Abreu, R. L., Ollen, E. W., Pantalone, D. W., Canillas, G., Gormley, B., & Vencill, J. A. (2022). The APA Guidelines for Psychological Practice with Sexual Minority Persons: An executive summary of the 2021 revision [Les lignes directrices de l'APA pour la pratique psychologique auprès des personnes appartenant à des minorités sexuelles : résumé de la révision de 2021]. *American Psychologist*, 77(8), 953.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder: Treatment guideline [Syndrome de stress post-traumatique : recommandations thérapeutiques]*. <https://www.emdria.org/resource/post-traumatic-stress-disorder-nice-guideline/>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2019). Relationships and responsiveness in the psychological treatment of trauma: The tragedy of the APA Clinical Practice Guideline [Relations et réactivité dans le traitement psychologique des traumatismes : la tragédie des recommandations de pratique clinique de l'APA]. *Psychotherapy*, 56(3), 391.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E.,

- McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews [La déclaration PRISMA 2020 : des lignes directrices actualisées pour la publication des revues systématiques]. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Patrick, R., Snell, T., Gunasiri, H., Garad, R., Meadows, G., & Enticott, J. (2023). Prevalence and determinants of mental health related to climate change in Australia [Prévalence et déterminants de la santé mentale liés au changement climatique en Australie]. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 57(5), 710–724. <https://doi.org/10.1177/00048674221107872>
- Pervez, A., Bukhari, M. M., Chhapra, R., Baig, M. I., Martins, R. S., Pirzada, S., Rizvi, N. A., Aamdani, S. S., Ayub, B., Rehman, A. A., Mustafa, M. A., Nadeem, S., Asad, N., Haider, A. H., & Nadeem, T. (2024). Adolopment of clinical practice guidelines and creation of referral pathways for psychiatric conditions in Pakistan [Élaboration de recommandations de pratique clinique et mise en place de parcours de soins pour les troubles psychiatriques au Pakistan]. *The Lancet Regional Health - Southeast Asia*, 23. <https://doi.org/10.1016/j.lansea.2024.100387>
- Phelps, A. J., Lethbridge, R., Brennan, S., Bryant, R. A., Burns, P., Cooper, J. A., Forbes, D., Gardiner, J., Gee, G., Jones, K., Kenardy, J., Kulkarni, J., McDermott, B., McFarlane, A. C., Newman, L., Varker, T., Worth, C., & Silove, D. (2022). Australian guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: Updates in the third edition [Lignes directrices australiennes pour la prévention et le traitement du syndrome de stress post-traumatique : mises à jour de la troisième édition]. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(3), 230–247. <https://doi.org/10.1177/00048674211041917>
- Phelps, A., Lawrence-Wood, E., Couineau, A.-L., Hinton, M., Dolan, P., Smith, P., Notarianni, M., Forbes, D., & Hosseiny, F. (2022). Mental Health Reform: Design and Implementation of a System to Optimize Outcomes for Veterans and Their Families [Réforme de la santé mentale : conception et mise en œuvre d'un système visant à optimiser les résultats pour les anciens combattants et leurs familles]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph191912681>
- Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health. (2021). *Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex PTSD Summary of recommendation changes* [Lignes directrices australiennes pour la prévention et le traitement du trouble de stress aigu, du trouble de stress post-traumatique et du TSPT complexe : résumé des modifications apportées aux recommandations]. National Health and Medical Research Council. <https://www.phoenixaustralia.org/wp-content/uploads/2022/08/Australian-Guidelines-for-the-Prevention-and-Treatment-of-Acute-Stress-Disorder-Posttraumatic-Stress-Disorder-and-Complex-PTSD-Summary-of-recommendation-changes.pdf>
- Posluns, K., & Gall, T. L. (2020). Dear Mental Health Practitioners, Take Care of Yourselves: A Literature Review on Self-Care [Chers professionnels de la santé mentale, prenez soin

de vous : revue de la littérature sur l'autogestion de la santé]. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 42(1), 1–20. <https://doi.org/10.1007/s10447-019-09382-w>

- Registered Nurses' Association of Ontario. (2021). *Promoting 2SLGBTQI+ health equity [Promouvoir l'équité en matière de santé pour les personnes 2SLGBTQI+]*. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/promoting-2slgbtqi-health-equity>
- Rymaszewska, J., Szczesniak, D., Cubala, W. J., Galecki, P., Rybakowski, J., Samochowiec, J., & Dudek, D. (2019). Recommendations of the Polish Psychiatric Association for treatment of affective disorders in women of childbearing age. Part III: Approach to pregnancy loss and unsuccessful in vitro treatment of infertility [Recommandations de l'Association polonaise de psychiatrie pour le traitement des troubles affectifs chez les femmes en âge de procréer. Partie III : Prise en charge des fausses couches et des échecs de traitement de l'infertilité par fécondation in vitro]. *Psychiatr. Pol*, 53(2), 277–292.
- Schnurr, P. P., Hamblen, J. L., Wolf, J., Coller, R., Collie, C., Fuller, M. A., Holtzheimer, P. E., Kelly, U., Lang, A. J., McGraw, K., Morganstein, J. C., Norman, S. B., Papke, K., Petrakis, I., Riggs, D., Sall, J. A., Shiner, B., Wiechers, I., & Kelber, M. S. (2024). The Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder: Synopsis of the 2023 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guideline [La prise en charge du syndrome de stress post-traumatique et du trouble de stress aigu : résumé des recommandations de pratique clinique 2023 du Département américain des Anciens Combattants et du Département américain de la Défense]. *Annals of Internal Medicine*, 177(3), 363–374. <https://doi.org/10.7326/M23-2757>
- Shekelle, P. G., & Goldman, D. P. (2018). Development of a group judgment process for forecasts of health care innovations [Mise au point d'un processus d'évaluation collective pour les prévisions en matière d'innovations dans les soins de santé]. *JAMA Network Open*, 1(7), e185108–e185108.
- Shepherd, J. P., & Bisson, J. I. (2012). *Managing the impact of violence on mental health, including among witnesses and those affected by homicide [Gérer l'impact de la violence sur la santé mentale, notamment chez les témoins et les personnes touchées par un homicide]*. <https://orca.cardiff.ac.uk/id/eprint/69083>
- Silver, K. E., & Levant, R. F. (2019). An appraisal of the American Psychological Association's Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder [Évaluation des recommandations de pratique clinique de l'American Psychological Association pour le traitement du syndrome de stress post-traumatique]. *Psychotherapy*, 56(3), 347.
- Smith, S. K., Loscalzo, M., Mayer, C., & Rosenstein, D. L. (2018). Best Practices in Oncology Distress Management: Beyond the Screen [Meilleures pratiques en matière de gestion de la détresse en oncologie : au-delà du dépistage]. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 38, 813–821. https://doi.org/10.1200/EDBK_201307

