

Brochure d'information sur le TSPT



Brochure d'information sur le TSPT

Contributeurs

Zsuzsanna Kerekes, Ph.D.

Sandra Dorman, Ph.D.

Rédaction, conception et illustrations : Victoria Banderob

Consultant : Jamie Lyn Flesch, Ph.D., C.Psych.

Édition de textes, de dessins et d'illustrations : Tobi Mankis

Correcteurs d'épreuves : Courtney Lessel et Giselle Thrush

Traduit de l'anglais par : Traductions au Canada



Juin 2023

Introduction

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) peut se développer chez les personnes exposées à un traumatisme, indépendamment du sexe, de l'âge, de la culture ou d'autres facteurs démographiques. Le TSPT est plus complexe qu'il n'y paraît. En fait, nos réactions aux événements traumatisants ou stressants varient et sont influencées par de nombreux facteurs.

L'objectif de cette brochure est d'offrir un aperçu et une compréhension du concept du TSPT. Notre objectif est de fournir des informations pertinentes en commençant par l'expérience du stress, les mécanismes du TSPT, le traitement du TSPT et d'autres sources d'intervention. Ce faisant, nous espérons également ouvrir la voie à une communication respectueuse et constructive, et faciliter l'accès au traitement, le cas échéant.

Lorsqu'une personne présente des symptômes de stress post-traumatique, l'individu lui-même et son entourage en sont inévitablement affectés. La brochure d'information sur le TSPT peut donc fournir des informations à la personne atteinte du TSPT, ainsi qu'à son système de soutien social (par exemple, les membres de la famille, les amis, les collègues), afin de mieux comprendre ce trouble.

Ce livret peut être lu et discuté ensemble ou individuellement, dans son intégralité ou par sections, selon les préférences de chacun.

L'objectif n'est pas de fournir une liste exhaustive des symptômes, ni de décrire complètement toutes les connaissances scientifiques pertinentes liées au sujet.

L'autodiagnostic ou le diagnostic d'autres personnes dans l'environnement direct ou indirect d'un individu sur la base des connaissances acquises dans cette brochure ou ailleurs comporte des risques et des préjudices. La communication d'un diagnostic relève de la responsabilité d'un professionnel agréé et enregistré, dans des circonstances contrôlées et réglementées, à l'aide des outils de diagnostic appropriés. Ce livret ne doit pas être utilisé comme un substitut à la recherche d'une aide professionnelle.

Le TSPT appartient à la catégorie des « troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress » dans la 5^e édition (révision textuelle) du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, l'outil de diagnostic officiel utilisé par les professionnels de la santé désignés. Par conséquent, pour commencer à expliquer ce qu'est le TSPT, nous commencerons par donner une brève explication du stress, puis nous fournirons des informations sur les troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress. Dans un deuxième temps, nous expliquerons ce qu'est un traumatisme, puis nous aborderons plus en détail le trouble de stress post-traumatique (TSPT). À la fin, nous espérons avoir répondu aux questions les plus courantes concernant le TSPT et avoir proposé une liste pertinente de ressources.

Table des matières

Le stress3

La santé mentale14

Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress ..21

Le TSPT26

Traitements44

À la famille et aux amis61

Soutenir la famille ou les amis atteints du TSPT65

Ressources71

LE STRESS

Le stress est une réponse normale et non spécifique de l'organisme à toute situation exigeante.

Une réponse non spécifique signifie que la réponse physiologique au stress est la même, qu'il s'agisse d'un stress positif (appelé **eustress**) ou d'un stress négatif (appelé **détresse**), auquel la personne doit s'adapter.

Le stress affecte les individus sur le plan physique et psychologique. Pour le soulager, nous devons soit modifier les facteurs de stress, soit gérer les effets du stress lui-même.

Le stress peut avoir des significations différentes d'un individu à l'autre. Un événement stressant pour une personne peut être un événement neutre ou un défi positif pour une autre. Malgré les différences dans l'expérience du stress et la réaction au stress, il y a toujours des caractéristiques communes. Commençons par les types d'éléments, appelés stimuli ou facteurs de stress, qui sont à l'origine du stress.



STRESS POSITIF

EUSTRESS

Difficile
Stimule la croissance
Constructif
Bénéfique



STRESS NÉGATIF

DÉTRESSE

Nocif
Exigeant
Dommageable



Facteurs de stress

Les facteurs de stress peuvent être tout ce qu'un individu perçoit comme une source de stress (par exemple, le bruit, la pression du temps, etc.) et qui induit une réaction de stress. La définition d'un facteur de stress repose sur la perception individuelle, et peut donc être différente pour chacun. Chacun connaît des événements ou des circonstances dans sa vie qui déclenchent une réaction de stress plus rapide ou plus intense. Même l'anticipation d'un facteur de stress peut provoquer une réaction de stress qui est aussi réelle que l'exposition elle-même.

Types de facteurs de stress



Tracas quotidiens (par exemple, déplacements, tâches ménagères, etc.)



Changements importants dans la vie ou tournants (par exemple, début d'un nouvel emploi, divorce, etc.)



Catastrophes ou événements traumatisants (par exemple, événements imprévisibles à grande échelle, accidents majeurs, catastrophes naturelles, expériences violentes, etc.)

Les catastrophes ou les événements traumatisants sont les déclencheurs les plus directs du TSPT; toutefois, l'exposition à un événement traumatisant ne conduit pas nécessairement au développement du TSPT. Certains facteurs peuvent créer une vulnérabilité au stress post-traumatique. En d'autres termes, le lien entre les facteurs de stress traumatiques et le développement du trouble de stress post-traumatique est essentiel, mais pas causal.

Caractéristiques des facteurs de stress



Événements marquants : événements susceptibles d'affecter les principaux domaines de la vie, tels que le travail et la famille, en particulier lorsqu'ils sont négatifs.



La surcharge : les facteurs de stress multiples peuvent s'accumuler (ou se combiner) et devenir accablants.

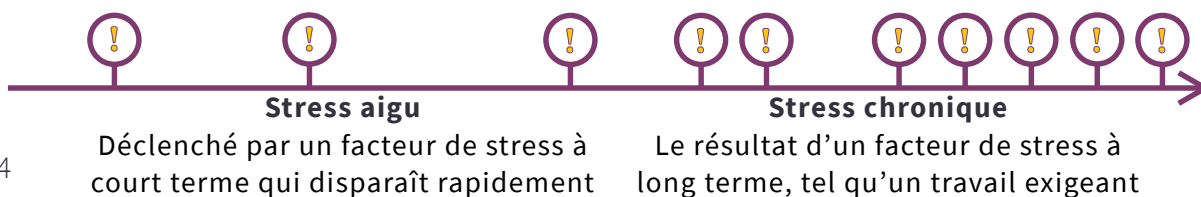


Les situations ambiguës : les événements peu clairs peuvent entraîner une réaction de stress plus fréquente.



Événements incontrôlables : les événements imprévisibles et incontrôlables peuvent être plus difficiles à gérer.

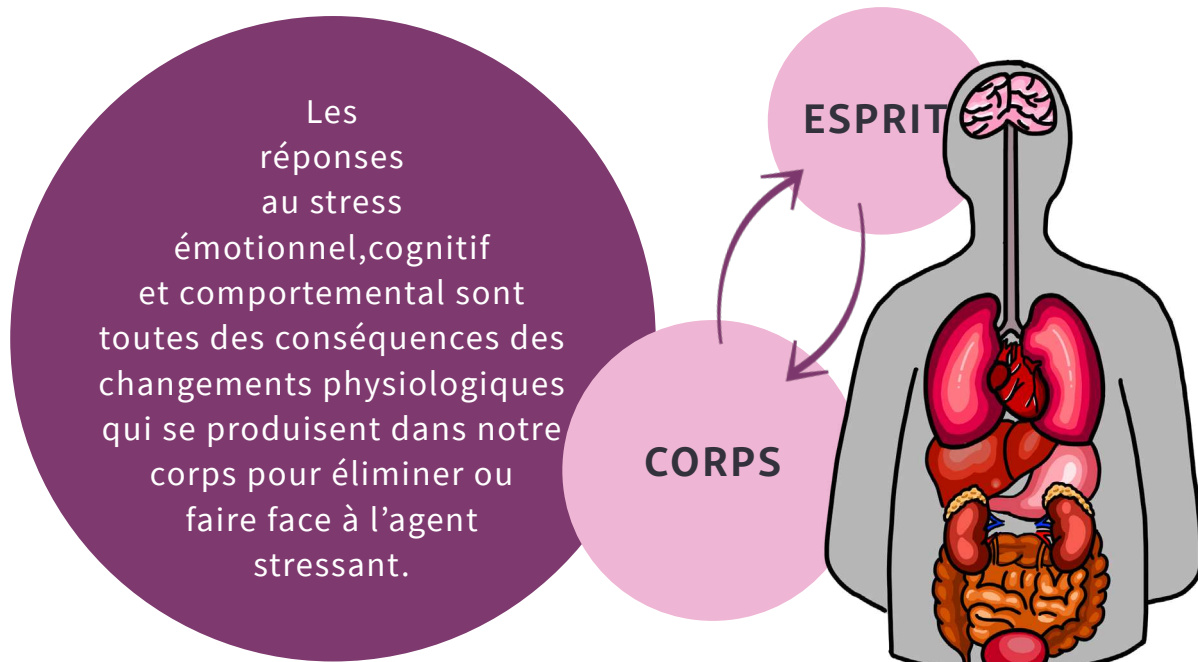
Durée des facteurs de stress



Réaction au stress

La réaction au stress peut être émotionnelle, cognitive, comportementale et/ou physiologique. Certains peuvent ressentir des changements à chacun de ces niveaux avec une grande intensité, tandis que d'autres peuvent n'en ressentir que quelques-uns ou n'avoir qu'une réaction très minime. Par ailleurs, certaines personnes peuvent ne ressentir que des changements affectant certaines zones de la réaction au stress, tandis que d'autres peuvent ne même pas être conscientes que ces réactions se produisent chez elles. Diverses situations peuvent provoquer des réactions différentes et individuelles, sans que la personne en soit consciente.

L'apparition d'une réaction de stress pendant ou après l'exposition à un facteur de stress peut être une réponse saine, adaptative et protectrice que l'organisme met en œuvre pour se préparer à faire face à la situation. Après une exposition à des facteurs de stress aigus et de courte durée, une réponse au stress fait partie du processus d'adaptation. En revanche, l'exposition à un facteur de stress intense, sévère, incontrôlable et chronique peut entraîner une détresse psychologique. Toutefois, le fait d'éprouver certains symptômes n'indique pas nécessairement l'existence d'un problème ou d'un trouble de santé mentale.



Le saviez-vous?

En général, nous ne nous contentons pas de réagir passivement au stress. Nous passons généralement par un processus **d'évaluation cognitive**, au cours duquel nous évaluons les exigences du facteur de stress et les ressources dont nous disposons. Notre stress peut être influencé par le résultat de notre processus d'évaluation. Les chercheurs ont défini quatre façons d'évaluer initialement un facteur de stress :

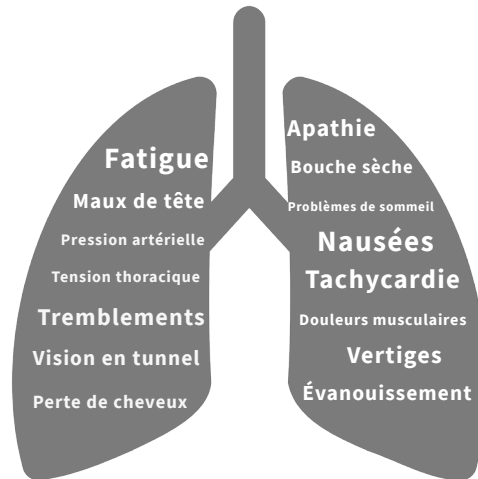
1. non pertinent
2. bénin ou positif
3. nuisible et menaçant
4. nuisible et difficile

Effets de la réaction de détresse

Effets émotionnels



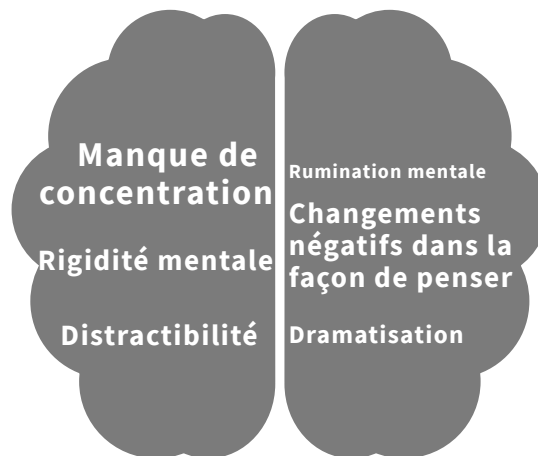
Effets physiologiques



Effets comportementaux



Effets cognitifs



Le saviez-vous?

Les facteurs de protection peuvent atténuer les effets négatifs du stress, même dans des circonstances extrêmes. Les facteurs de protection sont par exemple les capacités d'adaptation efficaces, le soutien social, l'optimisme, l'estime de soi et la recherche du sens.

Réponse physiologique au stress

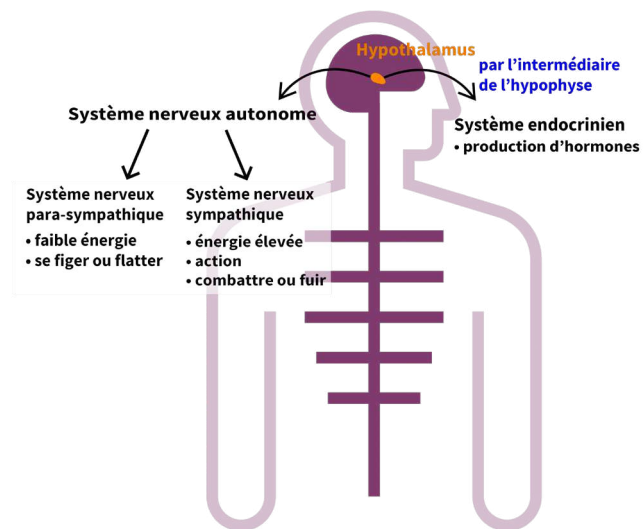
Lorsque nous sommes confrontés à une situation risquée ou dangereuse (par exemple, un ours qui saute des bois devant nous), notre cerveau et notre corps réagissent généralement à cette situation, ce qui est connu sous le nom de réaction physiologique au stress. Cette réponse nous prépare à « combattre, fuir, se figer ou flatter » en stimulant le cerveau et les muscles pour qu'ils passent à l'action. Le fait d'être excité par quelque chose ou d'avoir peur d'une situation dangereuse est enregistré dans la même zone de notre cerveau, appelée l'hypothalamus.

L'hypothalamus est responsable de nombreuses fonctions de notre cerveau, telles que :

- créer un lien avec les émotions et l'intérêt pour les récompenses;
- connecter le système nerveux autonome (SNA), qui est la première composante du système de réponse au stress et qui réagit rapidement;
- contribuer à la régulation du système endocrinien (qui contrôle les glandes endocrines qui sécrètent les hormones) par l'intermédiaire de l'hypophyse. Il active ainsi l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS) (page 9), qui est la deuxième partie du système de réponse au stress, dont la réaction est plus lente.

Le système nerveux autonome se compose de deux parties, appelées système nerveux sympathique et système nerveux parasympathique. Le SNA régule les fonctions involontaires suivantes, soit de manière croissante, soit de manière décroissante :

- rythme cardiaque;
- tension artérielle;
- respiration;
- digestion;
- miction;
- réponse pupillaire;
- fatigue;
- rythme circadien;
- sommeil;
- température corporelle;
- contrôle involontaire des muscles lisses;
- soif, etc.



Lorsque nous sommes confrontés à une situation dangereuse, l'hypothalamus envoie un signal à une partie du système nerveux autonome appelée **système nerveux sympathique (SNS)**. Le SNS est responsable de l'augmentation de notre excitation et de la dépense d'énergie. Il crée la partie physiologique de la réaction de stress (page 8).

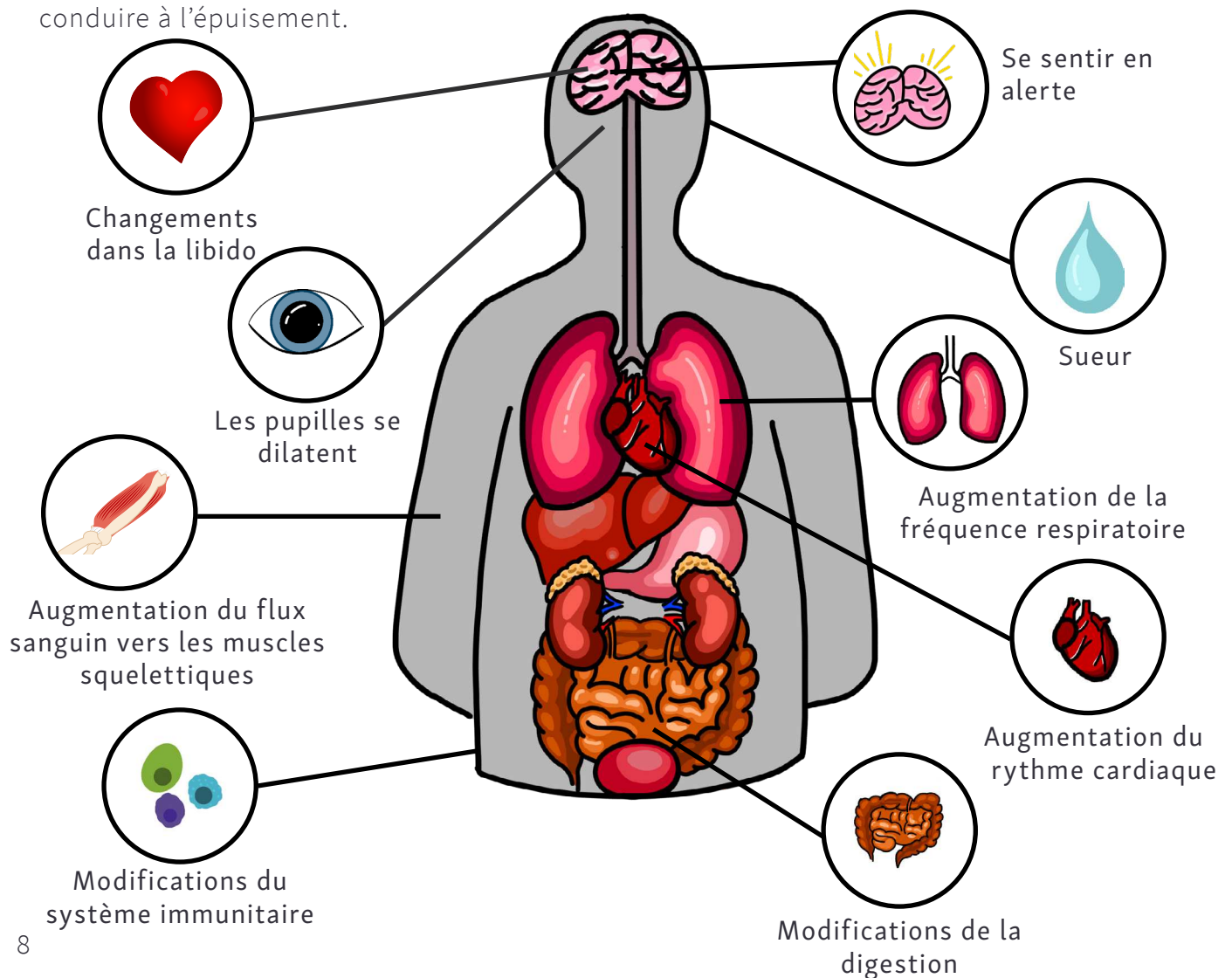
Le SNS a un lien complexe avec des organes tels que le foie, le pancréas et les glandes surrénales. Les glandes surrénales, par exemple, produisent de l'adrénaline et de la noradrénaline. Ces substances chimiques aident à contrôler la vigilance et l'excitation. Cependant, lorsque le corps produit une quantité excessive, nous ressentons des émotions plus intenses (par exemple, la peur, l'anxiété). Après avoir fait face à la situation stressante, **le système nerveux parasympathique (SNP)**, l'autre partie du SNA responsable de la conservation de l'énergie, peut nous aider à nous calmer.

Système nerveux sympathique

En présence de facteurs de stress, le système nerveux sympathique est chargé d'éveiller l'organisme et de produire l'énergie nécessaire pour réagir. Il est prioritaire pour notre organisme de s'adapter au stress car cela augmente nos chances de survie. Notre cerveau gère le stress comme une « situation d'urgence » temporaire où l'énergie doit être réorganisée pour protéger notre corps. Voici quelques exemples de réponses biologiques aux facteurs de stress :

- Le sucre dans le sang, ou glucose (source d'énergie), est produit avec l'aide du cortisol.
- Le rythme cardiaque augmente pour pomper rapidement le sang vers les muscles squelettiques et apporter le glucose en préparation à l'activité physique et mentale.
- Les muscles se tendent.
- Les fonctions qui ne sont pas essentielles, comme la digestion, sont ajustées, ce qui peut entraîner une diarrhée ou une constipation.
- Le système immunitaire subit plusieurs changements.

Lorsque la réponse au stress n'est pas temporaire en raison d'une exposition continue au stress, la réaction d'alarme peut se transformer en résistance et finalement conduire à l'épuisement.



Axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien

L'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien (HHS) relie la réaction du cerveau au stress au système endocrinien, qui réagit au stress plusieurs secondes plus lentement que la réponse quasi instantanée fournie par la voie directe du SNS. L'hypothalamus atteint les glandes surrénales par l'intermédiaire de l'hypophyse pour produire un groupe d'hormones de stress telles que le cortisol, l'adrénaline et la noradrénaline. Ces hormones de stress peuvent circuler dans le corps et alerter l'ensemble du système. En outre, les hormones endocrines peuvent rester dans l'organisme quelques minutes ou quelques heures après l'événement stressant. Cela signifie que même si la situation est résolue, la personne peut continuer à éprouver de la colère, de la peur ou de l'irritabilité en raison des effets durables des hormones endocriniennes. En outre, les hormones de stress peuvent influencer les fonctions liées au système immunitaire (par exemple, en combattant ou en induisant une inflammation, en créant une plus grande vulnérabilité aux infections), et leur circulation prolongée peut endommager les neurones de l'hippocampe, ce qui peut avoir un impact négatif sur la mémoire, par exemple.