- Truchot, D., Roncari, N., & Bantégny, D. (2011). Burnout, compliance du patient et retrait psychologique chez les médecins généralistes: Une étude exploratoire. *L'Encéphale*, 37(1), 48–53. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2010.03.011>
- Ursano, R. J., Bell, C., Eth, S., Friedman, M., Norwood, A., Pfefferbaum, B., Pynoos, J., Zatzick, D. F., Benedek, D. M., & McIntyre, J. S. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder [Recommandations cliniques pour la prise en charge des patients atteints de trouble de stress aigu et de trouble de stress post-traumatique]. *Am J Psychiatry*, 161(11 Suppl), 3–31.
- Varker, T., Jones, K., Arjmand, H.-A., Hinton, M., Hiles, S., Freijah, I., Forbes, D., Kartal, D., Phelps, A., Bryant, R., Mcfarlane, A., Hopwood, M., & O'Donnell, M. (2021). Dropout from guideline-recommended psychological treatments for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis [Abandon des traitements psychologiques recommandés par les lignes directrices pour le syndrome de stress post-traumatique : revue systématique et méta-analyse]. In *Journal of Affective Disorders Reports* (Vol. 4). <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100093>
- von der Warth, R., Dams, J., Grochtdreis, T., & König, H.-H. (2020). Economic evaluations and cost analyses in posttraumatic stress disorder: A systematic review [Évaluations économiques et analyses de coûts dans le trouble de stress post-traumatique : une revue systématique]. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1753940.
- World Health Organization. (2016). *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation [Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications de santé liées aux mutilations génitales féminines]*. (pp. 1–64). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/206437/?sequence=1>
- World Health Organization. (2023). *Mental health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological, and substance use disorders [Lignes directrices du Programme d'action pour combler les lacunes en santé mentale (mhGAP) relatives aux troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances]* (p. 184). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278>

Termes de recherche pour les lignes directrices sur le SSPT dans EMBASE, PsycInfo et MEDLINE

Base de données : **Embase** <de 1974 au 23 juillet 2024> Stratégie de recherche :

- 1 trouble de stress post-traumatique/ (86003)
- 2 PTSD.ti,ab,kf,kw. (47 828)
- 3 préjudices moraux*.ti,ab,kf,kw. (934)
- 4 névroses post-traumatiques*.ti,ab,kf,kw. (28)
- 5 trouble de stress post-traumatique*.ti,ab,kf,kw. (24 374)
- 6 trouble de stress post-traumatique*.ti,ab,kf,kw. (0)
- 7 lésions liées au stress post-traumatique*.ti,ab,kf,kw. (14)
- 8 lésions liées au stress post-traumatique*.ti,ab,kf,kw. (17)
- 9 ou/1-8 (93 499)
- 10 recommandations de pratique clinique/ (589 025)
- 11 9 et 10 (1 722)
- 12 meilleures pratiques*.ti. (9566)
- 13 conseils cliniques.ti. (309)
- 14 ((traitement ou pratique ou clinique) adj1 (recommandation ou directive*)).ti. (23884)
- 15 12 ou 13 ou 14 (32785)
- 16 9 et 15 (128)

Base de données : APA **PsycInfo** <de 1987 à la 3e semaine de juillet 2024> Stratégie de recherche :

- 1 trouble de stress post-traumatique/ (42 079)
- 2 ptsd.mp. (47 750)
- 3 préjudice moral*.mp. (968)
- 4 neuros* post-traumatique.mp. (4)
- 5 trouble de stress post-traumatique*.mp. (15 950)
- 6 trouble de stress post-traumatique*.mp. (50113)
- 7 préjudice lié au stress post-traumatique*.mp. (5)
- 8 préjudice lié au stress post-traumatique*.mp. (17)
- 9 ou/1-8 (62 072)
- 10 meilleures pratiques*.ti. (2 862)
- 11 « clinical guidance.ti. » (29)
- 12 ((traitement ou pratique ou clinique) adj1 (recommandation ou ligne directrice*)).ti. (1781)
- 13 ou/10-12 (4549)
- 14 9 et 13 (89)

Base de données : OVID **Medline** Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE® Daily et Ovid MEDLINE® de 1946 à aujourd'hui Stratégie de recherche :

- 1 Troubles de stress post-traumatiques/ (43 500)
- 2 PTSD.ti,ab,kf,kw. (36 362)
- 3 préjudices moraux*.ti,ab,kf,kw. (869)
- 4 névroses post-traumatiques*.ti,ab,kf,kw. (42)
- 5 trouble de stress post-traumatique*.ti,ab,kf,kw. (18 426)
- 6 trouble de stress post-traumatique*.ti,ab,kf,kw. (0)
- 7 lésions liées au stress post-traumatique*.ti,ab,kf,kw. (15)
- 8 lésions liées au stress post-traumatique*.ti,ab,kf,kw. (19)

9 ou/1-8 (59 067)
10 « lignes directrices » comme sujet/ ou « lignes directrices de pratique » comme sujet/ (171 032)
11 recommandation de pratique clinique.pt. (31869)
12 conférence de consensus.pt. (12 469)
13 recommandation*.ti. (98894)
14 « meilleures pratiques* ».ti. (7242)
15 « conseils cliniques ».ti. (243)
16 ou/11-15 (132 857)
17 9 et 16 (191)
18 ((traitement ou pratique ou clinique) adj1 (recommandation ou ligne directrice*)).ti. (18935)
19 ou/11-12,14-15,18 (62 961)
20 9 et 19 (125)
21 11 ou 12 ou 14 ou 15 (48 983)
22 9 et 21 (71)
23 9 et 11 (38)

Annexe B

Résumé des traitements psychosociaux du SSPT

	Description
Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)	La TCC met l'accent sur la relation entre les pensées et les comportements ; les patients y apprennent à identifier et à modifier leurs croyances perturbantes ainsi que les réactions émotionnelles et comportementales qui y sont associées. L'objectif de la TCC est d'aider les personnes à prendre conscience que leur façon de penser peut exacerber des problèmes émotionnels tels que la détresse, la dépression ou l'anxiété. Les thérapeutes aident les patients à identifier les distorsions cognitives, à considérer les idées comme potentiellement trompeuses et non comme des faits, et à envisager les situations sous plusieurs angles. La TCC est utile dans les situations où les personnes souhaitent développer des compétences pratiques et mettre en œuvre des stratégies en dehors du cadre thérapeutique. Source : https://www.camh.ca/en/health-info/mental-illness-and-addiction-index/cognitive-behavioural-therapy
Thérapie cognitivo-comportementale centrée sur les traumatismes (TF-CBT)	La TF-CBT est une approche tenant compte des traumatismes, dans laquelle les patients apprennent les techniques de la TCC dans un environnement sûr et sécurisé. Les personnes sont encouragées à partager leurs pensées et leurs émotions, avec une prise en charge anticipée des sentiments difficiles et des symptômes associés. La TF-CBT comprend notamment la psychoéducation, les techniques de relaxation, le traitement cognitif des expériences traumatiques, la thérapie familiale et le renforcement des compétences. Source : https://www.medicalnewstoday.com/articles/trauma-focused-cognitive-behavioral-therapy
Thérapie par traitement cognitif (CPT)	Type spécifique de TCC, la CPT aide les patients à comprendre la relation entre les pensées et les comportements en identifiant les pensées automatiques. Le patient rédige un récit détaillé de son expérience traumatique et de son impact sur ses croyances concernant soi-même, les autres et le monde. Les patients lisent ensuite à haute voix le récit de leur expérience traumatique lors des séances suivantes, dans le but de briser le cycle de l'évitement des pensées et des comportements inadaptés. Le thérapeute aide le patient à développer des stratégies adaptatives pour gérer les pensées nuisibles. Source : https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/cognitive-processing-therapy
Thérapie cognitive (TC)	Tout comme la TPC, la TC est issue de la TCC ; ce traitement est particulièrement utile lorsque la personne revit son traumatisme de manière incontrôlée, ce qui entraîne des stratégies d'adaptation inadaptées. La TC vise à modifier les évaluations pessimistes des souvenirs traumatiques et à développer à la place des évaluations pertinentes de ces expériences. Le patient et le thérapeute s'efforcent de comprendre la signification et l'évaluation des souvenirs traumatiques et d'identifier les évaluations pessimistes. Ils élaborent ensuite un récit cohérent commençant avant le traumatisme et se terminant lorsque le patient s'est senti en sécurité après l'événement. L'objectif global est de réduire le sentiment de menace immédiate suscité par ces souvenirs et de briser les pensées excessivement négatives liées à cette expérience. Source : https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/cognitive-therapy
Désensibilisation et retraitement par les	L'EMDR fait appel à des mouvements oculaires suivant un schéma spécifique pendant le traitement d'un événement traumatique. Ce traitement vise à modifier les émotions, les comportements et les pensées liés à un événement précis