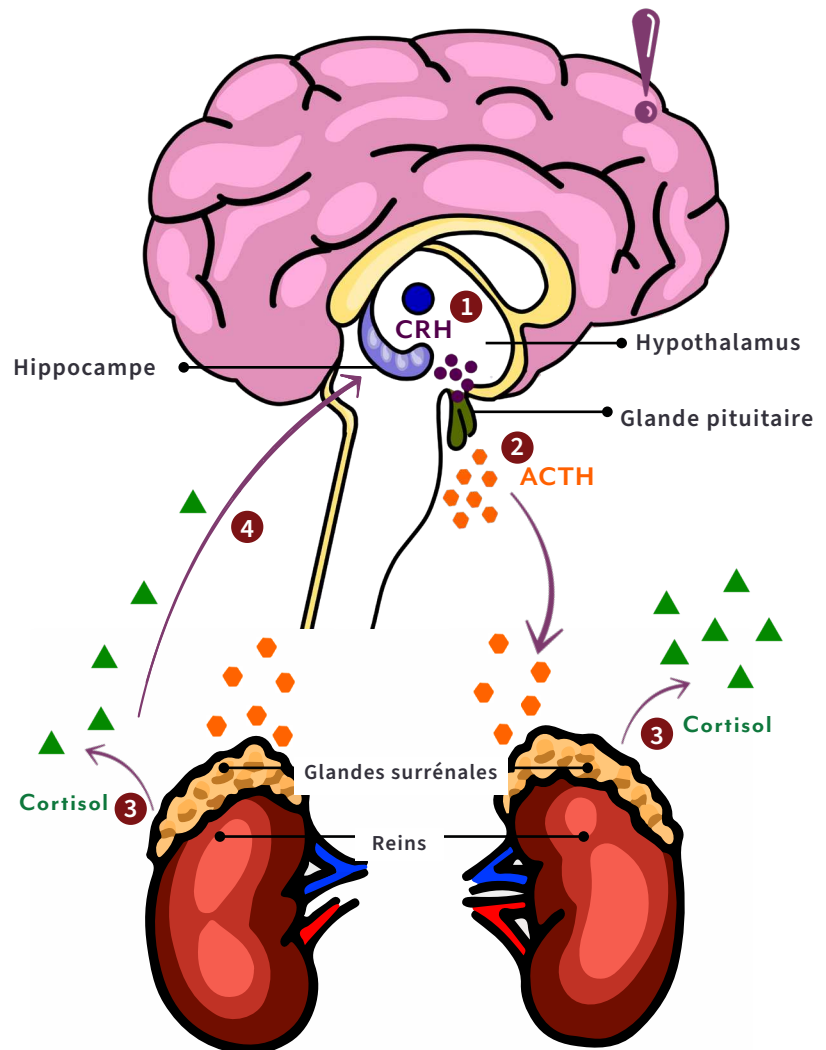
1) L'excitation ou la peur sont enregistrées dans l'hypothalamus, qui libère l'hormone de libération de la corticotrophine (CRH).

2) La CRH atteint l'hypophyse qui, à son tour, libère l'hormone adrénocorticotrophine (ACTH).

3) L'ACTH se déplace dans le corps jusqu'aux glandes surrénales. Les glandes surrénales libèrent du cortisol, responsable de la réponse combat-fuite.

4) Le cortisol circule dans tout le corps, y compris dans le cerveau, où il peut provoquer des pertes de mémoire à court terme en raison de son impact sur l'hippocampe. Le cortisol a d'autres effets, notamment (mais pas exclusivement) :

- la modification de la façon dont l'organisme gère les graisses, les sucres et les protéines;
- la modification des rythmes d'appétit et de sommeil;
- le rétrécissement des artères pour aider le sang à circuler plus rapidement;
- la suppression de l'inflammation et du système immunitaire.



Excitation

L'éveil peut être défini comme un état normal et alerte du système nerveux utilisé pour porter une attention appropriée à l'environnement et pour savoir et traiter ce qui se passe autour de nous. Le corps entier est alerté par le système nerveux, et cela offre la possibilité de réagir et d'interagir avec le milieu environnant.



Réactivité au stress

La réactivité au stress est une capacité individuelle et unique de répondre à différents facteurs de stress. Le seuil, l'étendue et l'intensité de la réaction physiologique aux expériences stressantes ou dangereuses sont uniques et varient d'un individu à l'autre.

Facteurs individuels

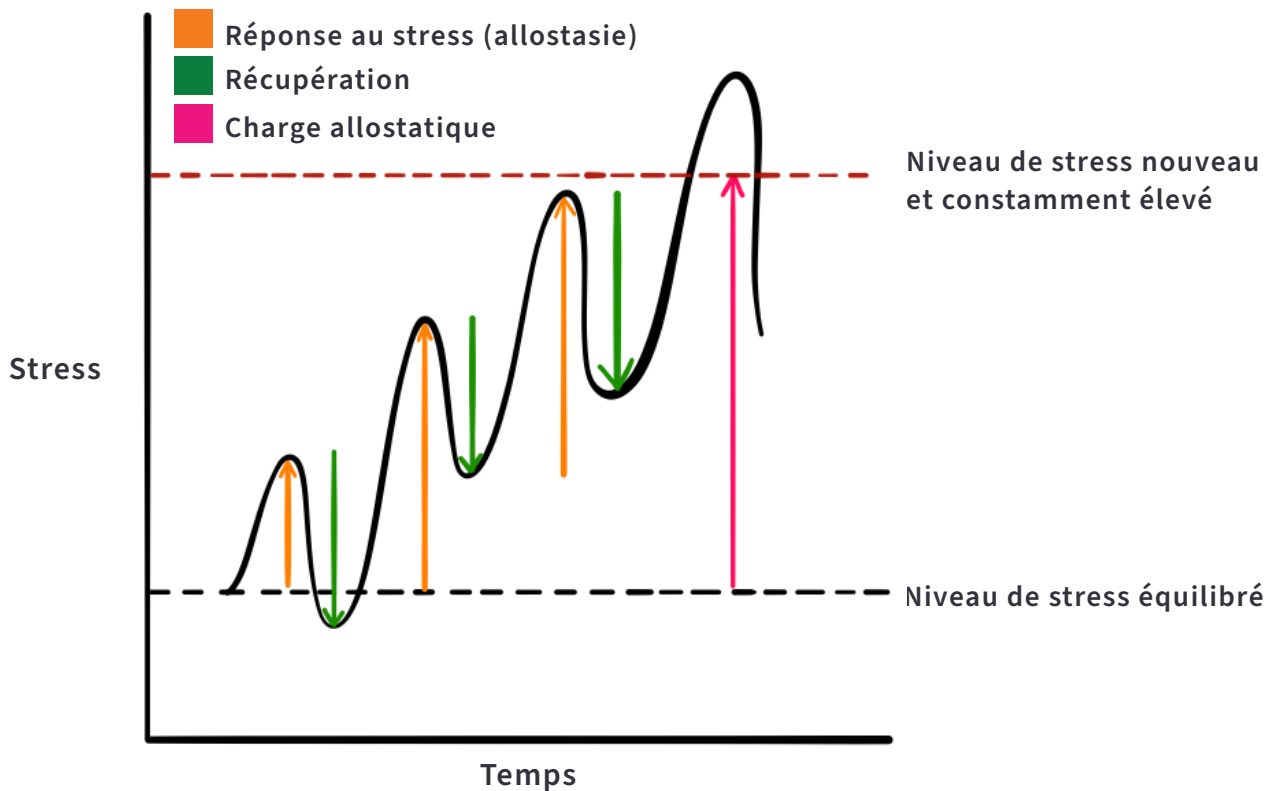
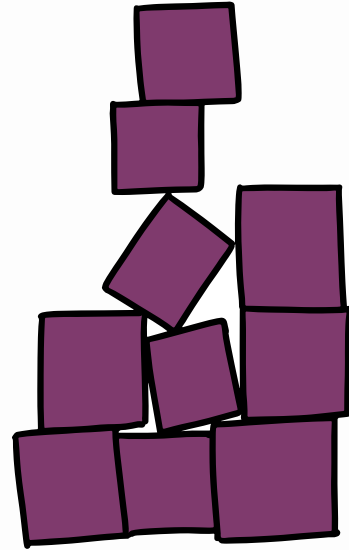
Les réactions physiologiques aux situations exigeantes peuvent varier en fonction de nombreux facteurs, tels que le sexe, la génétique et les expériences antérieures ou de la petite enfance. L'évaluation individuelle de la situation peut avoir des effets modificateurs.



Allostasie et récupération du stress

Lorsqu'une personne est en détresse, la réaction implique son soi entier. L'état de gestion du stress est appelé **allostasie**. En cas d'exposition chronique ou répétée à la détresse, les changements physiologiques peuvent s'accumuler pour former ce que l'on appelle une **charge allostatique**.

Après la réponse physiologique au stress (lorsque les réponses rapides et lentes au stress s'arrêtent et que le système nerveux parasympathique a permis à l'individu de se calmer), le corps peut commencer à récupérer; toutefois, la récupération peut être interrompue par une nouvelle exposition à une situation angoissante. Au fil du temps, l'organisme risque de ne jamais se rétablir complètement s'il est soumis à des stimuli de stress répétés.



Certains chercheurs pensent que l'être humain oscille constamment entre la gestion de la détresse et le travail de récupération. Avec le temps, chaque fluctuation peut être vécue plus difficilement et la récupération peut être moins efficace.

Parmi les indicateurs d'une charge allostatique accrue, on peut citer : une diminution de l'immunité (par exemple, un nombre accru d'infections/maladies); une production continue de cortisol; des modifications du volume de l'hippocampe, qui sont liées à des problèmes de mémoire; des modifications des processus d'apprentissage; une hypertension artérielle; et une production accrue d'adrénaline.

Résistance au stress

En fonction des différences de réactivité physiologique au stress, la résistance au stress peut varier d'un individu à l'autre. Certains individus peuvent être plus résistants dans l'adversité (ce qui leur permet de rester en bonne santé), tandis que d'autres peuvent être moins résistants au stress.

La résistance au stress peut être influencée par de nombreux facteurs psychologiques tels que :

- l'évaluation du stress (la façon dont l'agent stressant est évalué);
- les capacités d'adaptation (comment la personne gère le stress ou s'y adapte);
- les traits de personnalité (par exemple, l'optimisme, la robustesse, la résilience);
- la qualité et l'accès au soutien social (conjoint, amis, aide professionnelle), etc.

Cela peut expliquer en partie pourquoi certaines personnes sont plus résistantes au stress, mais peut également être utilisé pour aider les gens à devenir plus résistants aux facteurs de stress.

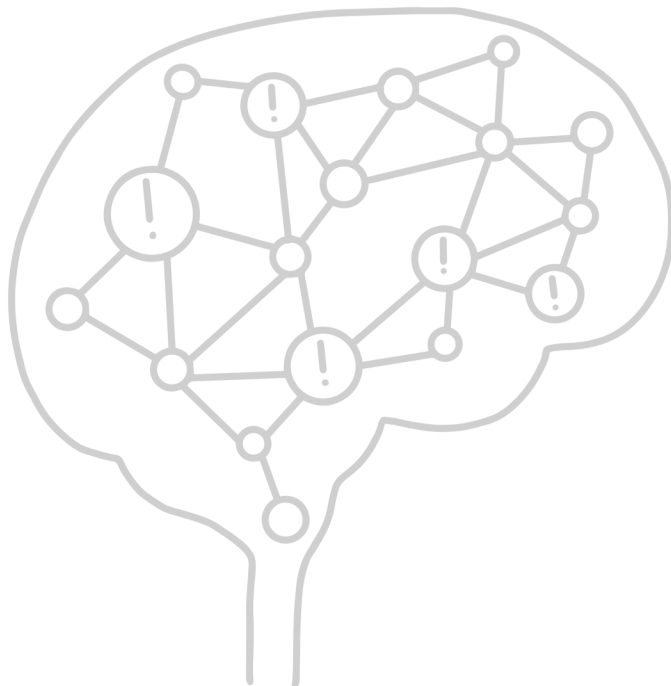
Les défis que nous relevons et auxquels nous faisons face peuvent améliorer notre santé, tandis que les situations aux résultats négatifs peuvent contribuer à des problèmes de santé, tels que des maux de tête, des troubles digestifs et des problèmes de tension artérielle. Les personnes fréquemment exposées au stress peuvent être plus vulnérables aux problèmes de santé mentale (anxiété, changements d'humeur, troubles du sommeil, consommation de substances ou troubles liés à un traumatisme ou à un facteur de stress) et aux problèmes physiques (diabète, maladies cardiovasculaires, etc.). Même les réactions émotionnelles peuvent affecter le cerveau en déclenchant le système nerveux autonome et le système endocrinien, qui libèrent des hormones de stress. Les hormones de stress peuvent, à leur tour, influencer de nombreux domaines de fonctionnement, tels que le système immunitaire, le sommeil, l'humeur, les processus cognitifs ou le système cardiovasculaire (modifications du rythme cardiaque et de la pression artérielle).

Bien que le stress ne soit pas directement à l'origine d'une maladie, il peut créer une vulnérabilité en raison de son influence sur les réactions physiologiques et comportementales. En ce qui concerne les réactions comportementales, on peut observer des changements dans les habitudes de santé telles que le tabagisme, la consommation d'alcool, l'alimentation (suralimentation ou mauvaise alimentation) et les habitudes de sommeil. Les changements négatifs dans le comportement en matière de santé diminuent généralement la probabilité de demander de l'aide et/ou de suivre des soins, ou peuvent entraîner des retards dans cette démarche.

Les réactions au stress ont un but précis : elles peuvent nous motiver, nous aider à nous concentrer ou nous préparer à surmonter une situation difficile. Des habitudes saines (par exemple, une alimentation saine, une routine d'exercice, une routine de sommeil, etc.) peuvent, dans une certaine mesure, compenser et équilibrer la réaction de stress causée par les tracas quotidiens. Si une personne souhaite apprendre des stratégies de gestion du stress, elle peut consulter différents types de professionnels disponibles dans sa région.

Résumé du chapitre

- Le stress est une réaction humaine normale.
- L'eustress fait référence à des événements positifs qui nécessitent une adaptation.
- La détresse fait référence à des événements négatifs qui nécessitent une adaptation.
- La réponse au stress peut favoriser la survie et améliorer les performances.
- La réponse physiologique au stress implique de nombreux systèmes corporels différents, provoquant des changements généralisés dans le corps, le cerveau et les émotions.
- Une réaction au stress peut être ressentie sur les plans émotionnel, cognitif, comportemental, et/ou physiologique.
- La résistance au stress peut être améliorée.
- L'ampleur de ces changements est très variable d'un individu à l'autre. Il est donc difficile de comparer une personne à une autre, car elles peuvent présenter des symptômes très différents, même si elles ont toutes les deux une réaction de stress.
- Les facteurs de protection peuvent réduire les effets négatifs du stress.
- Les facteurs de stress ne sont pas perçus de la même manière par tous, de sorte que certaines personnes auront une réaction de stress face à un facteur de stress donné, alors que d'autres n'en auront pas.
- Apprendre et changer la façon dont on voit et comprend un facteur de stress peut aider à changer et donc à gérer sa réponse au stress.
- Le soutien social peut être un facteur de protection important contre les effets négatifs du stress.
- Changer d'activité ou de routine (par exemple, faire de l'exercice, avoir une routine de sommeil, etc.) peut aider à mieux faire face au stress ressenti.



LA SANTÉ MENTALE

Qu'est-ce que la santé mentale?

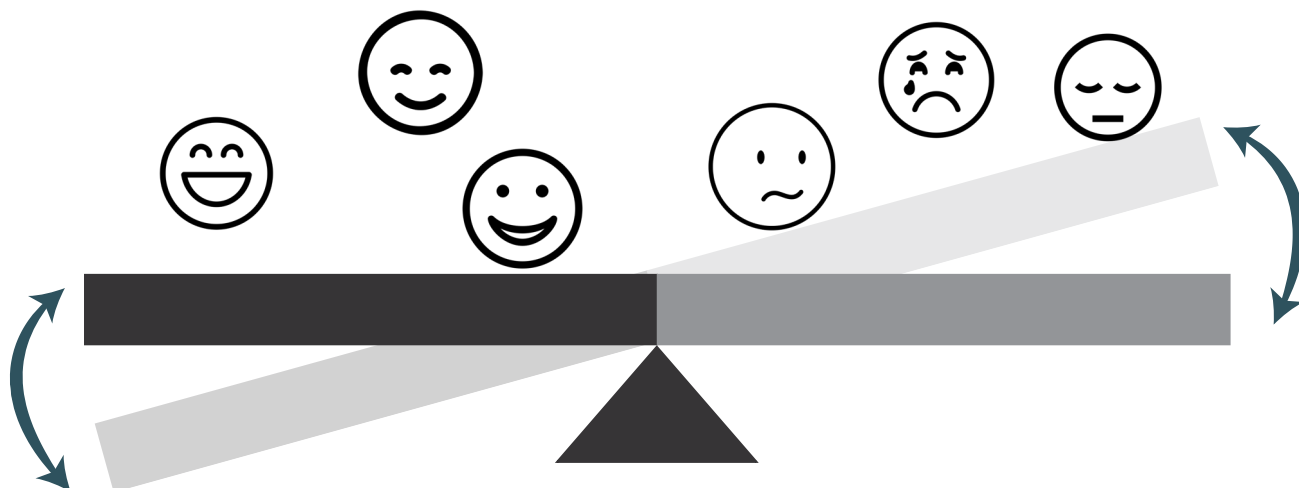
La santé mentale fait partie intégrante de la santé globale. La santé mentale est déterminée par de multiples facteurs qui interagissent les uns avec les autres, et son lien avec la santé physique, le comportement, la pensée et les émotions est indéniable.

La signification de la santé mentale peut changer d'une culture à l'autre et varie selon l'âge. Par exemple, nous avons des attentes différentes pour les enfants en bas âge, les adolescents et les adultes en termes de capacités, de stratégies d'adaptation et de productivité.

« Un état de bien-être dans lequel l'individu réalise ses propres capacités, peut faire face au stress normal de la vie, peut travailler de manière productive et fructueuse, et est capable d'apporter une contribution à sa communauté »
(OMS, 2001, p. 1, traduction libre)

La santé mentale et le bien-être mental

La santé et la maladie ne sont pas des termes exclusifs, ils peuvent coexister. Les émotions agréables (telles que le bonheur et la satisfaction) sont importantes, mais cela ne signifie pas que nous ne pouvons pas être tristes, timides, déçus, etc. lorsque nous sommes en bonne santé émotionnelle et que cela est approprié à la situation. Nous visons l'équilibre aux niveaux individuel, social, professionnel et environnemental.

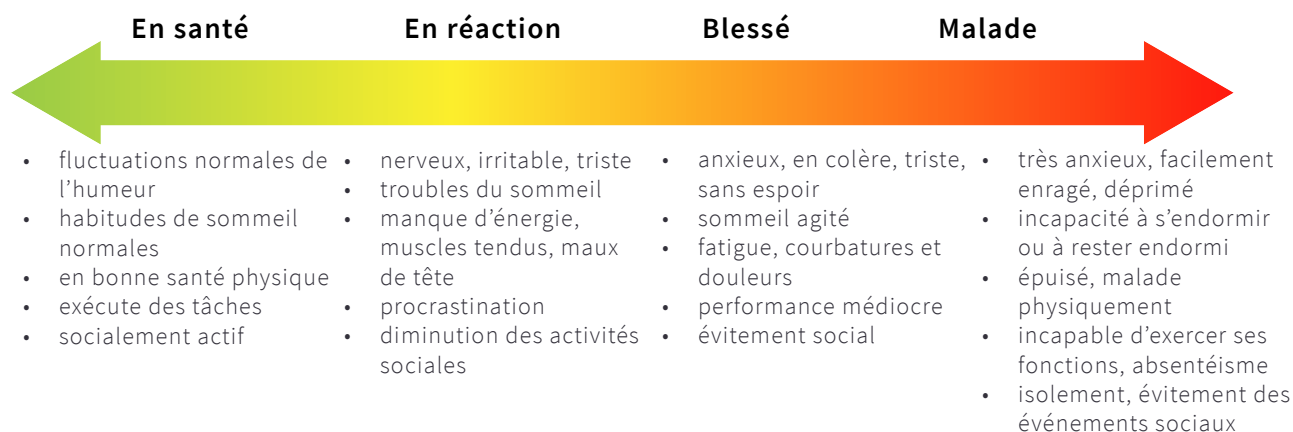


La santé mentale est un continuum

Le modèle du continuum de la santé mentale présente les différentes phases de la santé mentale selon une séquence linéaire. Il est possible d'évoluer dans l'une ou l'autre direction de ce spectre à tout moment, en fonction de l'interaction dynamique de plusieurs facteurs internes (biologiques, psychologiques, etc.) et externes (situationnels, environnementaux, etc.) susceptibles d'affecter la personne dans des situations en constante évolution.

Il est possible de s'identifier à différents points du spectre dans différents domaines de la vie. Par exemple, même si une personne a des difficultés fonctionnelles sur le plan professionnel et à être productive, elle peut encore s'épanouir sur le plan social et apporter une contribution positive à la communauté.

Comprendre que l'on peut faire face à un ou plusieurs problèmes de santé mentale tout en restant fonctionnel et en bonne santé mentale dans d'autres domaines est un concept clé lorsque l'on explique, interprète ou accepte un diagnostic lié à la santé mentale. Une mauvaise santé mentale n'implique pas nécessairement une maladie mentale et vice versa. La présence d'une maladie mentale n'affecte pas nécessairement tous les domaines du fonctionnement humain.



Qu'entend-on par « troubles mentaux » ?

Les problèmes de santé mentale sont des problèmes de santé comme les autres, tels que l'hypertension artérielle, le diabète ou les problèmes cardiaques. Ils comportent des éléments biologiques, psychologiques, sociaux et culturels qui interagissent les uns avec les autres, créant ainsi une combinaison unique de vulnérabilité et de résilience. Le modèle du continuum de la santé mentale montre qu'une seule définition ne peut pas saisir tous les éléments détaillés d'un problème de santé mentale; toutefois, l'American Psychological Association (APA) a proposé une définition officielle.

« Un trouble mental est un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu, qui reflète un dysfonctionnement des processus psychologiques, biologiques, ou développementaux qui sous-tendent le fonctionnement mental. Les troubles mentaux sont généralement associés à une détresse ou une incapacité significative dans les activités sociales, professionnelles ou autres activités importantes ». (APA, 2022, p. 14, traduction libre)

Les maladies mentales peuvent toucher tout le monde

La maladie mentale peut toucher n'importe qui, indépendamment de l'âge, du sexe, de la géographie, de la culture, du statut socio-économique, de l'appartenance ethnique ou de la spiritualité. La maladie mentale peut nous toucher directement ou indirectement par l'intermédiaire d'un ami, d'un collègue ou d'un membre de la famille atteint d'un problème de santé mentale.