mouvements oculaires (EMDR)	et ne nécessite pas de détails spécifiques à l'incident. Grâce à des instructions guidées, le patient accède à l'expérience traumatique et la retravaille. L'EMDR se déroule en huit étapes, allant de la collecte d'informations à la désensibilisation et au retraitement, en passant par l'ancrage, le balayage corporel, la stabilisation et la réévaluation, le tout accompagné d'un suivi continu. Source : https://my.clevelandclinic.org/health/treatments/22641-emdr-therapy
Thérapie par exposition prolongée (TEP)	La PET (ou PE) est une approche progressive visant à revivre les sentiments, les souvenirs et les situations liés au traumatisme tout en évitant les réactions d'évitement. La PE aide le patient à surmonter l'événement traumatique de manière progressive et sécurisante. À chaque séance, le thérapeute et le patient travaillent ensemble de manière systématique pour pratiquer des exercices d'exposition in vivo (PTTEs). Cette thérapie comporte également des aspects de discussion du traumatisme à l'aide d'une exposition imaginaire, afin d'apprendre à gérer des émotions telles que la colère, la tristesse et la peur. L'objectif de la PE est de réduire progressivement la fréquence et l'intensité des pensées et des sentiments indésirables. La PE étant spécifique au patient et à ses expériences, cette thérapie est individuelle. Source : https://www.ptsd.va.gov/understand_tx/prolonged_exposure.asp
Thérapie par exposition narrative (NET)	La NET est un traitement axé sur le traumatisme destiné aux personnes ayant subi des traumatismes multiples ou complexes. Elle est particulièrement efficace pour le traitement des personnes ayant vécu un traumatisme lié à des forces politiques, sociales ou culturelles, comme c'est le cas des réfugiés. Sous la direction d'un thérapeute, la personne rédige un récit chronologique de sa vie, en se concentrant principalement sur les événements traumatiques et en y entremêlant des expériences positives. L'objectif de cette construction narrative est d'enrichir les souvenirs fragmentés et de créer des récits autobiographiques cohérents qui replacent les expériences traumatiques dans leur contexte. L'un des atouts de la NET réside dans la capacité de la personne à intégrer plusieurs expériences traumatiques dans son traitement. Source : https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/narrative-exposure-therapy
Thérapie de gestion du stress	La gestion du stress fait appel à des exercices de respiration, à la relaxation musculaire et à des « équivalents culturels ». Les exercices de respiration ciblent la respiration rapide et superficielle associée à l'anxiété et encouragent la personne à se concentrer sur des respirations lentes et régulières. La technique consiste à apprendre à la personne à respirer avec son diaphragme (abdomen) plutôt qu'avec le haut du corps. La relaxation musculaire progressive détourne l'attention des muscles tendus et guide systématiquement la personne vers la relaxation musculaire, réduisant ainsi l'anxiété. La personne contracte des groupes musculaires clés puis les relâche, en procédant des pieds vers la tête. Source : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85623/9789241505932_eng.pdf?sequence=1
Gestion des risques liés aux traumatismes (TRiM)	Le TRiM, proposé aussi bien aux individus qu'aux équipes, est un programme de soutien par les pairs animé par des collègues formés qui apportent des conseils concernant les traumatismes psychologiques. En cas de traumatisme sur le lieu de travail, le TRiM peut être mis en œuvre dans le cadre d'un débriefing d'incident. L'objectif du TRiM est d'aider les individus à comprendre que leur réaction face à un événement traumatisant est une réaction normale à un événement anormal. Les pairs apportent des conseils et un soutien tout au long du processus de rétablissement. Si nécessaire, le collègue formé orientera les personnes vers des services complémentaires si les symptômes persistent. Source : https://www.nhsscotlandnorth.scot/uploads/tinymce/TRiM%20presentation%20-%202004.05.22.pdf
Thérapie éclectique brève (BET)	La BET (ou psychothérapie éclectique brève [BEP]) consiste en une série de séances (16 au total), chacune ayant un objectif spécifique visant à traiter une seule expérience traumatique. Les séances intègrent des aspects de

	psychoéducation, de thérapie par la parole, de techniques de relaxation, d'exercices d'écriture et de prévention des rechutes. L'objectif de la BET/BEP est de transformer les sentiments de honte et de culpabilité liés à l'expérience traumatique. Une relation solide entre le patient et le thérapeute est indispensable à la réussite de la BET/BEP. Source : https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/brief-eclectic-psychotherapy
Thérapie d'exposition par l'écriture	La thérapie d'exposition par l'écriture est une intervention qui invite les personnes à décrire en détail leur expérience traumatique. La personne se concentre sur les pensées et les sentiments qui ont surgi pendant l'événement, dans le but de réduire la peur associée à cette expérience. Le patient apprend que le souvenir traumatique n'est pas dangereux ; la détresse liée à l'événement est passagère et s'atténuera avec le temps. De plus, la personne peut modifier sa façon de penser et la signification qu'elle attribue au souvenir traumatique. Les patients doivent participer à deux séances « in vivo » en dehors des séances de thérapie habituelles afin d'accroître l'exposition. Chaque séance suit un protocole très strict afin de garantir une prise en charge standardisée. Source : https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/txessentials/written_exposure_therapy.asp
Thérapie centrée sur le présent (PCT)	La PCT est un traitement qui aide la personne à développer des réponses adaptatives aux facteurs de stress actuels liés aux symptômes du SSPT. Les personnes apprennent comment leurs symptômes de SSPT affectent leurs émotions actuelles et leur perception des problèmes, et comment réagir en s'appuyant sur leurs forces personnelles. Les patients identifient les difficultés qu'ils ont rencontrées récemment et, avec l'aide du thérapeute, développent de nouvelles façons d'y faire face. La PCT ne traite pas directement le traumatisme, mais aide la personne à comprendre l'influence des symptômes du SSPT sur les situations actuelles. La personne apprend à réagir aux facteurs de stress d'une manière plus personnelle et plus constructive. Source : https://www.ptsd.va.gov/understand_tx/present_centered_therapy.asp
Thérapie par réalité virtuelle (TRV)	La VRT, ou thérapie d'exposition par réalité virtuelle (VRET), consiste en un environnement numérique offrant des opportunités captivantes et interactives d'apprentissage et de développement de compétences psychologiques. Elle permet une exposition progressive, contrôlée et immersive au traumatisme, en remplacement des situations « in vivo ». Les patients fournissent des détails sur leur événement traumatique et un technicien crée un environnement tridimensionnel sur mesure reproduisant leur expérience. La VRT séduit les personnes qui ne réagissent pas aux traitements traditionnels fondés sur des données probantes, ainsi que celles qui peuvent souffrir de la stigmatisation associée aux traitements traditionnels de santé mentale. Elle permet également de surmonter les obstacles à l'engagement, tels que le détachement émotionnel, grâce à son environnement immersif. Source : https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/virtual-reality-exposure-therapy
Thérapie par répétition imaginaire (IRT)	L'IRT (ou IR) est un traitement efficace pour les personnes souffrant de cauchemars comme symptôme du syndrome de stress post-traumatique (SSPT), en particulier pour les victimes d'actes criminels. Les patients choisissent un cauchemar récurrent lié au traumatisme en décrivant et en notant ses détails spécifiques. Ils choisissent ensuite un aspect du scénario ou de l'imagerie du rêve. Cela leur permet d'acquérir une maîtrise en notant le changement et en répétant mentalement cette adaptation. L'IRT laisse place à des discussions sur le contenu du cauchemar et offre la flexibilité nécessaire pour générer des idées visant à modifier le scénario, tant dans le cadre de traitements individuels qu'en groupe. Source : https://www.phoenixaustralia.org/disaster-hub/wp-content/uploads/2022/09/Imagery-rehearsal-manual.pdf
Thérapie centrée sur le présent (PCT)	La PCT favorise le développement de compétences permettant de faire face aux problèmes de la vie quotidienne liés aux symptômes individuels du SSPT. Le patient s'efforce d'identifier la manière dont les symptômes du SSPT affectent ses émotions et ses actions, et d'apprendre de nouvelles façons de réagir lorsque des difficultés surviennent. Le