1 / 5
des Canadiens

sont **directement** touchés
par des problèmes de
santé mentale à n'importe
quel moment

(ACSM, 2020)

50%
des Canadiens

auront eu une **expérience
personnelle** de problèmes
de santé mentale avant l'âge
de 40 ans

(ACSM, 2020)

Les problèmes de santé mentale peuvent avoir un impact sur les capacités cognitives, la régulation émotionnelle et le comportement



- réflexion
- mémoire
- concentration
- attention
- prise de décision



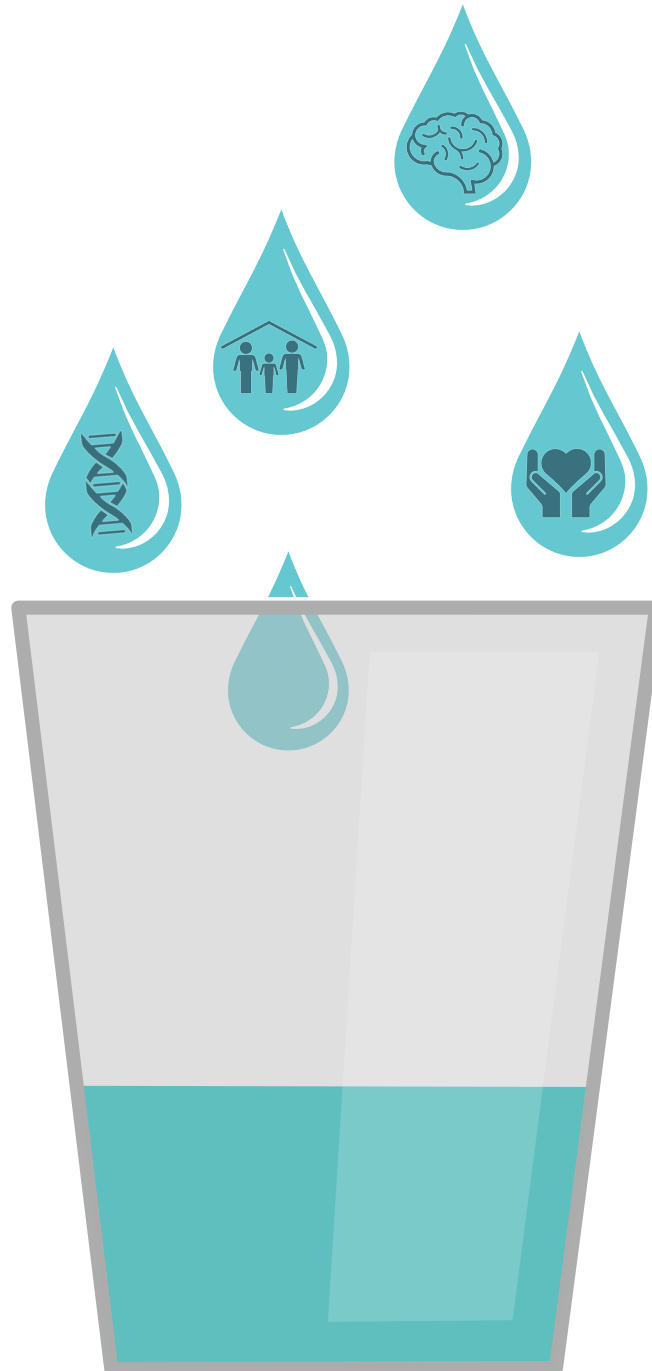
- tremblement
- changement d'appétit
- changements dans les cycles de sommeil
- réaction de sursaut



- peur
- anxiété
- tristesse
- difficulté à gérer ses émotions

Les problèmes de santé mentale n'ont jamais une cause unique

Selon le modèle biopsychosocial plus (BPS+), même s'il est possible d'identifier un élément déclencheur (ce qui n'est pas toujours le cas), les problèmes de santé mentale sont toujours dus à une interaction complexe qui implique des facteurs génétiques, physiologiques, psychologiques, sociaux, environnementaux, culturels et tempéramentaux.



Que signifie « être diagnostiqué »?

En général, les personnes chez qui un trouble mental a été diagnostiqué sont affectées par leurs symptômes à un degré qui interfère avec leurs relations sociales (mariage, amitié, etc.), leur fonctionnement professionnel (travail, attention au travail, etc.) ou d'autres activités, ou qui provoque une détresse cliniquement significative. Le fait d'être diagnostiqué avec un ou plusieurs problèmes de santé mentale permet généralement de savoir à quoi la personne est confrontée. Il peut ouvrir la porte à des ressources (par exemple, thérapie individuelle, de couple, familiale ou de groupe, médicaments, arrêt de travail et autres ressources communautaires) pour traiter le problème.

Le saviez-vous?

En vertu de l'acte réglementé relatif à la communication d'un diagnostic, seuls **les professionnels de la santé réglementés et autorisés** (par exemple, les médecins et les psychologues cliniciens) peuvent établir un diagnostic à l'issue d'un processus d'évaluation approfondi.

Quels sont les avantages d'un diagnostic?

- Un diagnostic peut aider les individus à accéder aux ressources et aux différentes sources de soutien.
- Un diagnostic peut aider les individus à mieux comprendre leurs symptômes, les options de traitement ou les risques futurs pour la santé.
- Un diagnostic peut aider le clinicien à comprendre la durée prévue du problème de santé mentale, ce qui lui permet de proposer et de mettre en œuvre un plan de traitement accessible.
- Un diagnostic peut aider l'entourage d'une personne à comprendre et à en savoir plus sur ce qui se passe et sur la manière dont il peut aider la personne qui vit avec un problème de santé mentale.
- Un diagnostic peut constituer la première étape d'une gestion plus efficace de la situation et contribuer à rompre l'isolement.

Quels sont les défis posés par un diagnostic?

La santé mentale et les maladies mentales sont de plus en plus discutées publiquement; cependant, les gens sont toujours confrontés à des jugements et à des obstacles en raison du manque de connaissances sur la santé mentale. Certains signalent que la stigmatisation des problèmes de santé mentale constitue une autre source de stress à laquelle il faut s'attaquer. La stigmatisation peut venir des autres, mais une personne peut aussi s'auto-stigmatiser. L'autostigmatisation peut se manifester par exemple lorsqu'une personne n'accepte pas ses problèmes de santé mentale et peut avoir peur de demander de l'aide parce qu'elle pense que c'est un signe de faiblesse ou qu'elle s'en veut d'avoir développé des symptômes en premier lieu. La honte est une émotion qui résulte souvent de la stigmatisation et de l'autostigmatisation. Ainsi, la stigmatisation peut conduire au rejet (par exemple, les employeurs ne recrutent pas une personne atteinte d'une maladie mentale) ou à l'évitement (par exemple, ne pas postuler à un emploi, s'isoler, éviter le traitement).

Le saviez-vous?

La stigmatisation est un stéréotype négatif qui n'est pas fondé sur des preuves, et qui entraîne des suppositions et des croyances négatives difficiles à changer.

La discrimination est le comportement qui résulte d'un stéréotype négatif et se manifeste lorsque des personnes sont traitées différemment sans raison ni objectif.

On parle de **préjugés** lorsqu'une personne adhère à des stéréotypes négatifs sur un groupe et réagit émotionnellement à l'égard de personnes perçues comme appartenant à ce groupe.

Des informations précises peuvent aider à lutter contre la stigmatisation

Il est important de souligner le fait que la stigmatisation et les stéréotypes sont le résultat d'idées fausses qui ignorent les faits. Éduquer les gens sur les maladies mentales et leur fournir des informations fiables et fondées sur des preuves est l'un des moyens les plus efficaces de changer les stéréotypes négatifs et les idées fausses qui y sont associés et de prévenir la discrimination.

Résumé du chapitre

- La santé mentale est un phénomène complexe, déterminé par l'interaction de multiples facteurs tels que la santé physique, le comportement, les pensées et les émotions.
- La santé mentale est un continuum dont les deux pôles sont la santé mentale et la maladie.
- Le modèle du continuum de la santé mentale permet d'identifier à quel stade une personne peut se trouver à un moment donné.
- La présence d'une maladie mentale n'implique pas nécessairement l'absence de santé mentale et vice versa. Leur coexistence peut être différente en termes de degré et de conséquences fonctionnelles pour chaque personne. Le passage entre les deux pôles du continuum de la santé mentale est un processus normal pour les êtres humains.
- Comprendre où une personne peut se situer sur le continuum de la santé mentale en termes de différents niveaux de fonctionnement (social, interpersonnel, professionnel, etc.) peut l'aider à accéder aux différentes sources d'aide professionnelle offertes dans le cadre des soins de santé.
- L'accès à des informations correctes et précises sur la santé mentale peut contribuer à réduire la stigmatisation.

TROUBLES LIÉS À DES TRAUMATISMES OU À DES FACTEURS DE STRESS

Quel est le lien entre le stress et le TSPT?

Le TSPT est un problème de santé mentale qui fait partie du groupe de troubles appelés **troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress** dans le DSM-5-TR (APA, 2022). La section précédente sur le stress a permis d'identifier certains chevauchements entre le stress et le TSPT. Certains facteurs tels que la réactivité au stress, la réponse au stress et la charge allostatique peuvent clairement jouer un rôle important dans la vulnérabilité d'une personne au trouble de stress post-traumatique.

La réponse physiologique au stress passe par la même voie neurobiologique dans le cas d'un facteur de stress traumatique que dans le cas d'autres types de facteurs de détresse. Les différences peuvent être identifiées dans l'étendue, l'intensité, la durée et le caractère intrusif, et c'est pourquoi le stress, le stress chronique et les expériences traumatisantes sont conceptualisés comme un continuum et considérés comme un processus. Ce processus se reflète dans le regroupement des troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress dans le DSM-5-TR. Lorsque nous comprenons mieux comment le stress et les réactions au stress nous affectent, il est plus facile de transférer ces connaissances et de comprendre ce qui se passe lorsque nous sommes exposés à des stimuli de stress plus extrêmes et plus intenses, à savoir les expériences traumatisantes.

Le saviez-vous?

Le DSM-5-TR (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – Cinquième édition, révision textuelle*) est publié par l'American Psychiatric Association. Il s'agit du manuel standard utilisé par les professionnels de la santé mentale pour évaluer et diagnostiquer les troubles mentaux.

La réponse physiologique au stress passe par la même voie neurobiologique dans le cas d'un facteur de stress traumatique que dans le cas d'autres types de facteurs de détresse.

Un stress extrême déclenche généralement une réponse extrême, rendant difficile la récupération du stress.

Quels sont les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress?

Cet ensemble de troubles fait référence à un groupe de problèmes de santé mentale qui se développent tous après des événements de la vie qui sont relativement et significativement stressants ou, pour certains, même traumatisants. Ils ont été classés en fonction de leur relation avec une ou plusieurs expériences stressantes.

Les différents problèmes de santé mentale qui peuvent survenir à la suite d'un événement stressant ou traumatisant sont les suivants :

1. Les troubles de l'adaptation.
2. Le trouble stress aigu (TSA).
3. Le trouble de stress post-traumatique (TSPT).

Les troubles de l'adaptation

Les troubles de l'adaptation sont la réaction émotionnelle et comportementale la plus courante à un facteur de stress négatif identifiable et important (par exemple, problèmes conjugaux, crises financières, soins, transitions développementales telles que le départ de la maison ou la retraite). Dans ce cas, le facteur de stress n'est pas nécessairement perçu comme étant de nature traumatisante. Les symptômes apparaissent dans les trois mois qui suivent l'expérience du stress et sont généralement présents pendant les trois à six mois qui suivent la fin du facteur de stress et de ses conséquences. Les troubles de l'adaptation se caractérisent par une réaction émotionnelle et comportementale importante (par exemple, ils entravent les performances et/ou les relations; ils remettent en question les capacités de la personne à faire face et à s'adapter).

Le trouble stress aigu

Le trouble stress aigu (TSA) est une réaction qui se manifeste après une exposition directe à un facteur de stress traumatique. Le TSA est différent du TSPT en ce qui concerne le moment, la durée et le profil des symptômes. Les symptômes peuvent inclure des changements d'humeur négatifs, l'évitement et des changements d'excitation. Les symptômes peuvent apparaître dans les quatre semaines suivant l'exposition traumatique et durer de trois jours à un mois. Les symptômes qui durent moins de trois jours ne répondent pas aux critères du TSA.

Le saviez-vous?

Environ 20 % des personnes ayant vécu un ou plusieurs événements traumatisants développent un trouble de stress aigu.

Le TSA n'est pas une « phase » nécessaire pour développer un TSPT; cependant, 50 à 80 % des personnes qui développent un TSPT peuvent présenter les symptômes d'un trouble de stress aigu (APA, 2022; Comer, 2015).

Le trouble de stress post-traumatique

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est un problème de santé mentale qui peut se développer après avoir vécu directement ou avoir été témoin d'un événement ou d'une série d'événements traumatisants, mettant la vie en danger.

Le TSPT peut également se développer si une personne apprend qu'un événement traumatisant (mort réelle ou menace de mort violente ou accidentelle) est survenu à un membre de sa famille proche ou à un ami proche.

Lorsque ce type d'événement survient, il est normal de se sentir bouleversé, à bout de nerfs et de présenter des symptômes liés au stress. Pour certaines personnes, ces réactions liées au stress peuvent disparaître peu après la fin du traumatisme. Pour d'autres, les symptômes peuvent persister un mois après le traumatisme et ils peuvent développer le TSA. Pour d'autres, les symptômes persistent au-delà d'un mois et ils peuvent développer le trouble de stress post-traumatique.

Dans le cas du trouble de stress post-traumatique, les symptômes peuvent apparaître immédiatement, mais ils commencent généralement dans les trois mois qui suivent l'exposition au traumatisme. Lorsque des symptômes sont présents, il est utile de consulter un professionnel qualifié pour les évaluer.

Quatre groupes de symptômes du TSPT (voir page 33) ont été définis :

1. Revivre l'événement traumatisant.
2. L'évitement.
3. Cognitions et humeurs négatives.
4. L'hyperexcitation.



Groupes de symptômes du TSPT

Revivre l'événement traumatisant



La reviviscence se produit généralement sous une forme intrusive, telle que des souvenirs répétés et incontrôlés, des rêves/cauchemars et des scènes rétrospectives. Ces événements sont involontaires, généralement bouleversants et provoquent des réactions physiques. L'expérience peut être si vive que la personne peut penser que l'événement se reproduit.

L'évitement



La personne s'efforce d'éviter les souvenirs, les pensées, les sentiments et les rappels extérieurs (sons, lieux, conversations, etc.) qui pourraient potentiellement provoquer des souvenirs, des pensées et des sentiments liés au traumatisme. L'évitement peut se manifester sous de nombreuses formes, telles que : rester occupé, s'éloigner du lieu où l'événement traumatisant s'est produit, éviter les endroits bondés où les gens sont bruyants ou où il est difficile de contrôler visuellement la situation, et éviter certains événements à cause du bruit, comme les feux d'artifice ou les plages où les enfants crient, etc.

Cognitions et humeurs négatives



Il existe une grande variété de symptômes de cognition et d'humeur négatives. Certaines personnes ont des difficultés à se souvenir, d'autres ont des croyances et des pensées négatives sur elles-mêmes (par exemple, « Je suis inutile », « Je suis bête »), sur le monde (par exemple, « Le monde est dangereux »), sur les autres (par exemple, « Les gens sont cruels », « Je ne peux faire confiance à personne ») ou sur l'avenir (par exemple, « Les choses ne changeront jamais pour moi »). Certaines personnes ont des idées irréalistes sur la cause ou la conséquence de l'événement traumatisant, ce qui peut les amener à s'en vouloir ou à se blâmer (par exemple : « J'aurais dû être plus prudent », « J'aurais dû quitter ce travail plus tôt »). Il en va de même pour les émotions telles que la tristesse, la honte, la culpabilité, la colère, l'impuissance, l'apathie ou la peur.

L'hyperexcitation



Les changements dans l'éveil et la réactivité peuvent inclure une vigilance excessive, une hypervigilance, une réaction de sursaut, une irritabilité, des accès de colère ou des problèmes liés au sommeil. Les gens ont du mal à se détendre; ils peuvent avoir peur que quelque chose se produise et qu'ils ne soient pas prêts à réagir.

Résumé du chapitre

- Les réactions de stress, en particulier lorsqu'elles sont de longue durée ou répétées, peuvent entraîner une vulnérabilité à certains troubles psychologiques.
- Un stress exceptionnel ou des traumatismes peuvent jouer un rôle important dans l'apparition de certains problèmes de santé mentale.
- Les troubles liés à un traumatisme ou à un facteur de stress sont des problèmes de santé mentale dans lesquels la réaction au stress peut devenir grave et avoir des répercussions négatives sur le fonctionnement social, professionnel et dans d'autres domaines importants.
- Les troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress peuvent être mieux compris si l'on est plus conscient de la nature du stress et de la manière dont il affecte la personne.
- Le TSPT peut survenir après une exposition à un ou plusieurs événements traumatisants.
- Les symptômes du trouble de stress post-traumatique sont généralement regroupés en quatre catégories : revivre l'événement traumatisant, l'évitement, les changements négatifs de l'humeur et de la cognition et les changements de l'état d'éveil.

Pathologie	Début	Durée	Symptômes typiques	Exposition aux traumatismes
Troubles de l'adaptation	Dans les 3 mois suivant l'exposition à un facteur de stress identifiable	6 mois après la fin de l'expérience de stress ou de ses conséquences	<ul style="list-style-type: none"> • Détresse marquée • Déficience dans des domaines importants du fonctionnement 	Non
Trouble stress aigu	Dans le mois qui suit le traumatisme	Entre 3 jours et 4 semaines	<ul style="list-style-type: none"> • Souvenirs pénibles • Détresse psychologique ou stress physiologique • Humeur négative • Affaiblissement dans des domaines importants du fonctionnement ou troubles cliniquement significatifs 	Oui
Trouble de stress post-traumatique	Au moins 1 mois, mais généralement dans les 3 mois suivant le traumatisme	D'au moins 1 mois à plusieurs années	<ul style="list-style-type: none"> • Revivre l'événement traumatisant • Évitement • Cognition et humeur négatives • Modifications de l'excitation • Affaiblissement dans des domaines importants du fonctionnement ou troubles cliniquement significatifs 	Oui

LE TSPT

Le TSPT est-il un mélange d'autres problèmes de santé mentale?

Bien que ses symptômes se recoupent avec ceux des troubles anxieux, des troubles de l'humeur, des troubles du sommeil et de certains troubles de la personnalité, le trouble de stress post-traumatique repose sur un ensemble de critères diagnostiques très simples, dont l'exposition à un ou plusieurs événements traumatisants. Il est important de souligner que des décennies de travaux scientifiques et cliniques prouvent que le TSPT est un problème de santé mentale à part entière.

Qu'est-ce qu'un événement traumatisant?

Le mot « traumatisme » est utilisé plus fréquemment dans les conversations quotidiennes avec différentes significations, bien qu'il se réfère principalement à des expériences difficiles et/ou accablantes auxquelles il est difficile de faire face (par exemple, un licenciement, un divorce). Toutefois, dans le contexte de la santé mentale, ces expériences sont généralement qualifiées de détresse, de stress chronique ou d'événements de vie défavorables.

Il est vrai que les traumatismes revêtent de nombreuses formes et que ce qui affecte une personne de manière traumatique peut être très différent d'une personne à l'autre. Cependant, dans le contexte du trouble de stress post-traumatique, le traumatisme fait référence à des événements plus extrêmes, incontrôlables, perçus comme une menace pour la vie ou le sens de l'intégrité de la personne, physiquement ou émotionnellement préjudiciables et ayant des effets néfastes durables.

Les événements traumatisants peuvent inclure l'expérience ou le témoignage d'un décès, d'une menace de décès, de blessures graves, de violences, de violences sexuelles, de migrations forcées, d'abus, de négligence, de catastrophes naturelles (par exemple, glissement de terrain, avalanche, ouragan, inondation, tsunami, tremblement de terre, etc.) ou d'autres formes de catastrophes et d'accidents. Parfois, lorsqu'un membre de la famille ou un ami proche est victime d'un événement traumatisant violent ou accidentel, ou lorsque nous perdons un membre de la famille ou un ami proche à la suite d'un acte de violence ou d'un décès accidentel, cet événement peut également être considéré comme un événement traumatisant important.

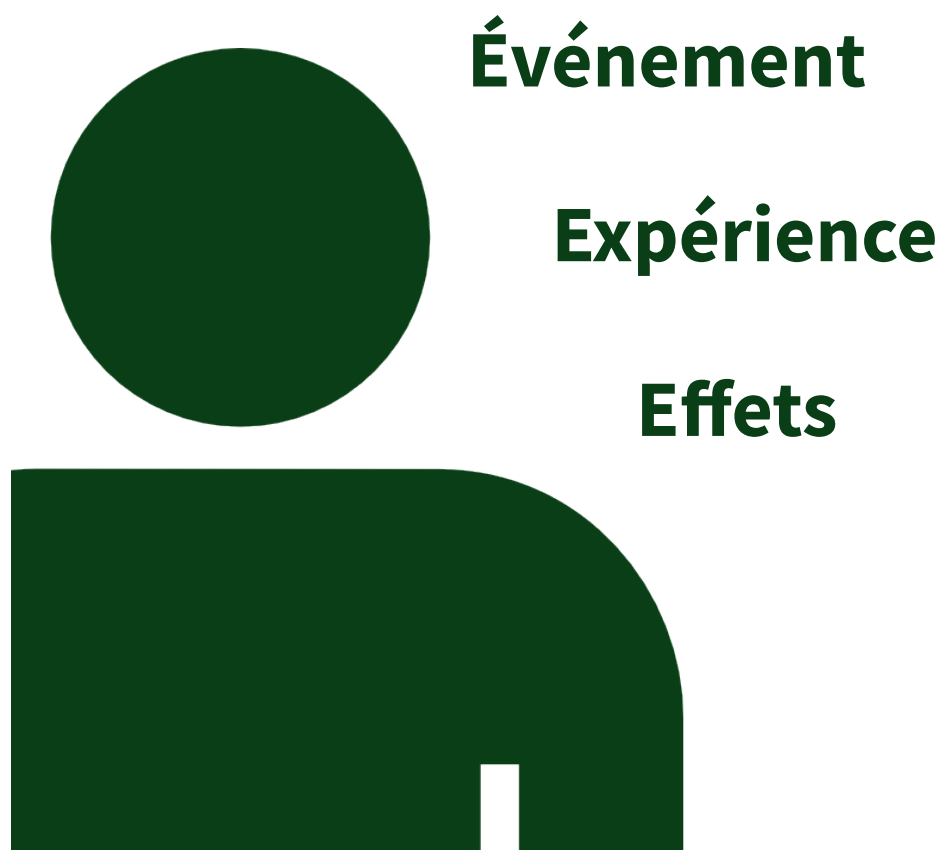


**50 à 80 %
de la population
vivra un événement traumatisant
au cours de sa vie**

(Kawakami et al. 2014;
Kessler et al. 1995; 2017)

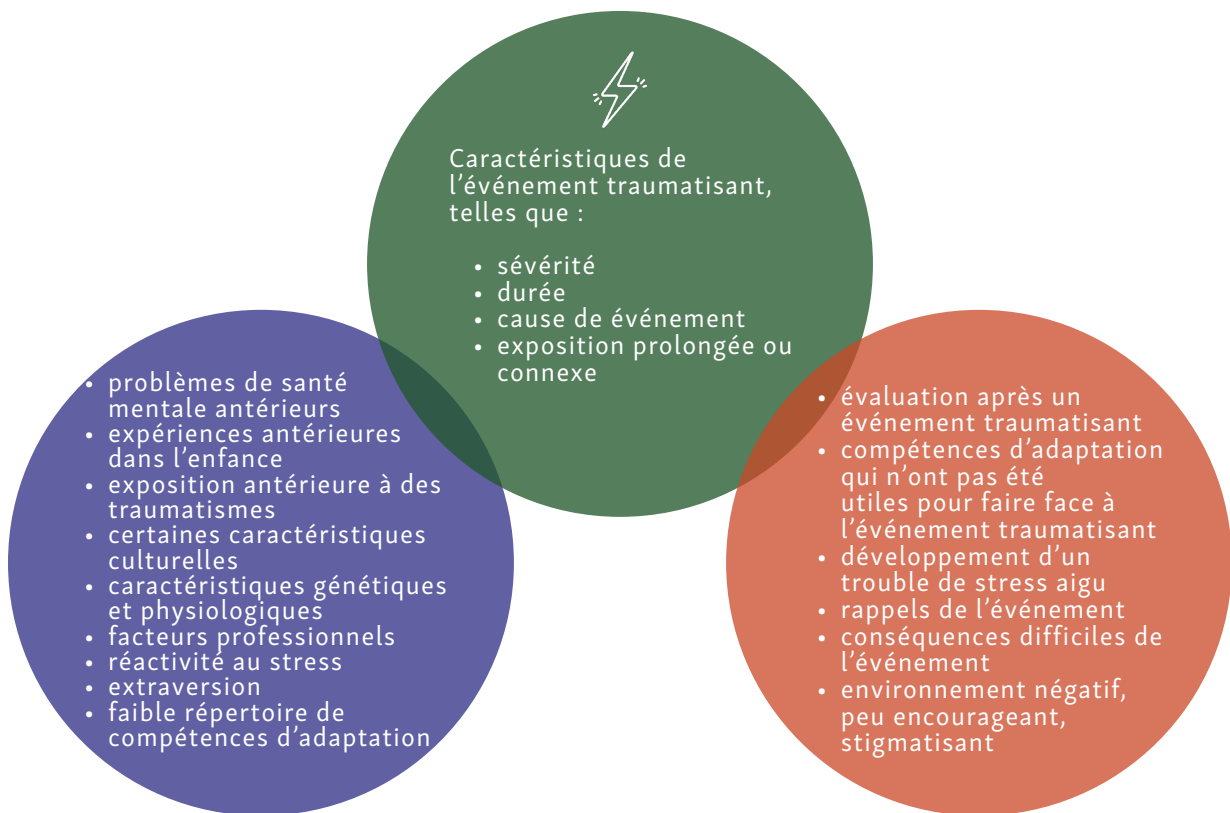
L'expérience d'événements traumatisants entraîne-t-elle l'apparition de symptômes de stress post-traumatique?