Traitements du syndrome de stress post-traumatique : analyse de l'état des lieux des recommandations cliniques en matière de bonnes pratiques

	développement de compétences en résolution de problèmes peut renforcer le sentiment de contrôle et d'efficacité face aux défis quotidiens. La PCT comporte des aspects de psychoéducation, de thérapie par la parole et de résolution de problèmes. La PCT est dispensée sur une base individuelle. Source : https://www.ptsd.va.gov/understand_tx/present_centered_therapy.asp
Entraînement à l'inoculation du stress (SIT)	La SIT enseigne à la personne de nouvelles compétences et techniques d'adaptation liées aux symptômes du SSPT. Plus précisément, la SIT aide le patient à développer différentes réactions pour gérer les situations stressantes. La manière dont la personne perçoit la situation, ses pensées et ses comportements peut être plus difficile en présence de symptômes du SSPT. Les participants s'entraînent à mettre en œuvre de nouvelles compétences de résolution de problèmes tout en appliquant des techniques de relaxation telles que la concentration sur la respiration, l'arrêt des pensées et le fait de rester dans le moment présent. L'objectif est de prendre conscience que les facteurs de stress de la vie quotidienne et les réactions qui en découlent peuvent être modifiés. Source : https://www.ptsd.va.gov/understand_tx/stress_inoculation_training.asp
Débriefing psychologique	Le débriefing psychologique (ci-après dénommé « débriefing ») est une méthode visant à apporter un soutien immédiatement après un événement traumatisant afin de prévenir le SSPT. Il consiste généralement en une seule séance organisée dans les jours qui suivent une expérience traumatisante. Des recherches suggèrent que le débriefing est efficace à court terme, mais qu'il peut aggraver les symptômes du SSPT au fil du temps. Les praticiens et le contenu varient, mais la plupart des traitements par débriefing se déroulent en groupe. Le débriefing est également désigné sous d'autres noms, notamment « approches d'intervention en situation de crise », « débriefing psychologique de groupe », « débriefing de processus » et « débriefing ou gestion du stress lié à un incident critique ». Source : https://www.ptsd.va.gov/understand_tx/present_centered_therapy.asp
Recherche de sécurité	La « recherche de sécurité » est une approche thérapeutique qui traite les troubles concomitants liés à la consommation de substances (SUD) et au SSPT. Il s'agit d'une combinaison de thérapies cognitivo-comportementales et psychodynamiques. Les thérapeutes abordent 25 thèmes qui portent globalement sur les défis cognitifs, comportementaux et interpersonnels, ainsi que sur les capacités d'adaptation, tant pour le SSPT que pour les SUD. Chaque thème est indépendant, ce qui permet au patient et au thérapeute de choisir en toute flexibilité les thèmes les plus importants pour la personne concernée. Cette approche est disponible en groupe et en individuel. Source : https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Seeking-Safety-Rapid-Review-2014-en.pdf
Soins par paliers ou soins collaboratifs	Un modèle de soins par paliers vise à prendre en charge les personnes avec le niveau de traitement le moins intensif tout en leur fournissant des soins adéquats. Lorsqu'ils recourent aux soins par paliers, les professionnels de santé suivent en permanence les progrès du patient. Un modèle de soins collaboratifs vise à intégrer tous les professionnels de santé faisant partie de l'entourage de soins d'un patient au sein d'une même équipe structurée. Les professionnels de santé ont souvent recours simultanément aux modèles de soins par paliers et aux soins collaboratifs. L'utilisation conjointe de ces deux approches de soins s'avère efficace et rentable. Source : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6010425/
Psychoéducation	De manière générale, la psychoéducation consiste à fournir des informations sur les troubles de santé mentale, notamment en ce qui concerne leur cause, leur évolution, leurs symptômes et leurs répercussions. La psychoéducation couvre de nombreux aspects de la santé, notamment les domaines mental, physique, spirituel et émotionnel. Elle permet aux personnes concernées et à leurs familles de prendre conscience que leurs symptômes sont normaux et prévisibles en réaction à un événement anormal. De plus, la psychoéducation propose au patient des stratégies pour faire face aux symptômes à mesure qu'ils apparaissent.

	Source : https://www.psychologytoday.com/ca/blog/expressive-trauma-integration/202103/psychoeducation-in-trauma-focused-psychotherapy
Techniques de relaxation	Les techniques de relaxation réduisent la détresse rapidement et efficacement ; elles peuvent également contribuer à prévenir la panique et d'autres sentiments négatifs de malaise. Les techniques de relaxation détournent l'attention de la personne des sensations physiques perturbantes associées à la détresse. Souvent, les professionnels de santé suggèrent des techniques de respiration profonde et de relaxation musculaire progressive, mais d'autres pratiques sont également recommandées, telles que la méditation, le yoga, les étirements, la prière, l'écoute de musique calme et apaisante, et le fait de passer du temps dans la nature. Source : https://www.ptsd.va.gov/gethelp/coping_stress_reactions.asp
Stabilité (phase de stabilisation)	La phase de stabilité ou de stabilisation est la première phase d'une approche en trois phases du traitement du SSPT complexe. Cette étape garantit que le patient est d'abord en sécurité sur les plans physique et émotionnel. La stabilisation offre également aux patients la possibilité d'améliorer leur régulation émotionnelle et leurs capacités d'adaptation avant d'entamer les traitements formels du SSPT. L'achèvement de cette phase tient compte du fait qu'une personne peut être en proie à des émotions liées à l'événement traumatique. La stabilisation implique l'établissement d'une relation de confiance entre le patient et le thérapeute, la psychothérapie, la gestion des crises et la définition de limites. Source : https://jnodelmanlcswh.com/emdr-stabilization/

Annexe C

Résumés sous forme de cartes thermiques modifiées des recommandations thérapeutiques relatives au SSPT

Tableau C1. Résumés des traitements : lignes directrices existantes sur le SSPT																			
	TCC	TFCB T	Variant e de la TCC	TP C	CT	PE	EMDR	NET	Gestion du stress ou des risques traumatiqu es ;	BEP	Écrit	VRT, IRT	PCT	SIT	Debf	Sfty Skng	Soins par étape s	Psyc h-Ed	Techniq ues de relaxation , Stable
APA, 2017	Fort			Fort	Fort	Fort	Condition	Cond		Cond						Contr e			Contre
CPA, 2014	Fort	Fort	Fort* Cond			Fort	Fort					Modér é			Contr e				
ISTSS, 2019	Con d	Fort	Faible	Fort	Fort	Fort	Fort	Modér é		Contr e	Faibl e	Faible	Conditionn el				Fort	Contr e	Contre
Phoeni x, 2020	Faibl e	Fort	Cond	Fort	Fort	Fort	Fort	Cond			Faibl e	Faible	Modéré	Conditionn el	Contr e		Fort		
NICE, 2018		Fort		Fort	Fort	Fort	Fort* Cond	Fort							Contr e				
VA/Do D, 2023		Fort	Faible	Fort		Fort	Fort	Cond		Cond	Con d		Cond	Cond					
OMS, 2023		Cond	Cond				Cond		Cond										
Remarque : la mention « Fort* » indique que, dans certaines conditions, le traitement était fortement recommandé, tandis que dans d'autres, les données disponibles justifiaient une recommandation conditionnelle. La variante de la TCC comprenait des adaptations en groupe, individuelles, en séance unique et familiales TCC = Thérapie cognitivo-comportementale ; TF-TCC = Thérapie cognitivo-comportementale axée sur les traumatismes ; CPT = Thérapie par traitement cognitif ; CT = Thérapie cognitive ; PE = Exposition prolongée ; EMDR = Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires ; NET = Thérapie par exposition narrative ; Gestion du stress ou des risques liés aux traumatismes = Thérapies de gestion du stress ou des risques liés aux traumatismes ; BEP = Psychothérapie éclectique brève ; Écrite – Thérapie par exposition écrite ; VRT = Thérapie par réalité virtuelle ; IRT = Thérapie par répétition imaginaire ; PCT = Thérapie centrée sur le présent ; SIT = Entraînement à l'inoculation du stress ; Débriefing = Débriefing ; Recherche de sécurité = Recherche de sécurité ; Soins par paliers = Modèles de soins par paliers ou collaboratifs ; Éducation psychologique = Éducation psychologique ; Techniques de relaxation = Techniques de relaxation ; Stable = Soins par paliers basés sur la stabilité																			

	TC C	TF- TCC	Variant e de la TCC	CPT	CT	PE	EMD R	NET	Gestion du stress ou des traumatisme s ;	BEP	Écri t	VRT , IRT	PCT, ACT	SI T	Debf	Sfty Skn g	Soins par étape s	Psych -Ed	Technique s de relaxation, Stable
Billings et al., 2023			Cond				Cond		Faible						Contr e Faible *				
de Jongh et al., 2016		Fort				Fort	Fort				Fort								Contre
Greer et al., 2019				Faibl e		Faibl e							Faibl e						
Guimarães et al., 2022		Fort		Fort	Fort	Fort	Fort	Modér é											
Hamblen et al., 2019		Fort		Fort	Fort	Fort	Fort	Cond		Con d		Con d							
Kowalski et al., 2024	Fort					Fort	Fort												
Martin et al., 2021	Fort	Fort		Fort	Modér é	Fort						Con d							
Varker et al., 2021		Contr e																	
von der Warth et al., 2020		Fort	Fort																
<i>Remarque</i> : la mention « Fort* » indique que, dans certaines conditions, le traitement était fortement recommandé, tandis que dans d'autres, les données fournies justifiaient une recommandation thérapeutique conditionnelle La variante de la TCC comprenait des adaptations en groupe, individuelles, en séance unique et familiales TCC = Thérapie cognitivo-comportementale ; TF-TCC = Thérapie cognitivo-comportementale axée sur les traumatismes ; CPT = Thérapie par traitement cognitif ; CT = Thérapie cognitive ; PE = Exposition prolongée ; EMDR = Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires ; NET = Thérapie par exposition narrative ; Gestion du stress ou des risques liés aux traumatismes = Thérapies de gestion du stress ou des risques liés aux traumatismes ; BEP = Psychothérapie éclectique brève ; Écrite – Thérapie par exposition écrite ; VRT = Thérapie par réalité virtuelle ; IRT = Thérapie par répétition imaginaire ; PCT = Thérapie centrée sur le présent ; SIT = Entraînement à l'inoculation du stress ; Débriefing = Débriefing ; Recherche de sécurité = Recherche de sécurité ; Soins par paliers = Modèles de soins par paliers ou collaboratifs ; Éducation psychologique = Éducation psychologique ; Techniques de relaxation = Techniques de relaxation ; Stable = Soins par paliers basés sur la stabilité																			