Il semble que la vulnérabilité au TSPT soit davantage déterminée par l'interaction unique et dynamique des facteurs de risque pré-, péri- et post-traumatiques que par l'exposition à l'événement traumatisant lui-même. Il existe des facteurs de risque et des facteurs de protection avant, pendant et après un événement traumatisant. Le traumatisme est conceptualisé comme un processus qui ne se limite pas à l'événement ou à la série **d'événements**, mais à **l'expérience** de la personne et à ses **effets** au sein et autour de l'individu. Les interactions complexes des facteurs susmentionnés créent un mélange unique de vulnérabilités et de résilience individuelles qui peuvent conduire au TSPT dans certains cas, et pas dans d'autres. L'événement, l'expérience et les effets sont les trois « E » du traumatisme qui créent un cadre permettant de résumer les facteurs pertinents susceptibles d'influencer les changements et les résultats potentiels en termes de santé et de santé mentale.



Facteurs de risque liés au TSPT

Il existe de multiples sources de facteurs de risque qui jouent un rôle dans l'apparition des symptômes du TSPT. Ces facteurs sont regroupés en trois catégories :



Les éléments de ces catégories peuvent créer un mélange unique et individuel chez chaque personne, et l'expérience traumatisante ouvre la porte à leur activation, créant une vulnérabilité pour le développement des symptômes.

Certains facteurs de la liste fournie appartiennent à plusieurs catégories. Certains pourraient être des facteurs de risque ou des conséquences du trouble de stress post-traumatique, créant un cercle vicieux en interagissant et en s'amplifiant eux-mêmes et les uns les autres. Un bon exemple est le manque de sommeil, qui peut être un facteur de risque, mais qui est aussi un symptôme et une conséquence du développement du trouble de stress post-traumatique.

Facteurs de protection contre le trouble de stress post-traumatique

Certains facteurs contribuent à nous protéger contre le développement du trouble de stress post-traumatique. Ils peuvent également être regroupés en trois catégories : avant, pendant et après le traumatisme.



La résilience

La résilience est définie comme la capacité à faire face à l'adversité et aux traumatismes, et à s'adapter aux défis ou aux changements (SAMHSA, 2018), ce qui est un processus qui contribue au rétablissement après des expériences négatives. Les facteurs contribuant à la résilience sont des facteurs de protection à plusieurs niveaux, de l'individu à la communauté et à la société. Ils contribuent au sentiment de sécurité, au contrôle perçu, à la stabilité et au sentiment d'efficacité personnelle, favorisent des relations saines et aident à réguler efficacement les émotions.

Le soutien social

Un environnement positif, favorable, sans jugement et non stigmatisant, créé par les membres de la famille, les amis, les collègues et les superviseurs, peut constituer l'un des facteurs de protection les plus importants. Il permet non seulement de donner un sens aux expériences traumatisantes, mais aussi de créer un tampon contre l'isolement. En outre, il peut aider à 1) faire face à la perte, qui est souvent une conséquence du traumatisme (par exemple, perte du sentiment de sécurité, perte de la santé physique ou mentale, perte d'une personne, perte d'une maison, etc.); 2) rester réaliste par rapport aux souvenirs liés au traumatisme (aide à éviter le catastrophisme, la rumination mentale et d'autres styles de pensée nuisibles); et 3) atténuer les sentiments négatifs tels que la honte ou la culpabilité. Un sentiment d'appartenance, des relations enrichissantes, une communauté ou une camaraderie sont liés au soutien social (voir page 47).

Reconnaître et nommer le problème

Parfois, nous décrivons le traumatisme comme quelque chose dont on ne peut pas parler ou qu'on ne peut pas mettre en mots parce qu'il est indicible et indescriptible. Il n'est pas nécessaire de parler du traumatisme, mais **le fait de reconnaître et de nommer le problème** peut constituer la première étape de la reprise de contrôle et peut conduire à la guérison.

Apprendre des stratégies d'adaptation efficaces

Les stratégies d'adaptation positives sont des facteurs de protection qui peuvent être appris et utilisés pour faire face au TSPT. Une gestion efficace des moindres détails peut constituer la première étape d'une reprise de contrôle.

Pourquoi moi? Est-ce ma faute?

Le développement d'un problème de santé mentale n'est jamais « la faute de la personne ». Les problèmes de santé mentale peuvent être causés par un ensemble de facteurs différents, et le TSPT ne fait pas exception à la règle.

La compréhension de certains des principaux facteurs de risque liés au TSPT apporte une preuve supplémentaire que le développement du TSPT est réel et qu'il n'y a rien de « mauvais » chez la personne qui en est atteinte. Ce n'est pas un signe de faiblesse ou un autre problème. L'expérience d'un problème de santé mentale n'est pas différente d'un autre problème de santé. Ursano et ses collègues (2012, p. 905, traduction libre) proposent une métaphore qui offre une bonne perspective de la situation. Elle « peut ressembler à un simple rhume qui disparaît sans traitement ou peut évoluer vers une pneumonie avec une morbidité sévère. Trop souvent, nous et le public parlons de toutes les maladies psychiatriques comme s'il s'agissait d'un cancer. Mais les maladies psychiatriques, comme la plupart des maladies médicales, peuvent prendre la forme d'une contusion ou d'un os cassé, et pas toujours d'un cancer ».

Qui peut être touché par le trouble de stress post-traumatique?

Tout le monde peut être touché par le TSPT. Toutefois, certains groupes et certaines professions sont plus exposés au risque de développer un trouble de stress post-traumatique. Parmi les groupes, on peut citer :

- Les populations autochtones, en raison de traumatismes historiques uniques et de facteurs actuels;
- les populations LGBTQ2S+;
- les réfugiés.

La profession peut également être un facteur de risque de développer un TSPT, en particulier lorsque les personnes sont exposées de manière répétée ou extrême à des événements traumatisants, comme par exemple :

- agents de police;
- pompiers;
- personnel paramédical;
- médecins;
- infirmières;
- agents correctionnels;
- répartiteurs d'urgence;
- personnel militaire;
- membres d'équipe de secours;
- sauveteurs miniers;
- policiers des transports et des chemins de fer;
- travailleurs bénévoles en cas de catastrophe;
- inspecteurs du feu;
- experts judiciaires;
- agents de probation;
- transcripteurs de notes et de documents médicaux;
- prestataires de soins de santé mentale;
- personnes qui participent au nettoyage des lieux où se déroulent des opérations traumatisantes et des services d'urgence, etc.

Cependant, le développement du TSPT est influencé par de multiples facteurs : l'exposition (répétée) à des événements traumatisants est un facteur de risque important, mais ce n'est pas le seul.



Facteurs de risque professionnels

- exposition fréquente à des traumatismes
- pression temporelle
- travail par quarts
- mauvaise communication
- insécurité de l'emploi
- stigmatisation du trouble de stress post-traumatique
- difficultés à accepter de l'aide



Facteurs de protection professionnels

- capacité à considérer les facteurs de stress comme des défis
- traits de personnalité que les emplois de premiers intervenants attirent (par exemple, l'ambition, la confiance en soi pour faire face à des situations critiques, le leadership, la coopération)
- formation
- culture professionnelle (par exemple, la camaraderie, la hiérarchie, le sentiment d'appartenance, le soutien social)
- respect du travail

Le saviez-vous?

On entend souvent dire que le TSPT chez les premiers intervenants n'est pas un « si », mais plutôt un « quand ».

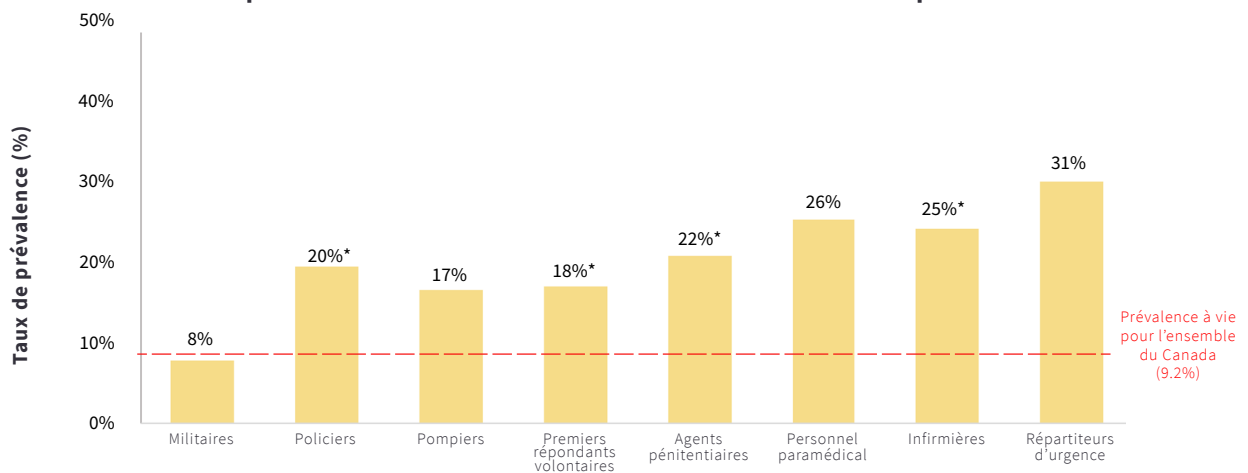
Il est important de souligner que cette affirmation est basée sur des croyances et non sur des preuves factuelles. Malgré l'idée reçue, le TSPT n'est pas une conséquence inévitable ou un effet secondaire d'un travail.

Comme pour tout autre problème de santé mentale, les causes du TSPT sont multiples et plusieurs facteurs de risque doivent être présents.

Quelle est la fréquence du trouble de stress post-traumatique?

Le taux du TSPT peut varier en fonction du groupe considéré. Au Canada, 9,2 % de la population pourrait, à un moment ou à un autre de sa vie, être atteint du TSPT (Van Ameringen et al. 2008). Toutefois, la prévalence du TSPT peut varier en fonction de diverses caractéristiques. Les personnes susceptibles d'être touchées par le TSPT varient en fonction du sexe, de la culture et de la profession. Les femmes sont environ deux fois plus susceptibles de développer des symptômes du TSPT que les hommes (APA, 2022; Comer, 2015), et les premiers intervenants sont deux fois plus susceptibles de développer des symptômes du TSPT que la population générale (Ministère du Travail de l'Ontario, 2016; Gouvernement du Canada, 2020).

Taux de prévalence du TSPT au Canada dans diverses professions



* Les données avec un astérisque représentent une moyenne. Voir la gamme complète ci-dessous pour ces professions.

Profession

Militaires



8%

Policiers



8 à 32%

Pompiers



17%

Premiers répondants volontaires



12 à 23%

Agents correctionnels



17 à 26%

Personnel paramédical



26%

Infirmières



8.5 à 42%

Répartiteurs d'urgence



31%

ONA, 2016; Regehr et al. 2013; Wilson et al. 2016

Quels sont les principaux symptômes du trouble de stress post-traumatique?



Faire des cauchemars à propos de l'événement



Penser à l'événement contre sa volonté



Évitement de tout rappel de l'événement traumatisant



Être facilement effrayé



Nécessité de surveiller et le filtrer l'environnement immédiat



Irritation ou nervosité lors du rappel de l'événement



Sentiment de blâme ou de culpabilité par rapport à l'événement traumatisant



Sentiment d'éloignement des gens

Comment puis-je savoir si je suis atteint, ou si quelqu'un que je connais est atteint, du TSPT ou non?

La seule façon de savoir avec certitude qui éprouve ou non des symptômes du TSPT est de consulter un prestataire de soins de santé mentale réglementé/enregistré ou un médecin.

Dans quels cas vaut-il la peine de consulter un professionnel?

Il convient d'envisager de consulter un professionnel si une personne a vécu ou a été témoin d'un événement traumatisant et qu'elle présente **au moins trois des symptômes les plus fréquents du trouble de stress post-traumatique (TSPT) :**

- faire des cauchemars à propos de l'événement;
- se surprendre à penser à l'événement traumatisant, même lorsqu'elle ne veut pas y penser;
- se surprendre à éviter tout rappel de l'événement traumatisant;
- être facilement effrayée;
- ressentir le besoin de se protéger et de filtrer l'environnement immédiat;
- être irritable et nerveuse en cas de rappel de l'événement ou des événements traumatisants;
- se sentir éloignée des gens;
- se sentir responsable ou coupable de l'événement traumatisant.

Il est recommandé de consulter un professionnel de la santé mentale au sujet de ces symptômes. L'autodiagnostic ou l'attribution d'un diagnostic à quelqu'un sans consulter un prestataire de soins de santé mentale réglementé/enregistré peut être dangereux, nuisible et contraire à l'éthique.

Peut-on prévenir le TSPT?

Il n'existe aucun moyen connu de prévenir le TSPT, si ce n'est qu'en évitant d'être exposé à un ou plusieurs événements traumatisants, ce qui est une attente irréaliste. Les connaissances en matière de santé mentale et la formation à la résilience pourraient soutenir les efforts de prévention; cependant, rien ne prouve qu'elles préviennent le développement du TSPT. On peut toutefois renforcer les compétences qui agissent comme facteurs de protection et de résilience (voir page 29), notamment le fait de savoir où trouver de l'aide, d'être traité équitablement, d'avoir des relations stables et de soutien, l'engagement communautaire, les ressources disponibles, la compréhension des traumatismes, la confiance, le respect et la compassion, par exemple.

Que dois-je faire si je présente, ou si quelqu'un que je connais présente, des symptômes de stress post-traumatique?

Le fait d'éprouver une ou plusieurs réactions de stress après avoir été exposé à un ou plusieurs événements traumatisants peut être une réaction normale et il peut falloir un certain temps pour revenir à la normale. Il est normal de ressentir ou de penser différemment après des expériences aussi marquantes. Toutefois, lorsque les symptômes durent plus d'un mois ou qu'ils affectent négativement la vie de la personne, il est recommandé de consulter un prestataire de soins de santé (par exemple, un médecin de famille qui peut orienter la personne vers un psychiatre) ou un prestataire de soins de santé mentale (par exemple, un psychologue, un psychologue clinicien, un travailleur social, un infirmier en santé mentale ou un spécialiste des pratiques éclairées par les traumatismes) afin d'obtenir des conseils supplémentaires. Même dans les cas où les critères du TSPT ne sont pas remplis, un traitement peut être utile.

Quels sont les autres problèmes qui peuvent accompagner le TSPT?

Les personnes qui présentent des symptômes du TSPT peuvent avoir d'autres problèmes/symptômes de santé mentale. Les problèmes/symptômes de santé mentale les plus fréquents qui peuvent accompagner le trouble de stress post-traumatique sont les suivants :

- symptômes dépressifs (par exemple, tristesse, pessimisme);
- symptômes liés à l'anxiété (par exemple, nervosité, tremblements);
- problèmes de sommeil (par exemple, difficultés à s'endormir ou à rester endormi, cauchemars);
- abus d'alcool, de drogues ou d'autres substances (caféine, tabac, boissons énergisantes, etc.);
- changements significatifs dans le comportement alimentaire (par exemple, perte d'appétit, manger plus que d'habitude);
- être plus sensible à la douleur physique;
- risque de se faire du mal.

La prise en charge de ces symptômes ferait partie du plan de traitement individuel de la personne.

Le saviez-vous?

Le TSPT peut avoir un impact sur la capacité à travailler, les relations sociales et la santé physique.

Dans le cadre professionnel, on peut observer de l'absentéisme, une moindre réussite professionnelle et un moindre engagement dans le travail. Le travail par quarts peut être extrêmement difficile pour les personnes qui présentent des symptômes de stress post-traumatique.

À quoi ressemble le TSPT dans la vie de tous les jours?

Il est difficile de vivre avec un TSPT non traité et les symptômes peuvent varier d'une personne à l'autre. La recherche montre que même au sein d'une personne, les symptômes peuvent varier chaque jour, voire chaque semaine, de sorte qu'il n'est pas possible de créer une description complète qui puisse s'appliquer à tout le monde.

Lorsque les symptômes apparaissent à la suite d'un événement déclencheur, ou même en l'absence de tout déclencheur visible, les personnes peuvent être distraites et incapables de se concentrer ou d'expliquer ce qui leur arrive.

Elles peuvent avoir du mal à identifier ce qui se passe et avoir l'impression d'être pris au piège de la situation, ou même de souvenirs passés qui leur semblent réels et présents.

Dans ces moments-là, toute la gamme des réactions au stress peut se manifester. Les symptômes envahissants se produisent généralement sous une forme intrusive, provoquant des symptômes visibles. La personne peut être incapable de contrôler ses émotions (colère, larmes, contrariété) et ses réactions physiologiques (tremblements, transpiration, pâleur ou rougeur). La personne peut avoir honte parce qu'elle n'est pas en mesure de contrôler sa réaction.



La reviviscence des expériences traumatisantes peut être difficile, et il est également difficile d'être témoin de ce que vit quelqu'un. Celle-ci peut survenir de façon inattendue parce que le souvenir est déclenché par des signaux internes. Parfois, l'événement déclencheur est externe et identifiable, mais ne peut être évité (par exemple, le son des sirènes, les coups de klaxon, etc.).

Certaines personnes signalent des difficultés à s'endormir ou à rester endormies. Souvent, elles ont besoin de bouchons d'oreille pour éviter d'être dérangés par des bruits qui peuvent déclencher des souvenirs pendant le sommeil. Certaines personnes font des cauchemars et ont des réactions physiques intenses qui peuvent également affecter le sommeil de leur partenaire.

Certaines personnes se sentent opprimées par les foules et les endroits bondés. D'autres personnes ne supportent les événements sociaux que pendant une très courte période et cherchent constamment des moyens de s'échapper, ou se tiennent debout/assises contre le mur, près de la sortie. Certaines personnes ne quittent pas leur domicile ou ne se sentent à l'aise que dans la nature et à l'extérieur. Le fait d'être surpris par des bruits inattendus est une expérience courante, et les gens expriment des sentiments négatifs à l'égard de leurs propres réactions de stress (par exemple,

la honte, la culpabilité, le sentiment de déception, etc.). Les tremblements, les rougeurs et les éruptions cutanées sont des réactions fréquentes dans ces situations.

Les personnes présentant des symptômes du TSPT peuvent se sentir facilement dépassées, et leur réaction peut être très différente. Certaines personnes commencent à parler ou sont hyperactives lorsqu'elles se sentent dépassées, d'autres se retirent ou s'isolent, tandis que d'autres encore consomment de l'alcool, de la caféine ou du tabac pour faire face à leurs symptômes. D'autres peuvent être irritées, frustrées ou agitées. D'autres sont évitantes et, tout en essayant d'éviter les rappels liés au traumatisme, elles évitent les lieux et les personnes.

L'intimité (le fait de se sentir proche des autres) peut être un problème pour les personnes atteintes du TSPT; elles peuvent avoir une faible libido et le fait d'être touché peut être une expérience intrusive pour certaines d'entre elles.

Être et rester motivé peut être une lutte pour les personnes qui vivent avec des symptômes du TSPT. Il peut être difficile de maintenir une hygiène de base (se laver, se brosser les dents, avoir des vêtements propres, etc.). Les habitudes alimentaires peuvent changer de manière significative (la sur-alimentation et la sous-alimentation peuvent être tout aussi typiques). Ces personnes peuvent négliger leur environnement domestique et leurs tâches ménagères, comme un réfrigérateur vide et des piles de vaisselle non lavée. Un environnement de vie chaotique peut être le résultat de ces symptômes, en particulier lorsqu'elles vivent seules.

Les personnes qui développent un trouble de stress post-traumatique ont généralement du mal à se concentrer. Gérer des tâches concurrentes ou multiples, résoudre des problèmes ou gérer des conflits peut être exigeant.

Retrouver du plaisir dans des activités précédemment appréciées peut s'avérer difficile.

La liste pourrait être allongée, mais il ne s'agit que d'exemples, car il n'est pas possible d'obtenir une vue d'ensemble et une description complète. On peut affirmer avec certitude que les symptômes du TSPT modifient la vie et le fonctionnement de la personne; cependant, le degré et l'impact de ces changements peuvent être différents pour chaque individu. Les personnes qui développent un TSPT disent souvent : « Je suis devenu quelqu'un que je ne connais pas », « Je me suis perdu » ou « Je ne suis plus la même personne qu'avant le traumatisme ».



Le trouble de stress post-traumatique et la blessure de stress post-traumatique sont-ils identiques?

Oui et non. Comment est-il possible que la réponse soit à la fois oui et non?

Le TSPT est l'acronyme du trouble de stress post-traumatique et le BSPT est l'acronyme de blessure de stress post-traumatique. Ils visent à nommer et à définir le même problème, bien que le nom et le diagnostic officiels soient TSPT, et non BSPT. L'utilisation du nom BSPT est de plus en plus populaire, en particulier parmi les premiers intervenants. On préfère de plus en plus utiliser l'expression « blessure de stress post-traumatique », car les gens la jugent moins stigmatisante (vivre avec une « blessure » et non un « trouble ») et plus représentative de leur expérience et de leurs sentiments à l'égard de leurs symptômes. Se blesser au travail est plus acceptable que de parler de n'importe quel type de trouble. Le fait d'être physiquement blessé ne suscite aucune étiquette ni stigmatisation. Se blesser mentalement et psychologiquement à la suite d'une expérience traumatisante semble plus acceptable pour les personnes qui présentent des symptômes du TSPT que de parler d'un trouble de stress lié à un traumatisme. Le raisonnement est clair et logique; cependant, à ce stade, le terme officiel est toujours TSPT, et non BSPT. Dans le domaine des soins de santé, la cohérence entre les termes psychologiques et médicaux est importante pour la communication entre les prestataires de soins de santé et pour aider les personnes à rechercher les ressources dont elles ont besoin pour obtenir de l'aide, y compris l'accès à l'aide des compagnies d'assurance. Tout en reconnaissant la préférence existante pour parler de blessures psychologiques causées par un traumatisme dans certaines circonstances, l'utilisation des termes officiels peut être utile pour éviter la confusion et les malentendus.

Qu'est-ce qu'une blessure de stress opérationnel et quel est son lien avec le trouble de stress post-traumatique?

Les blessures de stress opérationnel (BSO) désignent toute difficulté psychologique persistante résultant des fonctions opérationnelles. Les forces de l'ordre, le personnel paramédical, les militaires ou toute autre tâche liée au travail ou au service peuvent contribuer à ces problèmes. Les personnes qui subissent des niveaux élevés de blessures de stress opérationnel courent un risque plus élevé d'éprouver des symptômes dépressifs ou anxieux, de problèmes de toxicomanie ou d'un trouble de stress post-traumatique. Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est un type de BSO qui peut se développer après un traumatisme lié au service.

Le saviez-vous?

Le fait de regarder ou d'être exposé à un événement traumatisant par le biais des médias électroniques peut provoquer une détresse importante se traduisant par une réaction de stress ou des symptômes de type anxieux. Toutefois, ces réactions s'estompent assez rapidement et ne causent généralement pas de problèmes de santé mentale.

Une exception peut être faite lorsque le travail d'une personne l'expose régulièrement à une documentation détaillée sur des événements traumatisants, comme c'est le cas pour les agents des forces de l'ordre, les membres d'une équipe médicale ou les experts médico-légaux.

Qu'est-ce que le stress lié à un incident critique?

Le terme « stress lié à un incident critique » (SIC) a été utilisé pour décrire les symptômes physiques et psychologiques qui peuvent résulter de l'implication dans un événement traumatisant. Il s'agit généralement de la première série de réactions normales à un événement accablant tel qu'un traumatisme. Le terme est utilisé moins fréquemment et décrit généralement la réaction à des facteurs de stress négatifs aigus.

Quelles sont les formes de traumatismes indirects?

Le traumatisme indirect est un terme générique décrivant l'expérience qui résulte d'une exposition indirecte à un événement traumatisant. Il fait référence au traumatisme vicariant, au stress traumatique secondaire, à l'usure de compassion et à l'épuisement professionnel. Des formations spécialisées existent et sont conçues pour offrir des techniques de prévention et d'intervention aux personnes susceptibles d'être affectées par tout type de traumatisme indirect.

Le traumatisme vicariant

Le traumatisme vicariant (TV) est généralement vécu par les professionnels de la santé mentale et les autres professionnels de l'aide qui écoutent les récits traumatiques de leurs clients. Ce terme fait référence à l'effet cumulatif et transformateur des changements de schémas cognitifs et de perception dans la vision du monde, ou des croyances personnelles et professionnelles dues à l'exposition à des récits traumatisants.

Le stress traumatique secondaire

Le stress traumatique secondaire (STS) est une forme unique de symptômes similaires au TSPT (y compris les principaux groupes de symptômes tels que revivre l'événement traumatisant, l'évitement, cognitions et humeurs négatives et l'hyperexcitation) avec une exposition indirecte et secondaire à un traumatisme, comme le fait d'écouter ou d'être exposé à des détails graphiques d'expositions traumatisantes. Il s'agit d'un risque professionnel pour les personnes qui travaillent dans des domaines où l'exposition indirecte aux traumatismes secondaires est élevée, comme les professionnels de l'aide, les juges, les avocats, les enquêteurs, les travailleurs des services sociaux d'urgence et bien d'autres.

L'usure de compassion

L'usure de compassion (UC) peut être ressentie par n'importe qui, y compris les amis et les membres de la famille qui sont en contact avec la personne qui a vécu des expériences traumatisantes. Le fait d'être débordé, de se sentir impuissant et le manque de ressources pour faire face à l'expérience traumatisante d'une victime/survivante peuvent provoquer l'usure de compassion. Les symptômes les plus typiques sont la réduction de la capacité d'empathie, l'isolement ou le sentiment d'impuissance, d'accablement ou de préoccupation face à l'expérience traumatisante

d'autrui. Cela peut facilement se produire au sein du système de soutien social d'une personne atteinte du TSPT ou ayant été affectée par un traumatisme direct si elle ne reçoit pas d'aide ou de ressources appropriées et n'est pas sensibilisée à ce phénomène.

L'épuisement professionnel

L'épuisement professionnel (EP) est l'épuisement, la dépersonnalisation, le cynisme, l'épuisement énergétique et la réduction de l'efficacité professionnelle qui peuvent résulter de n'importe quel environnement de travail. L'exposition indirecte au traumatisme peut favoriser l'épuisement professionnel ainsi que d'autres stress chroniques mal gérés.

Qu'est-ce que le préjudice moral?

Lorsque les cliniciens ont étudié les circonstances dans lesquelles les militaires ont été traumatisés, ils ont créé différentes catégories pour rendre compte des caractéristiques communes de leurs expériences traumatiques. Une catégorie a été appelée « préjudice moral ». Le préjudice moral n'a pas de définition précise, mais il se réfère généralement à des situations où la personne est témoin d'actions (ou d'absence d'actions), où des croyances fondamentales ou des codes éthiques moraux sont blessés, violés ou trahis, ce qui provoque un traumatisme psychologique. Il s'agit souvent d'une blessure de caractère ou d'une blessure psychologique. Bien que le concept original ait été développé sur la base de recherches menées auprès du personnel militaire, les premiers intervenants ont constaté que le concept correspondait également à certaines de leurs expériences. Les exemples incluent une trahison importante; des cas où ils ont pu voir que des personnes innocentes ont été affectées par un événement traumatisant; quelqu'un a violé la chaîne de commandement; a commis une autre violation dans le cadre de son grade et de ses responsabilités tout en étant exposé à l'événement traumatisant lui-même. Toutefois, si le préjudice moral n'implique pas nécessairement le trouble de stress post-traumatique et vice-versa, les symptômes se chevauchent et peuvent s'amplifier mutuellement. Les sentiments typiques sont la culpabilité, la honte ou le dégoût intenses résultant d'un préjudice moral et des pensées négatives accrues à l'égard des autres ou d'eux-mêmes (par exemple, baisse de l'estime de soi, autocritique).

Quelle est la relation entre le trouble de stress post-traumatique et le suicide?

Le suicide est l'une des principales causes de décès dans notre société à l'échelle mondiale. Au Canada, 24 % des décès chez les personnes âgées de 15 à 24 ans sont dus au suicide, et après 25 ans, ce chiffre est encore de 16 % (Association canadienne pour la santé mentale). Le TSPT pourrait doubler le risque de suicide (Fox et al., 2021). Le risque de suicide est toujours évalué et surveillé dans le cadre de la thérapie. Nous devons insister sur le fait que toute idée suicidaire doit être prise au sérieux et traitée.

Nous savons qu'il est effrayant d'apprendre qu'une personne que nous connaissons pense au suicide ou se fait du mal d'une manière ou d'une autre. Parfois, les gens ont des doutes sur la façon d'aborder ces situations et il peut être difficile de savoir comment réagir. Cependant, la pire réaction peut être de rester silencieux et d'ignorer les indices. Les signes ne sont pas toujours évidents, ce qui amène les gens à s'interroger sur la meilleure décision ou approche à adopter. Mais il est toujours préférable d'être prudent, ce qui signifie qu'il faut s'attaquer à tous les signes qui y sont liés.

Si vous connaissez quelqu'un qui est en danger immédiat, appelez le 911.

Les signes les plus évidents du risque de suicide sont les suivants :

- parler de se faire du mal ou menacer de le faire;
- partager le fait de chercher un moyen de se suicider;
- parler ou écrire sur la mort, le décès, le suicide, comment il serait préférable de s'endormir et de ne jamais se réveiller.

Si vous ou une personne de votre entourage présente l'un de ces comportements, veuillez vous rendre ou accompagner la personne au centre de crise ou à l'hôpital le plus proche. Vous pouvez également appeler le 911 ou une ambulance/la police.

Les signes moins évidents de risque de suicide sont les suivants :

- augmentation de la consommation de substances psychoactives;
- faire état d'un sentiment d'impuissance ou de désespoir;
- ne pas voir et trouver un but dans la vie;
- parler d'être un fardeau;
- parler d'une douleur insupportable;
- se sentir pris au piège et exprimer qu'il n'y a pas de solution à la situation vécue;
- se comporter de manière agitée, anxieuse, frustrée ou en colère;
- s'isoler;
- être incapable de dormir ou avoir un sommeil excessif;
- s'engager dans des activités risquées, dangereuses ou imprudentes;
- montrer des changements d'humeur importants.

Si vous présentez l'un de ces signes, demandez de l'aide au centre de crise ou à l'hôpital le plus proche, ou appelez un service d'assistance téléphonique à proximité. Si vous connaissez quelqu'un avec qui vous vous sentez à l'aise pour vous accompagner dans le processus de recherche d'aide, cela peut être utile. Toutefois, si vous ne parvenez pas à joindre cette personne lorsque vous êtes en situation de crise, continuez à contacter le centre de crise ou composez le 911.

Le numéro de téléphone de Parlons suicide Canada est le 1-833-456-4566.

Comment aider une personne en situation de crise?

Il est courant de penser que le fait de parler du suicide entraîne un risque plus élevé pour la personne concernée. En réalité, c'est généralement le contraire qui se produit, la personne se sentant mieux lorsqu'elle peut parler de ses sentiments. Une personne présentant un risque aigu de suicide a besoin d'une aide professionnelle et ne peut être laissée seule jusqu'à l'arrivée des secours ou jusqu'à ce qu'elle soit emmenée dans un lieu où des professionnels qualifiés lui prodiguent des soins.

Il est courant de ne pas se sentir à l'aise en écoutant une personne à risque. Nous énumérons ci-dessous quelques conseils qui peuvent s'avérer utiles. L'objectif principal est de briser le silence et de mettre la personne en contact avec une aide professionnelle.

Que peut-on faire? Quelle est la manière la plus efficace d'apporter son soutien?

- Soyez direct mais empathique.
- Il est important de parler honnêtement, respectueusement et avec dignité. Écouter et montrer son intérêt est utile dans les situations critiques. Encore une fois, écouter n'augmente pas le risque; cela aide la personne à accepter de l'aide et lui montre immédiatement que quelqu'un se soucie d'elle et qu'elle n'est pas seule.
- Il est raisonnable de demander à la personne si elle pense au suicide et, si la réponse est positive, de l'interroger sur le plan et le calendrier. Rappelez-vous que les questions ne provoquent pas ces pensées, la personne a peut-être déjà un plan.
- Ne minimisez pas les sentiments, n'utilisez pas de clichés et n'essayez pas de débattre avec la personne, et n'acceptez pas de garder le secret.
- Demandez s'il y a quelque chose à faire; des ressources peuvent être tirées du réseau de la personne (quelqu'un qui peut l'accompagner à l'hôpital ou au centre de crise, si vous ne pouvez pas offrir ce soutien); mais surtout contactez la personne et mettez-la en contact avec un soutien professionnel.
- Il est raisonnable de faire appel à un soutien professionnel (centre de crise, 911) pour obtenir des conseils.
- Ne laissez pas la personne seule jusqu'à ce qu'elle reçoive de l'aide et enlevez tous les objets évidents qui pourraient augmenter le risque de blessure (par exemple, les objets tranchants).

N'oubliez pas que le stress excessif, la dépression et le trouble de stress post-traumatique (TSPT) peuvent entraîner un risque de suicide. Toutefois, avec de l'aide et du soutien, il est possible de résoudre ces problèmes. Une personne qui a traversé une crise suicidaire peut apprendre des stratégies efficaces pour faire face à ces problèmes, d'où l'importance d'un soutien professionnel. La personne à risque a atteint ses limites pour faire face à sa situation et à son problème. La personne à risque ne peut pas faire face efficacement et ne peut pas trouver une solution par elle-même. Le risque de suicide doit toujours être pris au sérieux.

À partir du 1er décembre 2023, il y aura au Canada un numéro de téléphone à trois chiffres pour obtenir une aide immédiate en cas de crise de santé mentale ou de prévention du suicide. Le numéro sera **9-8-8**. Il peut être composé ou envoyé par SMS dans tout le pays gratuitement.

Résumé du chapitre

- Les symptômes du TSPT peuvent apparaître peu de temps après le ou les événements traumatisants, mais dans certains cas, ils peuvent se manifester des mois ou des années plus tard.
- Le développement des symptômes du TSPT est généralement le résultat de l'interaction unique des facteurs de risque pré-, péri- et post-traumatiques.
- En présence de symptômes, en particulier lorsqu'ils interfèrent avec le fonctionnement social, professionnel ou d'autres domaines importants, il est conseillé de demander l'aide d'un professionnel.
- Tout le monde peut être touché par le TSPT, même si les membres de certains groupes et de certaines professions sont plus exposés au risque de développer un TSPT.
- La recherche a identifié certains facteurs de protection qui peuvent prévenir ou aider à faire face aux symptômes du TSPT, tels que le soutien social, la formation et le développement de différentes capacités d'adaptation.
- Le TSPT peut augmenter le risque de suicide.
- Si quelqu'un est en danger immédiat, appelez le 911.
- Le numéro de téléphone de Parlons suicide Canada est le 1-833-456-4566.

TRAITEMENTS

Traitements dans le cadre des soins de santé mentale

Les problèmes de santé mentale peuvent être traités et un certain niveau d'amélioration (par exemple, des habitudes plus saines, une vie plus productive) peut être un objectif réaliste. Le traitement ou la thérapie est un processus qui vise à aider les personnes à surmonter les symptômes et les difficultés psychologiques qu'elles ont identifiés en utilisant des techniques fondées sur des preuves.

- La thérapie est généralement un processus systématique et planifié, exécuté par un professionnel qualifié.
- La thérapie fait référence à une série d'interactions dont l'objectif est de produire les changements souhaités dans le comportement, la pensée, l'attitude et l'état émotionnel du client.
- Il doit y avoir de la transparence entre le client et le professionnel. Le client doit être informé des objectifs et des changements et les accepter.
- Le traitement est proposé dans un environnement favorable, sans jugement, et il est basé sur la collaboration entre le client et le prestataire de soins.

La décision de traitement

Le diagnostic d'un trouble mental n'implique pas automatiquement la nécessité d'un traitement. La nécessité d'un traitement et le type de traitement sont généralement déterminés par le professionnel/clinicien qui dispose des outils, des connaissances et de l'éducation nécessaires pour décider du plan de traitement tout en travaillant avec le client. Le plan de traitement est le résultat d'un processus décisionnel complexe dans lequel de nombreux facteurs sont pris en compte en fonction des besoins spécifiques de la personne (par exemple, la gravité des symptômes, les risques et les avantages, etc.) Les informations sont recueillies par le prestataire de soins au moyen de procédures de dépistage et d'évaluation. La décision concernant le traitement est prise individuellement et en collaboration, et les soins proposés peuvent être bénéfiques même lorsque les symptômes sont minimes.

Types de thérapeutes

Les services de santé mentale sont généralement proposés par :

- les médecins (psychiatre, médecin de famille);
- les psychologues et les psychologues cliniciens;
- des conseillers et des thérapeutes qui ont souvent une formation en psychothérapie, en travail social, en soins infirmiers, en ergothérapie, etc.

Sources de soins

Il existe une gamme de services disponibles au sein du système de soins de santé, y compris les services d'urgence, les hôpitaux, les services de proximité et le soutien informel non professionnel (soutien par les pairs, soutien culturel et spirituel). Même si les soins sont censés être offerts dans le cadre d'un continuum, la continuité entre les différents types de services peut être fragmentée. Toutefois, à chaque étape des services, des informations peuvent être fournies sur la forme qui pourrait être la meilleure option pour la personne, sur la base d'un dépistage et d'une évaluation. Les décisions peuvent être prises en fonction de la durée d'attente, des finances (financement public ou privé), de la disponibilité, de la localisation, de l'urgence, de l'approche thérapeutique, du traitement individuel ou en groupe, etc. Les soins sensibles aux traumatismes (SST), par exemple, sont proposés dans tous les contextes et secteurs afin de favoriser le rétablissement. Cela signifie que même les prestataires de soins qui ne proposent pas d'options de traitement spécifiques aux traumatismes comprennent le traumatisme et tous ses aspects, et accordent la priorité à la sécurité, au choix du contrôle et au besoin de guérison sans déclencher ou retraumatiser le client. Ils peuvent ainsi orienter le client vers les services spécifiques aux traumatismes de la source la plus appropriée.

Agences communautaires



Centres communautaires de santé mentale, services familiaux, centres d'intervention en cas de crise et autres agences sociales.

La psychothérapie privée



Les psychothérapies individuelles et privées sont de plus en plus souvent proposées par les régimes d'assurance maladie raisonnables et habituels ou les programmes d'aide aux employés.

Soins hospitaliers



Les soins hospitaliers peuvent être plus efficaces pour certains problèmes complexes.

Efficacité du traitement

Un traitement peut souvent aider, et des traitements efficaces sont disponibles. Cependant, les objectifs réalisables sont différents pour chacun. C'est pourquoi le traitement est adapté aux symptômes et aux besoins individuels. Pour certaines personnes, le traitement permet de vivre sans aucun symptôme. Pour d'autres, il apporte un certain soulagement en rendant les symptômes moins intenses et plus faciles à gérer. Le traitement offre des outils et des compétences qui peuvent être utilisés pour gérer ou faire face aux symptômes, et gérer les événements déclencheurs plus efficacement. Le TSPT disparaît ou s'améliore rarement de lui-même, et les symptômes peuvent s'aggraver en l'absence de traitement. Le traitement permet d'améliorer l'état de stress post-traumatique et les symptômes qui y sont associés, ainsi que leurs conséquences fonctionnelles (par exemple, sur le plan social, professionnel et dans d'autres domaines de la vie).

Quand se faire soigner?

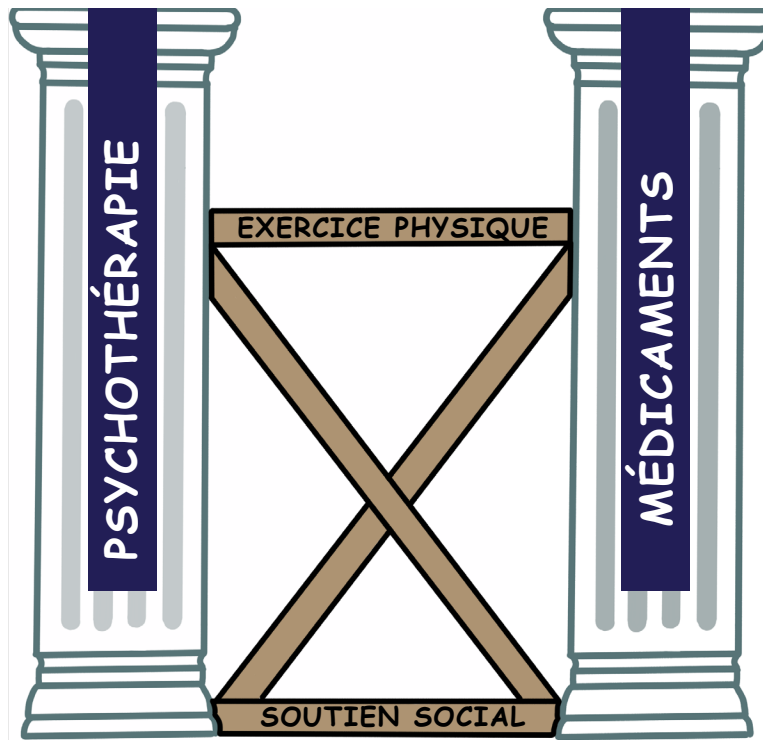
Plus tôt le traitement est accessible après l'exposition à un traumatisme, l'apparition de symptômes ou le diagnostic, plus tôt la personne peut en tirer des bénéfices. Des interventions immédiates sont proposées dans les 48 heures suivant l'exposition au traumatisme afin de répondre à la réaction initiale au traumatisme. Il s'agit généralement de formes d'interventions courtes, ciblées et axées sur les ressources (voir page 54). Toute autre option de traitement peut être proposée à tout moment après l'exposition au traumatisme, soit dans le prolongement de l'intervention immédiate, soit indépendamment de celle-ci. Certaines personnes, en particulier celles qui présentent les symptômes depuis longtemps, peuvent se demander s'il n'est pas trop tard pour se faire soigner. La réponse est non : il n'est jamais trop tard pour commencer un traitement. Même si la personne a déjà reçu un traitement qui n'a pas donné les résultats escomptés, cela vaut la peine d'essayer à nouveau.

Préparation au traitement

Une personne atteinte d'un trouble de stress post-traumatique peut ne jamais se sentir prête à recevoir un traitement. La plupart du temps, ils avancent de bonnes raisons, très rationnelles, pour expliquer pourquoi ils n'ont pas encore pu commencer le traitement. L'évitement peut être ressenti comme un symptôme du trouble de stress post-traumatique. Le fait de savoir cela peut être la clé pour accepter l'aide et faire face aux symptômes. La raison pour laquelle la personne peut avoir besoin d'un traitement est la présence de symptômes qui peuvent interférer avec sa qualité de vie. La disposition au changement peut varier, même lorsque la personne se rend compte qu'elle pourrait avoir des problèmes. Les obstacles et les facteurs qui peuvent influencer la volonté de changement peuvent être abordés avec le prestataire de soins. Lorsque quelqu'un n'est pas sûr de savoir « comment changer », il est recommandé de poser ces questions à un prestataire de soins, qui est formé pour savoir « comment ». La fixation d'objectifs réalistes et progressifs peut faciliter la préparation au traitement.

Que se passe-t-il pendant le traitement?

Le traitement du trouble de stress post-traumatique repose généralement sur deux piliers principaux : la psychothérapie et la thérapie biomédicale (par exemple, les médicaments ou la pharmacothérapie).



Chaque personne peut réagir différemment aux différents traitements. La psychothérapie et la thérapie biomédicale peuvent être mises en œuvre seules ou en combinaison. L'approche choisie s'appuie sur des facteurs empiriques, fondés sur des preuves, qui sont pris en compte lorsque le client et le thérapeute discutent des options. La préférence personnelle du client est un facteur important. En raison de la combinaison possible des deux principales approches thérapeutiques, il est courant que les clients consultent au moins deux professionnels différents pour traiter le problème : l'un est généralement un médecin qui prescrit et gère principalement les médicaments, et l'autre est généralement un prestataire de soins de santé qui mène une psychothérapie.

L'exercice physique renforce l'efficacité des deux piliers et fait généralement partie du plan de traitement. Lorsque l'on examine la description et la nature du stress, la réaction au stress et ses effets sur le corps, il est plus facile de comprendre pourquoi l'exercice physique joue un rôle si important dans le traitement des symptômes du trouble de stress post-traumatique. La prise en compte de la réaction de l'organisme au stress peut permettre de mieux y faire face (voir page 56).

La recherche suggère qu'un soutien social élevé et perçu (voir page 29) est associé à une plus grande réduction des symptômes pendant le traitement. Une source pertinente de soutien social varie d'une personne à l'autre, mais il peut s'agir de la famille, d'amis, de collègues, etc. qui peuvent offrir de l'aide, de l'attention, de l'intérêt, de la compréhension, etc.