Traitements du syndrome de stress post-traumatique : analyse de l'état des lieux des recommandations cliniques en matière de bonnes pratiques

Tableau C3. Résumés des traitements : modèles organisationnels de soins intégrés incluant des recommandations relatives au SSPT																			
	TCC	TF-CBT	Variant e de la TCC	CPT	CT	PE	EMDR	NET	Gestion du stress ou des traumatisme s	BEP	Écri t	VRT , IRT	PCT , ACT	SI T	Debf	Sfty Skn g	Soins par étape s	Psych -Ed	Technique s de relaxation, Stable
ACOG, 2021	Parmi les nouvelles approches figurent les soins tenant compte des traumatismes et les considérations relatives à la formation des stagiaires																		
ACS, 2023																	Fort		
AHA, 2022		Fort	Modéré				Fort												
ASIE, 2021	Faibl e	Faibl e		Faibl e	Faibl e	Faibl e	Faible	Faibl e		Faibl e					Contr e				
ACOS, 2018	Cond																	Cond	
CPFC, 2022	Les nouvelles approches incluent la reconnaissance du traumatisme, la confiance en la force et la résilience du patient, la prise en compte des identités culturelles, personnelles et sociales, ainsi que la discussion sur le préjudice moral																		
ERS, 2022	Les nouvelles approches comprennent le soutien psychologique et la rééducation physique																		
Ministère de la Santé, 2015	Fort						Cond												
PPA, 2019			Cond							Cond								Cond	
RACGP, 2019			Faible							Fort								Fort	
RCP, 2012		Fort														Contr e			
RNAO, 2021	Les nouvelles approches comprennent la création d'environnements sûrs et confortables ainsi que la prise en compte des identités culturelles, personnelles et sociales																		
OMS, 2016	Cond		Cond							Faible								Faible	
<i>Remarque :</i> la mention « Fort* » indiquait que, dans certaines conditions, le traitement était fortement recommandé, tandis que dans d'autres, les données disponibles justifiaient une recommandation conditionnelle La variante de la TCC comprenait des adaptations en groupe, individuelles, en séance unique et familiales TCC = Thérapie cognitivo-comportementale ; TF-TCC = Thérapie cognitivo-comportementale axée sur les traumatismes ; CPT = Thérapie par traitement cognitif ; CT = Thérapie cognitive ; PE = Exposition prolongée ; EMDR = Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires ; NET = Thérapie par exposition narrative ; Gestion du stress ou des risques liés aux traumatismes = Thérapies de gestion du stress ou des risques liés aux traumatismes ; BEP = Psychothérapie éclectique brève ; Écrite – Thérapie par exposition écrite ; VRT = Thérapie par réalité virtuelle ; IRT = Thérapie par répétition imaginaire ; PCT = Thérapie centrée sur le présent ; SIT = Entraînement à l'inoculation du stress ; Débriefing = Débriefing ; Recherche de sécurité = Recherche de sécurité ; Soins par paliers = Modèles de soins par paliers ou collaboratifs ; Éducation psychologique = Éducation psychologique ; Techniques de relaxation = Techniques de relaxation ; Stable = Soins par paliers basés sur la stabilité																			

Tableau C4. Résumés des traitements : modèles de soins intégrés incluant des recommandations sur le SSPT élaborées par des établissements universitaires																			
	TCC	TF-CBT	Variante de la TCC	CPT	CT	PE	EMDR	NET	Gestion du stress ou des traumatismes ;	BEP	Écrit	VRT, IRT	PCT, ACT	SIT	Debrief	Sfty Skng	Soins par étapes	Psych-Ed	Techniques de relaxation, Stable
Bisson et al., 2019		Fort	Contre				Cond		Cond							Fort		Fort	
Church et al., 2017			Cond						Cond							Cond		Cond	
Foa et al., 2005	Fort				Fort	Fort								Fort					
Gautam et al., 2017			Cond															Cond	
Hagerty et al., 2020				Fort		Fort													
Lewis & Bisson, 2022	Faible	Fort			Faible		Fort		Faible										
Pervez et al., 2024	Fort	Fort				Fort	Fort								Fort				
Subrahmanya m et al., 2018							Modéré												
Xenakis, 2014			Cond																
Remarque : la mention « Fort* » indiquait que, dans certaines conditions, le traitement était fortement recommandé, tandis que dans d'autres, les données fournies justifiaient une recommandation conditionnelle La variante de la TCC comprenait des adaptations en groupe, individuelles, en séance unique et familiales TCC = Thérapie cognitivo-comportementale ; TF-TCC = Thérapie cognitivo-comportementale axée sur les traumatismes ; CPT = Thérapie par traitement cognitif ; CT = Thérapie cognitive ; PE = Exposition prolongée ; EMDR = Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires ; NET = Thérapie par exposition narrative ; Gestion du stress ou des risques liés aux traumatismes = Thérapies de gestion du stress ou des risques liés aux traumatismes ; BEP = Psychothérapie éclectique brève ; Écrite – Thérapie par exposition écrite ; VRT = Thérapie par réalité virtuelle ; IRT = Thérapie par répétition imaginaire ; PCT = Thérapie centrée sur le présent ; SIT = Entraînement à l'inoculation du stress ; Debriefing = Débriefing ; Recherche de sécurité = Recherche de sécurité ; Soins par paliers = Modèles de soins par paliers ou collaboratifs ; Éducation psychologique = Éducation psychologique ; Techniques de relaxation = Techniques de relaxation ; Stable = Soins par paliers basés sur la stabilité																			