Que se passe-t-il pendant la psychothérapie?

La psychothérapie commence par une évaluation approfondie qui aide le professionnel de la santé mentale à comprendre les facteurs pertinents tels que les symptômes, les événements déclencheurs, le(s) événement(s) traumatique(s), le contexte, les facteurs de risque associés et les facteurs de protection. L'évaluation comprend généralement des tests psychométriques, qui permettent au thérapeute de travailler de la manière la plus efficace possible et de disposer d'une base de référence objective au début de la thérapie. Les progrès peuvent ainsi être suivis de manière objective.



Après avoir discuté des informations générales, des préoccupations du client et des résultats des tests psychométriques, le client et le thérapeute parviennent à un accord. L'accord contient les objectifs du traitement, la procédure/l'approche choisie, le calendrier (heure, lieu, durée) et les responsabilités. C'est ce qu'on appelle un contrat de traitement. Malgré son nom, il s'agit généralement d'un accord verbal entre le client et le thérapeute.

La psychoéducation est l'étape suivante. Le thérapeute guide le client tout au long du processus et lui explique les informations pertinentes concernant l'approche thérapeutique choisie. Chaque situation est unique et le plan de traitement individualisé offre une perspective personnalisée pour chaque personne. Des questions peuvent être posées à tout moment. Le plan de traitement est ensuite suivi pour atteindre les objectifs fixés grâce à la stratégie thérapeutique choisie.



Le plan de traitement individualisé est généralement une feuille de route pour le client et le thérapeute. Il résume les informations personnelles du client, ses antécédents et ses données démographiques. Il conceptualise le diagnostic et résume les objectifs de traitement qui font partie du contrat de traitement, avec des objectifs mesurables. Il propose un calendrier pour l'évolution du traitement et son suivi. Un plan de traitement tient également compte des points forts du client. Il peut également décrire et inclure différentes formes de soutien, telles que des médicaments, une psychothérapie individuelle ou de groupe, ou des interventions supplémentaires, telles que l'utilisation d'un appareil de ventilation en pression positive continue (PPC) pendant le sommeil ou la collaboration avec un nutritionniste. Au cours de la thérapie, différentes stratégies peuvent être enseignées au client, par exemple, comment gérer les symptômes intrusifs ou les scènes rétrospectives. La prise en charge de ces symptômes est un élément important du plan de traitement. Il est possible de traiter les symptômes identifiés à l'aide de différentes techniques d'ancrage (telles que l'utilisation d'apports sensoriels) et d'exercices de pleine conscience, et ces stratégies peuvent être reflétées dans le plan de traitement individuel.

Un plan de traitement complet est généralement une combinaison de différentes formes d'approches thérapeutiques qui peuvent favoriser le rétablissement en utilisant des moyens d'adaptation efficaces ou des changements de style de vie.

Les progrès sont contrôlés selon les intervalles convenus et le plan est révisé au besoin. Il n'y a pas de règle concernant la durée de la thérapie. En général, la thérapie se termine lorsque le client et le thérapeute conviennent qu'ils ont atteint le(s) objectif(s) fixé(s). Il est possible de travailler sur d'autres objectifs à l'avenir ou d'obtenir des sessions d'entretien.

Il n'est pas nécessaire que le thérapeute ait vécu des événements traumatisants pour traiter le TSPT. Le travail du thérapeute consiste à offrir un environnement sûr, sans jugement, où le client peut se concentrer sur l'apprentissage de nouvelles compétences et stratégies pour atteindre les objectifs de traitement identifiés, qui consistent généralement à faire face à l'expérience traumatisante et à ses conséquences.

Quels sont les services spécifiques aux traumatismes?

Les services dits spécifiques aux traumatismes représentent les options de traitement qui visent directement la guérison et le rétablissement par le biais de différents types d'interventions (par exemple, la psychoéducation, les premiers secours psychologiques, les séances de verbalisation suivant un incident critique, les thérapies centrées sur les traumatismes, etc.).

Les thérapies centrées sur le traumatisme varient dans leurs approches, les objectifs étant généralement de traiter les souvenirs, les sentiments et les pensées liés à l'événement ou aux événements traumatisants ou à leur signification. Certaines se concentrent sur le passé, d'autres sur le présent, et certaines thérapies centrées sur le traumatisme combinent leurs points d'attention. Tous ces éléments aident le client à faire face plus efficacement à ses symptômes liés au traumatisme dans le présent.

L'American Psychological Association (2017) recommande les orientations thérapeutiques suivantes, qui sont des interventions axées sur les traumatismes :

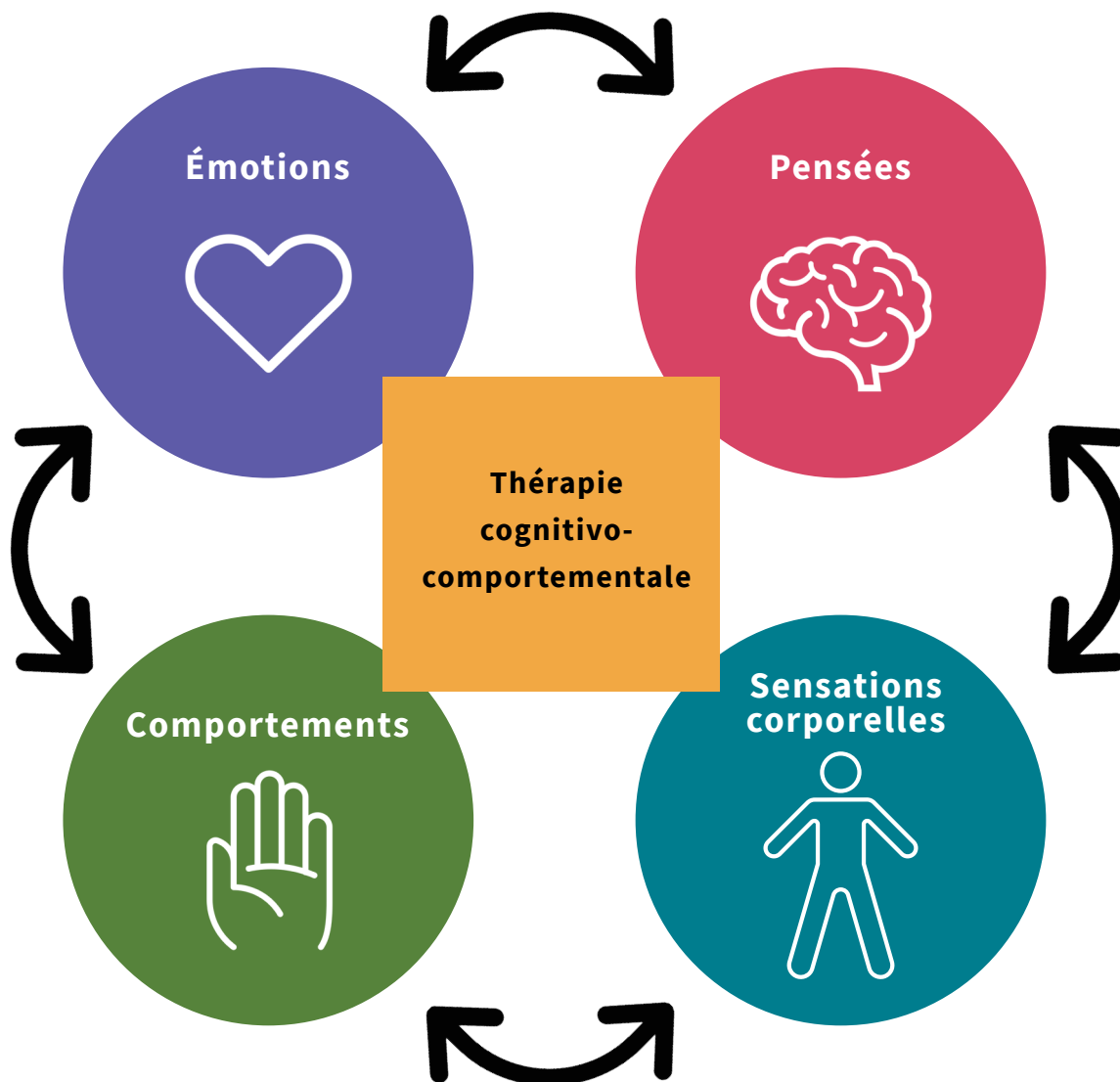
- la thérapie cognitivo-comportementale (TCC);
- la thérapie cognitive (CT);
- la thérapie de traitement cognitif (CPT);
- la thérapie par exposition prolongée (PE);
- la psychothérapie éclectique brève (BEP);
- la désensibilisation et le retraitement par les mouvements oculaires (EMDR);
- la thérapie par exposition à la narration (NET).

L'approche recommandée est identifiée au cours de la phase initiale du traitement (voir page 44). Lorsque le traitement des traumatismes est offert de manière différente et sûre, le client reçoit le soutien nécessaire pour faire face aux rappels internes et externes des traumatismes. Les différentes orientations thérapeutiques utilisent des stratégies différentes pour atteindre cet objectif, parfois par le biais d'une exposition imaginaire ou écrite, parfois par le biais d'une exposition réelle mais progressive. Le rythme et la pertinence de cette approche thérapeutique font l'objet d'un suivi attentif.

Il peut être difficile de parler des traumatismes et d'y réfléchir. Le fait de savoir que la thérapie aborde les rappels de traumatismes peut provoquer des craintes et des comportements d'évitement. Le simple fait de penser à ces traitements peut sembler insurmontable. Toutefois, nous devons insister sur le fait que ces thérapies fondées sur des données probantes sont efficaces. Elles fonctionnent parce qu'elles offrent un moyen graduel et personnalisé de traiter le traumatisme dans un environnement sûr, au rythme du client et avec sa permission. Au lieu d'éviter les situations difficiles, des stratégies sont enseignées pour y faire face efficacement. D'autres options de traitement non axées sur les traumatismes peuvent également être proposées. Ils visent également à réduire les symptômes de détresse causés par les événements traumatiques ou le TSPT, mais sans travailler directement sur les souvenirs, les pensées et les émotions liés au traumatisme. Ces stratégies peuvent inclure la relaxation, la pleine conscience, l'entraînement à la lutte contre le stress (respiration, arrêt des pensées, relaxation musculaire), la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), etc.

La thérapie cognitivo-comportementale

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est l'une des thérapies les plus efficaces et les plus largement utilisées pour traiter les symptômes liés au TSPT. La TCC met l'accent sur la relation entre les pensées, les émotions, les sensations corporelles et les comportements en relation avec les symptômes actuels.



Quelle est la durée habituelle du traitement?

Le traitement (psychothérapie et médicaments) met du temps à agir sur les symptômes. Il est important de discuter de la durée prévue avec le prestataire de soins de santé; toutefois, la durée et la fréquence sont souvent revues au cours du traitement. Le type et la durée du traitement doivent correspondre aux objectifs du client ainsi qu'à la nature, à la gravité et à la durée des symptômes. Elle varie également en fonction de l'approche thérapeutique (certaines sont plus longues, d'autres plus ciblées et donc plus courtes). La thérapie s'achève généralement lorsque le client atteint les objectifs préalablement définis. Dans certains cas, de nouveaux objectifs ou des objectifs séquentiels peuvent être négociés. Les preuves scientifiques montrent une relation positive entre la durée du traitement et son résultat. Il est important de donner au traitement suffisamment de temps pour traiter les symptômes et de prévoir des plans pour réévaluer les symptômes pendant la thérapie. En moyenne, 15 à 20 séances de psychothérapie ont été nécessaires pour que 50 % des patients se rétablissent, sur la base d'une évaluation psychométrique autodéclarée (APA, 2017). Toutefois, certains cas nécessitent un délai plus ou moins long pour obtenir une amélioration. Parfois, il se peut qu'un traitement soit nécessaire pour maintenir les résultats de la thérapie ou prévenir une rechute. Ces détails peuvent être discutés entre le client et le thérapeute. Si le client ne fait pas état d'une amélioration suffisante après une période raisonnable, une réévaluation du plan de traitement peut être proposée.

Que se passe-t-il lorsque le traitement n'est pas (suffisamment) efficace?

Il se peut que l'approche thérapeutique n'ait pas été suffisante ou efficace à l'époque, et ce, pour plusieurs raisons; cependant, si la personne présente toujours des symptômes, il est important de continuer à rechercher une aide professionnelle. La psychothérapie centrée sur le traumatisme a des effets plus durables que les médicaments, d'après ce que nous savons à ce jour. Si l'on compare le traitement psychologique au traitement d'une maladie physique, lorsqu'une personne pense qu'elle n'a pas reçu l'aide dont elle avait besoin pour gérer ses symptômes, on ne renonce pas au traitement et on ne dit pas que la médecine ne fonctionne pas. Plutôt, on cherche une aide supplémentaire, on contacte des professionnels plus spécialisés ou on essaie différents traitements pour soulager notre problème. La souffrance physique, en particulier la douleur, est une bonne motivation pour continuer à chercher de l'aide. Pourquoi en irait-il différemment pour les problèmes de santé mentale et pour la douleur émotionnelle? Il faut parfois du temps pour trouver le bon professionnel de la santé mentale. Il y a aussi quelque chose de spécial dans la recherche d'un thérapeute. Souvent, nous ne travaillons pas aussi étroitement avec nos médecins que lorsque nous suivons une psychothérapie. Il est très important de se sentir à l'aise et en sécurité pour poser des questions ou partager des informations avec un prestataire de soins au cours d'une psychothérapie. C'est pourquoi changer de thérapeute peut faire partie de la recherche de la bonne solution, car se sentir à l'aise est un élément important du processus.

Même si un traitement a été tenté et n'a pas eu l'effet escompté, cela ne signifie pas qu'il ne peut pas aider. Nous en apprenons chaque jour davantage sur le cerveau, le corps et la santé mentale, et la recherche continue d'apporter des preuves qui soutiennent et améliorent la thérapie. Il existe toujours de nouvelles approches et techniques qui méritent d'être découvertes.

Médicaments

La liste des médicaments recommandés est également évaluée en permanence. Les gens peuvent avoir des croyances négatives ou des réserves quant à la prise de médicaments dans le cadre du plan de traitement du TSPT. Cependant, comme nous l'avons mentionné tout au long de cette brochure, le TSPT et les réactions au stress créent des changements physiques dans notre corps et notre système nerveux qui peuvent être traités avec l'aide de médicaments. Les médicaments peuvent soulager les symptômes, tandis que la psychothérapie soutient les changements sous un autre angle. Les inquiétudes/réserves individuelles et les effets secondaires potentiels peuvent être abordés avec les praticiens autorisés.



Le saviez-vous?

Les médicaments ne peuvent être prescrits que par des personnes autorisées par la Controlled Drugs and Substances Act (« Loi sur les drogues et substances contrôlées », CDSA). Les praticiens agréés varient d'une province ou d'un territoire à l'autre. Il n'existe pas de médicament spécifique pour les traumatismes, mais certains médicaments sont utiles et recommandés pour des symptômes spécifiques de traumatismes. La plupart du temps, les médecins (par exemple, les psychiatres ou les médecins de famille) peuvent offrir des conseils éclairés par les traumatismes sur les décisions relatives aux médicaments pour le TSPT et la détresse traumatique. Trouver le bon médicament ou la bonne posologie peut prendre un certain temps, en fonction du médicament, de la posologie et d'autres facteurs tels que l'âge.

Bien que les lignes directrices actuelles ne recommandent pas les médicaments comme « traitement de première intention pour les adultes atteints du TSPT » (APA, 2017, p. 69), les médicaments peuvent renforcer l'efficacité de la psychothérapie et vice versa. Les médicaments sont régulièrement contrôlés par le médecin traitant et tout changement doit être discuté. Le médecin s'appuie sur des données probantes pour élaborer un plan de traitement personnalisé. Il tient également compte des antécédents de l'individu en matière d'effets secondaires, de sa réaction aux médicaments, des autres affections dont il souffre, de l'utilisation d'autres médicaments, etc. Lorsque le client n'a plus besoin de médicaments ou que la posologie a été modifiée, le professionnel accompagne ces changements conformément aux lignes directrices applicables afin de servir le client de manière sûre et efficace.

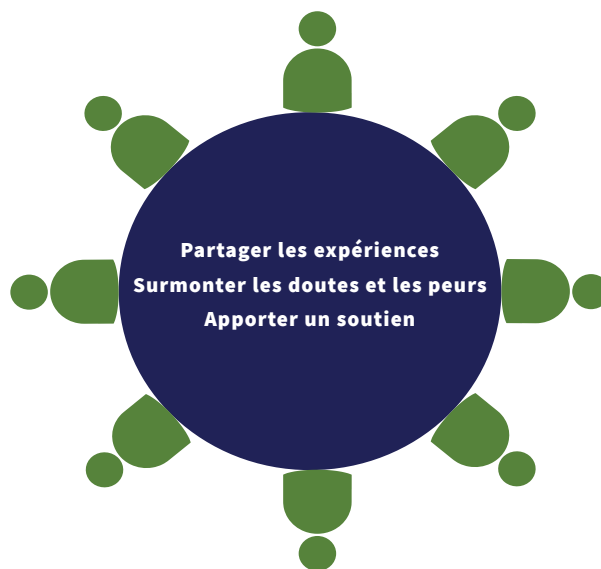


Au fil du temps

Dans les cas où la personne reste sous traitement pendant une période plus longue, les raisons de cette décision peuvent être discutées avec le client par le médecin traitant. Les lignes directrices actuelles ne recommandent pas de traiter le trouble de stress post-traumatique uniquement à l'aide de médicaments.

Groupes de soutien par les pairs

Les groupes de soutien par les pairs peuvent être un bon complément au traitement du TSPT, mais leur objectif n'est pas de traiter le TSPT. Les groupes de soutien par les pairs permettent aux membres de partager leurs expériences dans un environnement sûr. Un soutien émotionnel, social et pratique peut être proposé aux membres du groupe; par exemple, comment faire face aux problèmes quotidiens lorsqu'on vit avec un TSPT. En général, ces groupes peuvent aider les membres à surmonter leurs doutes et leurs craintes concernant la recherche d'une aide ou d'un traitement, soutenir et encourager les participants à s'engager dans les services, et rappeler aux membres qu'ils ne sont pas seuls. Les groupes de soutien par les pairs n'ont pas pour objectif de résoudre les symptômes, mais ils peuvent contribuer à les améliorer lorsqu'ils sont organisés en toute sécurité.



La séance de verbalisation suivant un incident critique en tant qu'intervention immédiate

La séance de verbalisation suivant un incident critique (SVIC) fait partie d'un programme plus large de gestion du stress proposé par certaines organisations. La SVIC est souvent décrite comme un « premier secours psychologique » après des événements potentiellement traumatisants surviennent au travail. La SVIC est proposée en groupe, selon un protocole structuré et sous la direction d'un animateur formé. En général, les premiers intervenants reçoivent ce type de soutien 2 à 7 jours après l'exposition à un traumatisme. Il s'agit de la stratégie la plus largement utilisée sur le lieu de travail pour prévenir le TSPT. Toutefois, son efficacité est controversée. Lorsqu'une stratégie d'intervention n'offre pas de preuves claires de son efficacité et de son utilité, elle ne peut être recommandée. C'est pourquoi les lignes directrices officielles n'incluent pas la SVIC. Il est également important de noter que la SVIC n'est pas non plus associée à des effets néfastes. La plupart des premiers intervenants connaissent ce processus bref et ciblé, et beaucoup pensent qu'il correspond bien à leur culture et qu'il leur offre un soutien social et certaines stratégies d'adaptation, ce qui les aide à trouver du sens, une fin et un soutien pour leur rétablissement psychologique.

Le rétablissement et la résilience

Le rétablissement signifie que la personne peut mener une vie mentalement saine et satisfaisante avec une maladie mentale stabilisée. Le rétablissement n'est pas un état final et n'est pas statique. Même après un traitement réussi, une rechute ou une détérioration peut se produire. Il est normal de faire face aux hauts et aux bas de la vie.

Une fois le traitement terminé et la guérison obtenue, cela ne signifie pas que les circonstances de la vie d'une personne ne changeront pas. Il est parfois difficile de s'adapter à de nouveaux défis, mais le fait de passer par les étapes du rétablissement permet d'accéder aux ressources nécessaires, de gérer les changements et de s'y adapter à nouveau.

Le rétablissement peut permettre à la personne de faire face aux changements d'une manière stable, optimiste et flexible, même s'il peut y avoir des revers mineurs pendant le processus d'adaptation que la situation actuelle peut exiger.

La résilience est la capacité d'une personne à faire face au changement et à l'adversité, qui se développe au fil du temps et l'aide à s'adapter aux situations stressantes (voir page 29).

La rechute et la prévention de la rechute

La rechute survient lorsque l'ajustement nécessaire pour faire face à de nouveaux défis ou à des circonstances changeantes dépasse les compétences de la personne et/ou ses capacités actuelles. Si cela se produit, il est raisonnable de chercher à nouveau de l'aide, tout comme il serait raisonnable de consulter à nouveau un médecin pour une blessure physique récurrente. Toutefois, les objectifs du traitement peuvent être différents en fonction des nouveaux facteurs circonstanciels. Les phases de réapparition des symptômes peuvent faire partie du processus normal de rétablissement; il ne s'agit pas d'un échec, mais plutôt du résultat de changements. La fixation d'objectifs doit permettre de s'attendre de manière réaliste à ce qu'une rechute se produise et de se préparer à la prévenir.

L'un des éléments clés de la prévention des rechutes est de savoir que la rechute se produit généralement de manière progressive. Il est donc utile de reconnaître les signes avant-coureurs (par exemple, s'isoler, éviter certaines tâches ou situations) et de développer des compétences d'adaptation en conséquence. En outre, il est également utile de savoir que le fait de travailler sur les rechutes peut contribuer à la poursuite de la croissance, et que le fait de gérer les rechutes peut accroître l'efficacité au fil du temps.



Activités/interventions complémentaires susceptibles de favoriser le rétablissement et de soutenir le traitement

Les mesures qui peuvent être prises pour favoriser le rétablissement et soutenir le traitement ne remplacent pas le traitement offert par les prestataires de soins de santé mentale. Cependant, ils peuvent compléter et faciliter le traitement. La plupart des prestataires de soins intègrent les suggestions énumérées dans cette section.

L'exercice physique

L'exercice physique peut être défini comme une activité planifiée et structurée avec des mouvements intentionnels dans le but d'améliorer ou de maintenir la condition physique personnelle. L'exercice physique est souvent la première chose que l'on peut suggérer à une personne qui vit avec un TSPT (voir page 47). En fait, elle est utile dans la plupart des cas de problèmes de santé mentale.

Les personnes atteintes du TSPT déclarent souvent qu'elles ne se sentent pas motivées pour bouger ou commencer à faire de l'exercice. C'est compréhensible, car la fatigue et l'épuisement sont des conséquences fréquentes de la réaction physiologique au stress (voir page 7). La compréhension des effets du stress sur l'organisme peut aider à faire des choix plus judicieux et plus sains.

Les gens pensent souvent qu'il faut consacrer au moins une heure à l'exercice, et lorsqu'ils ne disposent pas d'une heure entière, ils ne commencent même pas. Prendre ne serait-ce que 10 minutes est déjà un bon début. Un bon objectif est d'atteindre 30 minutes par jour, mais cela peut se faire en trois blocs de 10 minutes, ou en progressant lentement jusqu'à 30 minutes.

Fixez une barre basse et réaliste – nous sommes plus enclins à commencer à faire de l'exercice si l'activité est facile ou facilement accessible.

L'exercice physique peut aider les personnes à se concentrer sur autre chose que les pensées et les inquiétudes liées à leur traumatisme. Se concentrer sur les sensations corporelles pendant l'exercice peut être un excellent moyen de changer le cours des choses.



Techniques d'ancrage

L'ancrage est un type de stratégie d'adaptation conçu pour « ancrer » la personne dans le moment présent. L'ancrage peut être pratiqué à tout moment pour gérer la détresse, et il est souvent utilisé pour faire face aux scènes rétrospectives ou à la dissociation que la personne peut ressentir en présence du TSPT. La technique d'ancrage la plus courante est la respiration, ou respiration abdominale. Il existe différentes stratégies de respiration, mais l'élément clé consiste à se concentrer sur l'inspiration et l'expiration à un rythme confortable pour l'individu. L'objectif est de créer un rythme plus lent mais confortable. La respiration permet à la personne de réorienter immédiatement son attention sur autre chose.

Apports sensoriels

D'une manière générale, nous pouvons utiliser nos sens (vue, ouïe, odorat, goût, toucher) pour soulager le stress et nous calmer. Il est bon d'avoir une liste qui aide à se souvenir de ce qui fonctionne dans les situations de stress, afin de pouvoir faire des choix en conséquence. Tout le monde a des préférences différentes :

- regarder des photos de famille;
- regarder des images de beauté naturelle;
- regarder de l'art;
- prendre une douche froide ou chaude;
- écouter de la musique;
- manger en pleine conscience;
- utiliser des parfums aromatiques;
- caresser un animal, etc.

Lutter contre l'isolement et rester en contact avec la société

La plupart des personnes atteintes du trouble de stress post-traumatique font état de difficultés dans leurs relations sociales. Rester en contact avec les gens ne signifie pas nécessairement se rendre dans des endroits bondés ou à des réunions où il est nécessaire d'engager une conversation. Passer du temps avec d'autres personnes ou faire quelque chose en plein air peut n'impliquer que 2 ou 3 personnes à la fois (par exemple, pêcher avec un ami proche au bord d'un lac, etc.). Rejoindre un groupe de soutien pour le TSPT peut également être une activité qui permet à la personne de rester privée tout en étant en contact avec d'autres personnes.

Il peut être difficile d'entrer en contact avec d'autres personnes, mais lorsque vous rencontrez quelqu'un, il peut être utile de savoir qu'il n'est pas nécessaire de partager, d'expliquer ou de parler de l'expérience traumatisante. La plupart des gens n'auraient même pas besoin d'une explication. Pourtant, il arrive que la personne « se sente obligée » d'expliquer ce qui lui est arrivé, ou qu'elle doive expliquer pourquoi elle réagit différemment, ou pourquoi elle quitte son domicile alors qu'elle est en absence de travail pour faire face au trouble de stress post-traumatique. Ces attentes peuvent ne pas être celles des autres, mais plutôt celles de l'individu lui-même. Il est tout à fait raisonnable de ne partager que ce que l'on se sent à l'aise de partager. Certaines personnes trouvent utile de s'entraîner à communiquer dans ces situations. En général, le message peut être que le fait d'être interrogé sur ce qui se passe est apprécié, mais qu'à ce moment-là, la personne qui vit avec le TSPT peut ne pas vouloir divulguer quoi que ce soit.

Il peut être utile de faire part de ses besoins aux personnes qui l'entourent. Personne

ne peut lire les pensées d'une autre personne, et personne ne saura donc ce dont elle a besoin tant qu'elle ne l'aura pas exprimé. Les membres de la famille et les amis peuvent faire preuve d'attention et de soutien; cependant, comme ils ne ressentent pas les symptômes, ils risquent de les oublier plus facilement. Ces situations ne sont peut-être pas intentionnelles, mais simplement très humaines. Il est utile de leur rappeler les besoins et la manière dont le soutien peut être offert.

Il peut donc être utile de s'entraîner à exprimer ses besoins à voix haute. On peut dire : « S'il vous plaît, pouvons-nous changer de sujet, je ne suis pas à l'aise pour en parler? » ou « Excusez-moi, j'ai besoin d'une petite pause, je vais faire une petite promenade ». Les situations, les besoins, les circonstances et les personnes étant différents, les demandes peuvent également être différentes.



Prendre soin de son corps

La détente



Apprendre à se détendre peut être l'une des premières façons de prendre soin de son corps. Il existe différentes stratégies pour se détendre ou méditer. Il faut parfois du temps pour trouver une méthode qui convienne à la personne, et différentes stratégies peuvent être explorées. Il existe des livres, des sites web et des applications qui offrent des ressources pour apprendre les techniques de relaxation. Une stratégie efficace est la relaxation musculaire progressive (RMP), qui agit systématiquement sur l'ensemble du corps en contractant les muscles à l'inspiration et en les relâchant à l'expiration. La RMP est très structurée et brève.

La décompression



Certaines personnes ont besoin de trouver un moyen sûr de se débarrasser de la pression interne (c'est-à-dire la pression qu'une personne exerce sur elle-même). La décompression peut impliquer des activités telles que l'exercice physique (intense), le chant d'une chanson préférée ou l'exécution d'un travail physique de jardinage.

La nutrition



Un régime alimentaire sain et une bonne nutrition sont des éléments essentiels d'une santé équilibrée; cependant, le TSPT peut induire des changements d'appétit. Certaines personnes n'ont pas envie de manger ou ont des nausées à cause de la nervosité et de la tension constante. Dans ce cas, il peut être encore plus important d'élaborer un plan et d'expérimenter avec l'alimentation pour déterminer ce qui aide à soulager ces symptômes. Les sautes d'humeur, les fluctuations d'énergie ou la frustration due à la faim peuvent être évitées grâce à une alimentation saine. Les habitudes alimentaires (manger des aliments lourds, des glucides raffinés ou des boissons contenant de la caféine avant le coucher) peuvent également influencer le sommeil et sa qualité.

Le sommeil



Le sommeil est souvent affecté par les symptômes du TSPT, et le manque de sommeil ou un sommeil perturbé peut aggraver les symptômes. Ce cercle vicieux peut être arrêté grâce à une bonne hygiène du sommeil. Une heure de coucher régulière, la mise en place d'une routine au moment du coucher et le réglage d'une température appropriée dans la chambre à coucher, avec un éclairage restreint, peuvent être des stratégies efficaces. De nombreuses personnes atteintes du TSPT sont effrayées par le bruit. Les bouchons d'oreille peuvent donc être utiles pour créer un environnement calme propice au sommeil. En outre, la recherche a montré que le sommeil peut changer de manière significative en cas du TSPT et qu'une évaluation du sommeil peut être utile. L'utilisation d'un appareil de ventilation en pression positive continue (PCC) permet parfois de remédier à certains symptômes liés au sommeil. Il est recommandé d'éliminer les aides au sommeil malsaines (par exemple, l'alcool, les drogues, la nicotine). Si un somnifère est nécessaire, un médecin peut évaluer et traiter les symptômes.

Prochaines étapes

En apprenant ce qu'est le TSPT, on peut trouver des raisons et des preuves pour demander de l'aide et du soutien. Les membres de la famille, les amis et les collègues peuvent aider à trouver un professionnel de la santé mentale qui a de l'expérience et qui utilise des traitements fondés sur des preuves pour traiter le TSPT.

Il peut également être important de savoir ce que l'assurance de la personne peut couvrir afin de rechercher les meilleures ressources possibles (ressources publiques et communautaires ou services privés). En plus de rechercher sur Internet l'aide disponible dans la région, l'hôpital local ou un médecin de famille peut être en mesure de fournir des informations pertinentes.

Parfois, lorsque la personne appelle les bureaux d'un prestataire de traitement, elle peut être déçue si la liste d'attente est longue. Il peut être utile de s'attendre à un certain retard en raison des longues attentes dans les services publics ou privés. Les listes d'attente peuvent être frustrantes, surtout lorsqu'il est déjà difficile d'obtenir des services. Cependant, lorsqu'une personne commence l'évaluation en vue d'un traitement, il peut être rassurant de savoir qu'elle se verra offrir le temps nécessaire pour résoudre ses problèmes, comme d'autres l'ont fait avant elle.

En cas de crise ou d'urgence, rendez-vous à l'hôpital ou au centre de crise le plus proche ou appelez le 911.

Résumé du chapitre

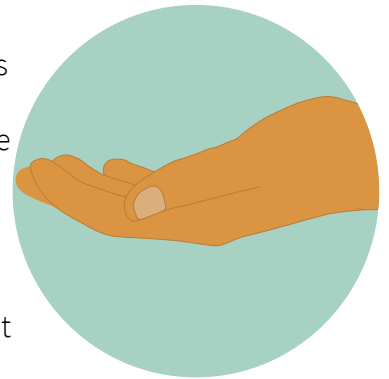
- S'informer sur le TSPT et le comprendre est la première étape de la prise en charge des besoins d'une personne susceptible d'être atteinte du TSPT.
- Le traitement du trouble de stress post-traumatique peut contribuer de diverses manières à améliorer la qualité de vie.
- Différentes formes de thérapies sont disponibles pour traiter les symptômes liés au trouble de stress post-traumatique.
- Des plans de traitement individuels seront élaborés avec l'aide de professionnels qualifiés.
- Il faut du temps pour obtenir des résultats avec le traitement. La compréhension du processus, ainsi que le fait de poser des questions ou d'exprimer des inquiétudes potentielles, seront des éléments de la thérapie.
- Le thérapeute peut discuter avec vous de la recherche de ressources, de la mise en pratique de différentes stratégies telles que l'autogestion de la santé et d'exercices physiques qui soutiennent le traitement et le rétablissement.

À LA FAMILLE ET AUX AMIS

Il sera conseillé à une personne ayant reçu un diagnostic du TSPT de rechercher une aide professionnelle. Toutefois, le soutien de la famille, des amis ou d'autres personnes sera essentiel.

Le soutien peut prendre différentes formes, telles que le réconfort, la compréhension et l'espace. Il peut être utile de garder à l'esprit que même si les membres de la famille et les amis proches peuvent être témoins et vivre la souffrance d'un proche atteint du TSPT, ils ne sont pas à l'origine du problème et ne peuvent le soutenir que dans le cadre de leur rôle de membre de la famille ou d'ami.

Le soutien peut commencer par l'apprentissage et la compréhension de ce qu'est le TSPT et de la signification de ses symptômes. Des ressources supplémentaires sont énumérées à la fin de cette brochure pour informer les membres de la famille et les amis sur le TSPT, ainsi que pour fournir des informations sur la manière de soutenir un proche qui vit avec des symptômes du TSPT. Lorsque ces informations sont discutées ensemble, il peut être plus facile d'identifier comment les membres de la famille et leur environnement immédiat peuvent être affectés par le trouble de stress post-traumatique de la personne. Cette compréhension commune peut permettre un meilleur soutien, un traitement plus efficace, une meilleure gestion des problèmes et peut aider les personnes à élaborer des plans ensemble.



Le TSPT et la vie de famille

La vie de famille peut être considérablement affectée lorsqu'un membre de la famille a été diagnostiqué avec le TSPT. Les symptômes peuvent modifier la capacité de la personne à fonctionner en tant que partenaire, frère ou sœur, parent, ami, etc. Les changements dans le fonctionnement peuvent conduire à un niveau accru de détresse et de frustration du fait de ne pas pouvoir communiquer, comprendre ou répondre aux besoins de l'autre comme auparavant. D'autres émotions peuvent être présentes, telles que la culpabilité, la honte, l'embarras, le blâme, l'impuissance, etc. Les changements peuvent se manifester par :

- des changements de comportement (par exemple, arrêt de la participation à des activités précédemment appréciées, expression plus fréquente de la frustration, hostilité ou surprotection, indécision, évitement des conversations);
- des changements dans les relations (par exemple, sentiment de perte, manque d'intimité, limitation de l'expression des sentiments);

- des changements dans les activités de la vie quotidienne (par exemple, des responsabilités financières, des responsabilités d'aidant ou la satisfaction de besoins essentiels tels que la préparation des repas).

L'établissement d'une bonne communication pourrait être la clé pour encourager les gens à partager leurs sentiments et à surmonter les difficultés qu'ils rencontrent ensemble. Il faut du temps pour apprendre à se soutenir mutuellement lorsqu'on fait face aux conséquences du TSPT en famille. Des conseils et des stratégies peuvent être proposés, mais les membres de la famille peuvent choisir ce qui leur convient. Se fixer de petits objectifs et faire preuve de patience sera utile pour éviter les déceptions. Les thérapeutes de couple peuvent être en mesure de soutenir les couples, et les thérapeutes familiaux peuvent offrir une aide à l'ensemble de la famille pendant que la personne affectée guérit du TSPT.

L'effet du stress post-traumatique d'un membre de la famille sur les enfants

Les enfants peuvent réagir différemment lorsqu'ils vivent avec une personne qui a été diagnostiquée avec le TSPT. L'adaptation et l'ajustement peuvent être plus faciles et plus aisés si les enfants reçoivent une explication de la situation adaptée à leur âge. Les enfants peuvent être capables de bien s'adapter, mais ils peuvent parfois réagir de manière problématique (par exemple, en se comportant comme leurs parents, en assumant des responsabilités d'adultes, en se montrant plus jeunes qu'ils ne le sont, en rencontrant des problèmes à l'école, en présentant des symptômes d'anxiété et de dépression, en se comportant de manière plus agressive, en changeant de poids de manière significative, en manquant d'hygiène de base, etc.). Il existe différentes façons de soutenir les capacités d'adaptation des enfants. Si leurs réactions sont de longue durée ou si elles sont intensives, il est conseillé de demander une aide professionnelle.

Différents symptômes post-traumatiques peuvent déclencher des réactions différentes chez les enfants

Lorsque les enfants voient leur parent faire des cauchemars ou des scènes rétrospectives, leurs réactions peuvent varier : ils peuvent se sentir confus et effrayés, s'inquiéter du bien-être de leur parent, se demander comment celui-ci pourra s'occuper d'eux ou devenir excessivement protecteurs dans ce genre de situation.

Lorsque le parent évite les situations sociales (sorties au cinéma, fêtes d'anniversaire, etc.), les enfants peuvent le prendre personnellement, se sentir blessés, négligés ou se demander si l'on s'occupe d'eux et de leurs besoins.

Lorsque le parent se replie sur lui-même ou n'est pas intéressé, les enfants peuvent penser qu'ils ne sont pas aimés, ou ils peuvent craindre que le parent les quitte ou quitte la famille.

Lorsque le parent est irritable, en colère ou vigilant, les enfants peuvent se sentir plus anxieux et stressés. Ces situations peuvent également conduire les enfants à perdre le respect pour leur parent.

Aider les enfants à faire face

Les enfants peuvent observer des changements dans la vie familiale lorsque l'un de leurs parents est atteint d'un trouble de stress post-traumatique et le fait de leur communiquer des informations adaptées à leur âge peut leur être très utile. En l'absence d'informations, ils peuvent avoir peur ou se sentir désorientés. Le partage des sentiments, des encouragements et des informations sur ce qui se passe et pourquoi cela se passe peut contribuer à établir la sécurité. Les thérapeutes familiaux peuvent être d'une grande aide pour guider la famille dans ce type de discussions.

Le comportement des enfants peut être involontairement déclencheur (par exemple, bruits, cris, hurlements, cris en jouant, claquements de portes, courses, etc.). Parler et expliquer ces situations peut être utile pour faire évoluer les choses.

N'oubliez pas!

L'abus verbal ou physique n'est jamais acceptable. Si cela se produit, prenez des mesures pour y mettre fin, comme une thérapie ou une gestion de la colère, et prenez des mesures pour éviter cette situation.



Le TSPT et ses effets sur la vie sociale

Le TSPT, comme d'autres problèmes de santé mentale, peut affecter la vie sociale en général et, la plupart du temps, cela commence par l'image que la personne a d'elle-même. Le fait de vivre une ou plusieurs expériences traumatisantes modifie la façon dont une personne peut :

- réguler les émotions (par exemple, l'irritabilité, la tristesse ou l'apathie);
- utiliser les fonctions cognitives (par exemple, les fonctions de mémoire);
- penser à eux-mêmes (par exemple, honte, culpabilité, impuissance, perte d'identité);
- réfléchir au monde et aux relations (par exemple, la confiance, la sécurité);
- s'engager dans des activités (par exemple, perte d'intérêt, distance psychologique, négligence des tâches, absentéisme);
- percevoir des stimuli (par exemple, des sentiments et des perceptions oniriques et irréalistes).

Les changements énumérés sont des exemples qui montrent que de nombreux domaines peuvent être affectés par le TSPT et qu'ils peuvent tous contribuer à façonner les relations à la maison ou au travail. Les facteurs énumérés peuvent contribuer à des changements significatifs de comportement et déclencher des conflits, des malentendus, renforcer l'isolement et le repli sur soi. Des ajustements peuvent être nécessaires pour gérer les changements, ainsi que pour offrir du soutien, de la compréhension et de l'espace en fonction des besoins. C'est l'une des principales raisons pour lesquelles il peut être essentiel d'informer et d'impliquer le système de soutien social de la personne lorsqu'elle se rétablit du TSPT.



SOUTENIR LES AMIS ET LA FAMILLE AVEC LE TSPT PTSD

Pour les personnes atteintes du TSPT

À FAIRE



- Soyez patient : le rétablissement prend du temps et le rythme est différent d'une personne à l'autre. En général, il faut du temps pour que les symptômes se développent et cela se produit le plus souvent sans que l'on s'en rende compte. Comme vous pouvez le constater, de multiples facteurs de risque sont nécessaires pour développer un TSPT, et il faut donc du temps pour inverser leurs effets. Accordez-vous du temps et de l'espace pour vous rétablir.
- Apprenez à connaître vos événements déclencheurs : familiarisez-vous avec vos déclencheurs potentiels et préparez-vous à y faire face. Si possible, faites appel à votre système de soutien et préparez-vous à différents scénarios dans lesquels un déclenchement pourrait se produire.
- Exercez un art : qu'il s'agisse de poésie, de chant, de peinture, de croquis, de jouer d'un instrument, de photographie ou de danse, l'art est généralement un bon moyen de se distraire et de s'engager dans quelque chose de stimulant qui peut apporter un certain soulagement.
- Acceptez que votre traumatisme soit réel et unique. La façon dont les autres réagissent à des événements similaires n'a pas d'importance. Personne n'a exactement la même expérience, la même histoire de vie, la même personnalité, la même génétique, etc. Votre expérience et votre réaction à l'événement traumatisant sont uniques et il n'y a pas lieu de les comparer.

À FAIRE



- Le TSPT n'est pas personnel : si vous vivez avec un TSPT, comprenez que ce n'est pas de votre faute et que ce n'est pas non plus un signe de faiblesse.
- Si vous êtes un parent atteint du TSPT, retardez l'application de la discipline à votre enfant lorsque vous êtes irritable ou lorsque les symptômes sont difficiles à gérer. Votre enfant mérite toute votre attention et apprend mieux lorsque les explications sont données de manière calme, explicative et factuelle.



Pour les personnes dont un membre de la famille ou un ami est atteint d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT)

À FAIRE



- Assistez à au moins une séance d'information, si possible. Le soutien social est l'un des éléments les plus importants du processus de rétablissement qui peut aider à atteindre les objectifs du traitement.
- Soyez patient : le rétablissement prend du temps et le rythme est différent d'une personne à l'autre.
- Familiarisez-vous avec les événements déclencheurs du TSPT et anticipez-les. Certains sons, certaines odeurs, certaines situations, l'exposition aux médias, les émissions de télévision, les journaux télévisés, les funérailles, les hôpitaux, les bruits forts, l'inconfort physique, ou même le simple fait d'être accablé ou vulnérable peuvent déclencher des symptômes du TSPT. Soyez conscient des événements déclencheurs autant que possible et planifiez ensemble comment les aider à se calmer ou à s'éloigner de la situation.
- Respectez les limites sans éviter complètement les situations. Lorsque quelque chose vous préoccupe, vous pouvez soulever cette question. Si vous ne trouvez pas de solution ou si le sujet est trop sensible, demandez l'aide de professionnels.
- Apprenez à écouter : la mémoire et la concentration peuvent être affectées par les symptômes d'une personne atteinte du TSPT et il se peut qu'elle vous dise la même chose à plusieurs reprises. Parfois, c'est parce qu'elle ne se souvient pas, parfois c'est parce qu'elle a besoin de répéter l'information encore et encore pendant qu'elle la traite. Écouter sans attentes n'est pas facile, et écouter sans conseiller ni orienter la personne peut être difficile. Apprendre à écouter de la bonne manière prend du temps et il est parfois nécessaire d'être guidé pour améliorer cette compétence.
- Exprimez votre engagement dans votre relation, si vous le ressentez. Les personnes atteintes du TSPT peuvent penser qu'elles ne sont pas dignes d'éprouver des sentiments positifs. Exprimez l'importance de la relation et votre soutien.
- Aidez à créer une routine quotidienne : la structure et la prévisibilité sont des stratégies utiles pour aider les personnes à se sentir stables et orientées. Aider dans les tâches quotidiennes peut être utile.
- Tenez vos promesses autant que possible pour regagner la confiance et la cohérence. Si les promesses ne peuvent être tenues, parlez-en ouvertement.
- N'oubliez pas et rappelez à votre proche ses points forts et ses réussites.
- Encouragez les activités qui soutiennent le traitement, mais ne les poussez pas.
- Évitez les mouvements ou les bruits brusques et parlez doucement.

À FAIRE



Suite de la page précédente

- Soyez attentif et respectueux de leurs nouveaux besoins. Posez des questions sur les besoins et respectez la réponse plutôt que de faire des suppositions, car les besoins peuvent changer soudainement. En cas de changement soudain, il n'est pas toujours possible de discuter de la situation avant que les stratégies d'ancrage ne soient mises en œuvre avec succès. Il peut être utile de donner de l'espace ou de recourir à d'autres stratégies évoquées précédemment.
- Demandez avant de toucher : les personnes atteintes du trouble de stress post-traumatique peuvent être facilement effrayées. Trouvez un accord pour que tout le monde se sente à l'aise.
- Soyez patient avec ses émotions : une personne atteinte du TSPT peut être incapable de réfléchir à ses émotions, ce qui peut être difficile pour les relations. Cela fait partie de la maladie et non de ce que la personne peut ressentir.
- Prenez soin de vous : vivre avec une personne atteinte du TSPT peut être stressant. Reconnaître vos propres besoins et facteurs de stress vous aidera à apporter votre soutien sans risquer l'épuisement.
- Impliquez d'autres amis et/ou membres de la famille pour partager la responsabilité et disposer de plus de ressources.
- Connaissez vos propres limites et soyez réalistes quant à vos capacités et aptitudes.
- Demandez de l'aide lorsque vous en avez besoin. Il est normal de se sentir confus, dépassé ou autre. Discutez de ce que vous vivez avec votre source de soutien social.
- Continuez à communiquer : le traitement peut prendre fin, mais continuez à vous renseigner auprès de votre ami ou de votre proche.
- Continuez à vous informer sur les nouvelles ressources et les nouveaux outils, tels que les applications, et essayez-les.
- Si votre proche est atteint d'un trouble de stress post-traumatique, comprenez que son comportement, ses pensées ou ses émotions n'ont rien de personnel. Il est important de savoir que les symptômes tels que les sautes d'humeur, les difficultés de comportement ou la distance émotionnelle n'ont rien à voir avec la relation, car il s'agit de symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT).
- Essayez de rester concentré sur le « ici et maintenant », surtout en cas de frustration. Le fait de dire des choses blessantes ne contribuera pas à la résolution du problème. Prenez des temps d'arrêt, laissez de l'espace à l'autre et réexaminez les situations plus tard, si possible.
- Essayez de résoudre les problèmes en équipe. La discussion et les explications sont des moyens plus efficaces de traiter un problème. Les phrases du type « je te l'avais bien dit » peuvent créer des obstacles importants au lieu d'offrir des solutions.