Annexe D

Résumé des commentaires et critiques concernant les lignes directrices de l'APA (2017) sur le traitement du SSPT

Auteur	Critique
Austern, 2017	Dans le cadre d'un modèle de soins par paliers, la thérapie d'exposition écrite devrait être envisagée comme un traitement précoce et, si elle s'avère efficace, comme un traitement autonome
	La thérapie par exposition écrite nécessite moins de séances, moins de travail à domicile et présente un plus grand potentiel de diffusion par rapport à la thérapie par traitement cognitif et à l'exposition prolongée
Bryant-Davis, 2019	Les traitements conventionnels du SSPT ne prennent pas en compte les sources culturelles du traumatisme, notamment les traumatismes historiques, le racisme, le sexisme, l'hétérosexisme, les crimes haineux et les traumatismes sociétaux
	Les recommandations devraient inclure des approches thérapeutiques émergentes sur le plan culturel, telles que la thérapie Ubuntu, les cercles d'émancipation et les roues médicinales.
Courtois & Brown, 2019	Le recours exclusif aux essais contrôlés randomisés (ECR) pour élaborer des recommandations thérapeutiques sur le SSPT a conduit à un champ d'application restreint des traitements recommandés
	Les organisations doivent collaborer pour élaborer des recommandations multidimensionnelles qui prennent en compte l'intersectionnalité en tant que composante des identités individuelles
	Les recommandations actuelles témoignent d'un manque de prise en compte de la compétence culturelle et de l'humilité dans le traitement du SSPT
	Cela souligne l'importance d'inclure des personnes ayant vécu ou vivant actuellement cette expérience lors de l'élaboration des recommandations thérapeutiques
	L'APA doit évaluer de manière critique le recours aux modèles biomédicaux pour élaborer des recommandations en psychologie
Dauphin, 2020	L'importance excessive accordée aux données issues d'essais contrôlés randomisés (ECR) pour élaborer des lignes directrices sur le traitement du SSPT a conduit à un champ d'application restreint des traitements
	Le manque d'accent mis sur l'importance d'alliances thérapeutiques solides (relations praticien-patient) a constitué une omission
	L'APA semblait privilégier les « traitements de marque » au détriment des préférences thérapeutiques des patients
Dominguez & Lee, 2017	La désensibilisation et le retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) a été classée comme recommandation conditionnelle malgré les données existantes attestant de son efficacité dans le traitement du SSPT
	Cette recommandation reposait sur l'utilisation d'une mesure inappropriée pour calculer la taille de l'effet, l'omission d'ECR pertinents et actualisés, l'inclusion d'ECR présentant un risque élevé de biais, et l'exclusion d'études dans lesquelles les participants n'avaient pas reçu de diagnostic de SSPT mais présentaient des symptômes cliniquement pertinents.
Halfond et al., 2020	Il existe une lacune dans les recommandations, et plus largement dans la recherche, concernant les effets indésirables potentiels des interventions psychothérapeutiques

	Les prochaines versions des recommandations devraient définir ce qui constitue un préjudice et classer les préjudices selon leur gravité, de léger à grave.
Henning & Brand, 2019	Les recommandations manquent d'orientations destinées aux stagiaires pour la prise en charge de personnes présentant des troubles complexes ou des comorbidités
	Les stagiaires sont encouragés à approfondir leurs connaissances sur les traitements, notamment en ce qui concerne les critères d'inclusion et d'exclusion, les taux d'abandon, les effets secondaires, les caractéristiques démographiques et les biais des auteurs
	Les stagiaires devraient mener une réflexion critique sur la capacité des patients présentant des pathologies comorbides à tolérer les traitements, en évaluant leur fonctionnement global
	Il est nécessaire de mener une évaluation supplémentaire de l'impact de la culture et du lieu de résidence sur l'exposition au traumatisme et l'expression des symptômes
	Des conseils doivent être fournis aux stagiaires concernant l'impact négatif de l'exposition à des contenus traumatiques et l'importance de prendre soin de soi
	L'APA devrait reconnaître que tous les superviseurs ne sont pas nécessairement suffisamment formés pour aider les stagiaires dans ces domaines
Kudler, 2019	Les recommandations de pratique clinique doivent accorder une importance égale à l'expérience clinique et aux approches scientifiques
	Les comités chargés d'examiner les recommandations devraient être composés à parts égales de conseillers scientifiques et de praticiens cliniques
Norcorss & Wampold, 2019	Les recommandations ne tiennent actuellement pas compte de l'importance des alliances thérapeutiques (lien entre le patient et le thérapeute)
	La réactivité du thérapeute (par exemple, sa culture, sa religion, ses préférences thérapeutiques) constitue également une lacune dans les recommandations
	Les clients potentiels doivent tenir compte des caractéristiques propres au thérapeute, telles que sa souplesse stylistique et son accessibilité
Silver & Levant, 2019	Le groupe de travail de l'APA sur la pratique fondée sur les preuves devrait réécrire les recommandations en s'appuyant sur une approche tripartite fondée sur les preuves, qui inclut a) la recherche, b) l'expérience clinique et le jugement, et c) les caractéristiques du patient et ses préférences thérapeutiques
	Il est nécessaire de formuler des recommandations spécifiques concernant l'intégration de l'expérience clinique ainsi que des valeurs et préférences du patient dans la prise de décision thérapeutique