À FAIRE



Suite de la page précédente

- Utilisez un espace neutre lorsque des conflits doivent être abordés. Il peut être envisagé de se déplacer d'un endroit privé tel que le lit ou la chambre à coucher vers un espace neutre.
- Séparer les sentiments des faits lorsqu'on travaille sur une situation conflictuelle peut être une bonne stratégie et peut aider à raisonner plus efficacement.
- Lorsque la frustration et la colère sont présentes, le fait de les reconnaître peut être la première étape pour y remédier.
- Lorsqu'il n'est pas possible de parler de ses sentiments, de ses pensées et de ses expériences, offrez un peu d'espace. Il n'est pas facile de parler d'événements traumatisants. De plus, si vous n'êtes pas prêt à écouter, la situation peut avoir des conséquences négatives pour vous deux.
- Ne donnez des conseils que lorsqu'on vous les demande. Orienter la personne sur ce qu'elle doit faire ou ne pas faire n'est peut-être pas aussi utile que vous le pensez.
- Reconnaissez les sentiments et les symptômes présents dans l'instant. Minimiser les sentiments ou les symptômes de votre membre de la famille ou de votre ami(e) risque d'aggraver les problèmes. Les symptômes sont réels pour eux, même s'ils n'ont pas de sens pour vous.
- Respectez les expériences de la personne. Poser des questions sur des expériences traumatisantes par curiosité personnelle n'est pas forcément une bonne idée. L'expérience traumatisante n'est pas une histoire agréable à partager : c'est un déclencheur qui crée des symptômes et des difficultés dans la vie de la personne. Si vous devez poser des questions, ayez un objectif en tête, par exemple aider à se préparer et à faire face aux événements déclencheurs.
- Évitez les phrases faciles telles que « tout va bien se passer » ou « cela pourrait être pire ». Ces déclarations générales peuvent bloquer la communication, car elles ne reflètent pas un intérêt et une écoute personnels et honnêtes.
- Le fait de mettre sur le compte du TSPT des éléments qui n'y sont pas liés peut entraîner des difficultés supplémentaires.
- Réfléchissez avant de parler et ne posez pas d'ultimatum. L'utilisation du langage « je » (je pense, je ressens) peut modifier les déclarations de manière positive par rapport à l'utilisation du langage « tu ».
- Acceptez la personne atteinte du TSPT même si ses symptômes, ses événements déclencheurs, ses réactions, ses peurs, ses sentiments et ses pensées n'ont pas de sens pour vous, mais qu'ils sont réels pour elle.

Pour les enfants dont un membre de la famille ou un ami est atteint du TSPT

À FAIRE



- Partagez avec eux des informations adaptées à leur âge et essayez de répondre à leurs questions. Un partage excessif (détails effrayants) et un partage insuffisant (ne pas répondre aux questions) peuvent ne pas être utiles.
- Il peut être important de dire aux enfants que les symptômes ne sont pas de leur fait. Confirmez que la recherche d'une solution est une tâche qui incombe aux adultes et faites savoir que des mesures sont prises pour améliorer la situation.
- Lorsque le parent atteint du TSPT évite certaines situations/activités, les enfants peuvent se sentir rejetés. Il peut être réconfortant de parler de ces situations et de travailler sur des plans alternatifs.
- Encouragez les enfants à partager leurs sentiments et vérifiez régulièrement avec eux.
- Vérifiez les besoins des enfants. Il peut s'agir de besoins physiques (routine, activités physiques, hygiène du sommeil, alimentation), de besoins psychologiques/émotionnels (communication, affection, sécurité, loisirs), de besoins de développement social (activités liées à la famille, aux amis ou à la communauté), de besoins de développement intellectuel (participation à des jeux, passe-temps, visites de musées, aide aux devoirs) ou de besoins spirituels (valeurs familiales, partage, aide aux autres).
- Reconnaissez que les changements dans la vie familiale dus au trouble de stress post-traumatique peuvent être stressants pour les enfants et faites preuve de patience.
- Reconnaissez que l'on peut s'attendre à des sentiments contradictoires à l'égard du membre de la famille ou de l'ami qui est atteint du TSPT.
- Reconnaissez et appréciez les comportements et réactions positifs des enfants.
- Concentrez-vous sur le temps de qualité que vous pouvez passer en famille.
- Enseignez des compétences générales pour gérer le stress.
- Certains enfants peuvent tirer profit de la tenue d'un journal sur leurs sentiments et leurs expériences.
- Faites participer les enfants aux décisions qui les concernent, dans la mesure du possible.
- Discutez du traitement que reçoit le parent atteint du TSPT et partagez des espoirs réalistes quant aux résultats. S'il y a quelque chose qu'ils peuvent faire pour aider, demandez-leur (par exemple, partager des tâches adaptées à leur âge).

À FAIRE



Suite de la page précédente

- Maintenez des routines régulières et des traditions familiales, comme la célébration des anniversaires et les histoires au coucher.
- Accordez-leur régulièrement toute votre attention.
- Expliquez et justifiez les choses en fonction de l'âge (par exemple, expliquer pourquoi les portes qui claquent ou les bruits inattendus peuvent être des événements déclencheurs, et quelles réactions peuvent être déclenchées dans ces situations). Proposez des outils et de nouvelles approches lorsque cela est possible pour faire face à ces situations.
- Lorsqu'une situation pénible se produit, un autre membre de la famille ou un ami peut aider les enfants en les retirant de la situation et en rétablissant la sécurité. Lorsqu'un environnement sûr et calme est établi, expliquez ce qui s'est passé et répondez aux questions de l'enfant. Si les enfants ont contribué à déclencher la situation, insistez sur le fait que ce n'est pas leur faute. Discutez de ce qu'il faut faire la prochaine fois dans des situations similaires. Dans la mesure du possible, préparez-vous à l'avance à ces situations.
- Communiquez (parler et écouter) avec les enfants sur ce qui se passe. Ils sont sensibles et remarquent rapidement les changements. Utilisez un langage corporel qui montre l'attention et le réconfort (par exemple, le contact visuel, le toucher). Un langage simple peut être utile.
- Lorsque les enfants présentent des symptômes de détresse (généralement des changements à long terme dans leur comportement habituel/normal), évaluez-les et réfléchissez à la manière de les aider à faire face plus efficacement à la situation.
- Envisagez de consulter un thérapeute familial au sujet de votre situation familiale.

Ressources

Les ressources disponibles sur l'internet en rapport avec le trouble de stress post-traumatique sont presque infinies, y compris les sites web contenant des informations sur : les sources d'aide telles que la disponibilité de centres de traitement spécialisés; les listes de stratégies d'adaptation et les groupes de soutien par les pairs en ligne et en personne; les applications pour téléphones intelligents aidant à la documentation des symptômes et offrant des rappels d'outils alternatifs d'ancrage et d'adaptation; etc. En général, ces ressources se trouvent sur des sites web thématiques qui ont été créés pour aider différents groupes susceptibles de présenter un risque plus élevé de développer des symptômes de stress post-traumatique. Les principaux groupes sont : le personnel de sécurité publique (y compris les premiers intervenants); les membres actifs et les vétérans des Forces armées canadiennes; les prestataires de soins de santé; les peuples autochtones; les survivants de catastrophes; les survivants de tout type de violence; les jeunes et les adultes LGBTQ2S+; et les réfugiés. Bien que les ressources en ligne puissent être planifiées et organisées pour offrir un soutien à des groupes à risque spécifiques, les personnes qui appartiennent à d'autres groupes à risque ou qui s'intéressent au sujet peuvent également trouver des informations pertinentes et utiles sur ces groupes.

Vous trouverez ci-dessous une liste de ressources en ligne, mais il convient de noter que les informations disponibles sur Internet peuvent être modifiées, dépassées ou supprimées à tout moment et sans préavis. Nous n'avons aucun contrôle sur la nature, le contenu et la disponibilité de ces sites. Nous ne déclarons ni ne garantissons que les informations contenues dans les sites web liés sont complètes ou exactes. Nous vous conseillons de toujours vérifier les informations obtenues sur ces sites avant d'agir en conséquence et de les consulter à vos risques et périls.

Ressources pour la population générale

- <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/le-trouble-de-stress-post-traumatique>
- <https://cmha.ca/fr/brochure/trouble-de-stress-post-traumatique-tspt/>
- <https://www.heretohelp.bc.ca/infosheet/post-traumatic-stress-disorder> (en anglais)
- <https://www.apa.org/ptsd-guideline> (en anglais)
- <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/healthy-living/federal-framework-post-traumatic-stress-disorder/pub1-fra.pdf>
- <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/services-sante-mentale/sante-mentale-obtenir-aide.html>
- <https://cpa.ca/fr/sections/traumaticstress/simplefacts/>
- <https://www.anxietycanada.com/fr/troubles/le-syndrome-de-stress-post-traumatique/>

Ressources pour les premiers intervenants

- <https://www.bootsongtheground.ca> (en anglais)
- <https://www.firstrespondersfirst.ca> (en anglais)
- <https://www.pshsa.ca/search?gSeachText=PTSD> (en anglais)
- <https://homewoodhealth.com/sante/5a12fe96f90eae021dfd5acd/soutenir-les-premiers-intervenants>
- <https://www.suicideinfo.ca/resource/first-responders-trauma-intervention-suicide-prevention/> (en anglais)
- <https://projecttraumasupport.com> (en anglais)
- <https://www.wingsofchange.ca> (en anglais)
- <https://badgeoflifecanada.org> (en anglais)
- <https://woundedwarriors.ca/fr/>
- <https://www.thestablegrounds.com> (en anglais)
- <https://commissionsantementale.ca/formation/lesprit-au-travail/lesprit-au-travail-premiers-intervenants/>
- <https://www.firefightingincanada.com/free-online-ptsd-course-for-firefighters-26464/> (en anglais)

Ressources pour les peuples autochtones

- https://thunderbirdpf.org/wp-content/uploads/2015/01/24-14-1273-FN-Mental-Wellness-Framework-EN05_low.pdf (en anglais)
- <https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2016/07/ITK-National-Inuit-Suicide-Prevention-Strategy-2016.pdf> (en anglais)
- <https://www.nccih.ca/docs/emerging/RPT-Post-TraumaticStressDisorder-Bella-my-Hardy-FR.pdf>
- https://www.suicideinfo.ca/local_resource/trauma-and-suicide-in-indigenous-people/ (en anglais)
- <https://www.heretohelp.bc.ca/visions/indigenous-people-vol11/intergenerational-trauma-and-indigenous-healing> (en anglais)
- <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1576089278958/1576089333975>

Ressources pour les vétérans, Forces armées canadiennes

- <https://ouvert.canada.ca/fr/apps/coach-espt-canada>
- <https://www.ptsd.va.gov> (en anglais)
- https://www.ptsd.va.gov/understand/what/ptsd_basics.asp (en anglais)
- <https://www.ptsd.va.gov/apps/ptsdcoachonline/default.htm> (en anglais)
- <https://www.legion.ca/fr/soutien-aux-veterans/sante-mentale-et-TSPT>
- <https://projecttraumasupport.com> (en anglais)
- <https://www.veterans.gc.ca/fra/health-support/mental-health-and-wellness/understanding-mental-health/ptsd-warstress>
- <http://www.ptsdassociation.com/for-armed-forces> (en anglais)
- <https://www.veterans.gc.ca/fra/health-support/physical-health-and-wellness/compensation-illness-injury/disability-benefits/benefits-determined/entitlement-eligibility-guidelines/ptsd>
- <https://www.veterans.gc.ca/fra/health-support/mental-health-and-wellness/understanding-mental-health/ptsd-and-the-family>
- <https://www.veterans.gc.ca/fra/health-support/mental-health-and-wellness/understanding-mental-health/learn-ptsd>
- <https://www.veterans.gc.ca/fra/health-support/mental-health-and-wellness/understanding-mental-health/understand-ptsd>
- <https://www.veterans.gc.ca/fra/health-support/mental-health-and-wellness/understanding-mental-health>
- <https://commissionsantementale.ca/formation/pssm/veteran-community/>
- <https://www.veterans.gc.ca/fra/health-support/mental-health-and-wellness/understanding-mental-health/atlas-institute>
- <https://www.veterans.gc.ca/fra/contact/talk-to-a-professional>
- Le service d'assistance d'ACC est disponible 24 heures sur 24, 365 jours par an : appelez sans frais : 1-800-268-7708 ou TDD/TTY : 1-800-567-5803.
- <https://www.canada.ca/fr/ministere-defense-nationale/services/avantages-militaires/sante-soutien/sante-mentale.html>

Ressources sur le suicide ou la crise

- <https://parlonssuicide.ca/>
- <https://thelifelinecanada.ca/fr/>
- <https://www.suicideinfo.ca/> (en anglais)
- <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/suicide-canada-infographique.html>
- <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/cadre-federal-prevention-suicide.html>

Canada

- <https://www.livingworks.net/asist> (en anglais)
- Le numéro de téléphone de Parlons suicide Canada est le 1-833-456-4566. Il est disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et 365 jours par an. Le mot « Start » peut être envoyé par SMS au numéro 45645 de 16 heures à minuit. Les tarifs standards de la messagerie texte s'appliquent.
- Appelez ou envoyez un message 9-8-8 (à partir du 1er décembre 2023). Gratuit.

Ontario

- [ONTX Service de crise en ligne et par SMS de l'Ontario](#) (en anglais)
- <https://www.esantementale.ca/index.php?m=record&ID=10502>
- <https://wrspc.ca/about-us/ontario-suicide-prevention-roundtable/> (en anglais)
- Chat de crise (de 14 heures à 2 heures du matin, heure de l'Est) : www.dcontario.org/ontx.html (en anglais)
- Crisis Text (de 14 heures à 2 heures du matin, heure de l'Est) : 741-741

Québec

- Les résidents du Québec sont invités à appeler le 1-866-APPELLE (1-866-277-3553). L'assistance est également disponible par texto. Les adultes peuvent envoyer le message 741741 et les jeunes le message 686868.

Applications pour appareils mobiles

- PTSD Coach a été mis au point par Anciens Combattants Canada pour faciliter la gestion des symptômes liés au TSPT : <https://ouvert.canada.ca/fr/apps/coach-espt-canada>
- PTSD Coach a été mis au point par le ministère américain des anciens combattants : <https://mobile.va.gov/app/ptsd-coach> (en anglais)

Références

1. American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
2. American Psychiatric Association. (2017). Clinical practice guideline for the treatment of PTSD in adults. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. Retrieved from <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>
3. American Psychiatric Association. (2017). PTSD clinical practice guideline - How long will it take for treatment for work? Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. Retrieved from <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/length-treatment>
4. American Psychiatric Association. (2017). PTSD clinical practice guideline – How do I choose between medication and therapy? Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. Retrieved from <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/medication-or-therapy>
5. American Psychiatric Association. (2017). PTSD clinical practice guideline – How do I know if I need therapy? Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. Retrieved from <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/seeking-therapy>
6. American Psychiatric Association. (2017). PTSD clinical practice guideline – Treatment dose, timing, and duration as described in reviewed studies. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. Retrieved from <https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/treatment-dose-table.pdf>
7. American Psychiatric Association. (2017). PTSD clinical practice guideline – What is psychotherapy? Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. Retrieved from <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/psychotherapy>
8. American Psychiatric Association. (2017). PTSD clinical practice guideline – Summary of recommendations of the APA guideline development panel for the treatment of PTSD. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. Retrieved from <https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/recommendations-summary-table.pdf>
9. American Psychiatric Association. (2018). What is mental illness? Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. Retrieved from <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>
10. Atwoli, L., Stein, D. J., King, A., Petukhova, M., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., ... & Maria Haro, J. (2017). Posttraumatic stress disorder associated with unexpected death of a loved one: Cross-national findings from the world mental health surveys. *Depression and Anxiety*, 34(4), 315-326. <http://doi.org/10.1002/da.22579>
11. Bardeen, J. R., Kumpula, M. J., & Orcutt, H. K. (2013). Emotion regulation difficulties as a prospective predictor of posttraumatic stress symptoms following a mass shooting. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 188-196. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.01.003>
12. Barlow, D. H., Durand, V. M., Hofmann, S. G., & Lalumiere, M. L. (2018) *Abnormal psychology – An integrative approach*. Toronto: Nelson. 118-178.
13. Baumgardner, S. R., & Crothers, M. K. (2009) *Positive psychology*. Pearson: New Jersey.
14. Beaton, R., & Murphy, S. (1995). Working with people in crisis: Research Implications. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue. Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp.51 – 82). London: Brunner-Routledge.
15. Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., ... Alonso, J. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327-343. <http://doi.org/10.1017/S0033291715001981>

16. Berliner, L., Bisson, J., Cloitre, M., Forbes, D., Goldbeck, L., Jensen, T., ... & Shapiro, F. (2019). Posttraumatic stress disorder prevention and treatment guidelines – Methodology and recommendations. Oakbrook Terrace, IL: International Society for Traumatic Stress Studies. Retrieved from https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL-March-19-2019.pdf.aspx
17. Berger, W., Freire Counthio, E. S., Figueira, I., Marques-Portella, C., Pires Luz, M., Neylan, T. C., Marmar, C. R., & Mendlowicz, M. V. (2012). Rescuers at risk: a systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. *Social Psychiatry Epidemiology*, 47, 1001-1011. <http://doi.org/10.1007/s00127-011-0408-2>
18. Biggs, Q. M., Ursano, R. J., Wang, J., Krantz, D. S., Carr, R. B., Wynn, G. H., Adams, D. P., Dacuyan, N M., & Fullerton, C. S. (2019). Daily variation in post traumatic stress symptoms in individuals with and without probable post traumatic stress disorder. *BMC Psychiatry*, 19, 56. <http://doi.org/10.1186/s12888-019-2041-7>
19. Blaney, L. S. (2009). Beyond 'knee jerk' reaction: CISM as a health promotion construct. *The Irish Journal of Psychology*, 30(1-4), 37-57.
20. Bonneau, K. L. (2011). *Marriage, children, and the fireman's wife: A qualitative study*. Ph.D thesis, Texas Woman's University, US. Available from: ProQuest Information & Learning. Accessed 21 Aug 2014.
21. Branson, D. C. (2019). Vicarious trauma, themes in research, and terminology: A review of literature. *Traumatology*, 25(1), 2-10. <http://doi.org/10.1037/trm000161>
22. Briere, J., Scott, C., & Weathers, F. (2005) Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *American Journal of Psychiatry*. 162: 2295 – 2301.
23. Bromet, E. J., Atwoli, L., Kawakami, N., Navarro-Mateu, F., Piotrowski, P., King, A. J., ... & Florescu, S. (2017). Post-traumatic stress disorder associated with natural and human-made disasters in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(2), 227-241. <http://doi.org/10.1017/S0033291716002026>
24. Bryan, C. J., Bryan, A. O., Roberge, E., Leifker, F. R., & Rozek, D. C. (2018), Moral injury, posttraumatic stress disorder, and suicidal behaviour among National Guard Personnel. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 10(1), 36 – 45.
25. Bryant, R. A., & Guthrie, R. M. (2007) Maladaptive self-appraisals before trauma exposure predict posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 812-815.
26. Canadian Mental Health Association [CMHA]. (2020). Fast facts about mental illness. Retrieved from <https://cmha.ca/fast-facts-about-mental-illness>
27. Canadian Mental Health Association [CMHA] Ontario. (2020). Stigma and discrimination. Retrieved from <https://ontario.cmha.ca/documents/stigma-and-discrimination/>
28. Center for Integrated Healthcare [CIH]. (2013). The stress response and how it can affect you. Retrieved from https://www.mirecc.va.gov/cih-visn2/Documents/Patient_Education_Handouts/Stress_Response_and_How_It_Can_Affect_You_Version_3.pdf
29. Cloutier, E., & Champoux, D. (2000). Injury risk profile and aging among Québec firefighters. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 25, 513-523.
30. Comer, R. J. (2015) *Abnormal Psychology*. NY: Worth Publishers.129 – 214.
31. Compton, W. C., & Hoffman, E. (2013) *Positive psychology – The science of happiness and flourishing*. Cengage Learning, 2nd Edition, Belmont. 1 – 79.

32. Corrigan, P. W., & Watson, A.C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
33. Cosden, M., Sanford, A., Koch, L. M., & Lepore, C. E. (2016). Vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth among substance abuse treatment providers. *Substance Abuse*, 37(4), 619-624. <http://doi.org/10.1080/08897077.2016.1181695>
34. Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane, C. (2001). Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 31, 1237-1247 (2001). doi: 10.1017/S0033291701004287.
35. DiGangi, J. A., Gomez, D., Mendoza, L., Jason, L. A., Keys, C. B., & Koenen, K. C. (2013), Pretrauma risk factors for posttraumatic stress disorder: A systematic review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 728-744.
36. Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
37. Evelry, Jr. J. G. S., Flannery, Jr. R. B., & Eyler, V. A. (2002). Critical incidents stress management (CISM): A statistical review of the literature. *Psychiatric Quarterly*, 73(3), 171 – 182.
38. Evelry, G. S., Flannery, Jr. R. B., & Mitchell, J. T. (2000). Critical incident Stress Management (CISM): A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 5(1), 23 – 40.
39. Evelry, G. S., & Mitchell, J. T. (2000). Prevention of work-related posttraumatic stress: The critical incident stress debriefing process. In L. R. Murphy, J. J. Hurrell, Jr., S. L. Steven, G. P. Keita (Eds.), *Job stress interventions* (pp. 173 – 183). USA: APA.
40. Finkelstein, M., Stein, E., Greene, T., Bronstein, I., & Solomon, Z. (2015). Posttraumatic stress disorder and vicarious trauma in mental health professionals. *Health & Social Work*, 40(2): e25-e31. <http://doi.org/10.1093/hsw/hlv026>
41. Fullerton, C. S., Ursano, R. J., & Wang, L. (2004) Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *The American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1370 – 1376.
42. Fox, V., Dalman, C., Dal, H., Hollander, A-C., Kirkbride, J. B., & Pitman, A. (2021) Suicide risk in people with post-traumatic stress disorder: A cohort study of 3.1 million people in Sweden. *Journal of Affective Disorders*, 279: 609 – 616.
43. Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231-233.
44. Germain, A. (2013). Sleep disturbances as the hallmark of PTSD: Where are we now? *American Journal of Psychiatry*, 170(4), 372-382.
45. Global Post Traumatic Stress Injury Foundation. (2015). PTSD vs PTSI. Retrieved from <http://globalptsifoundation.org/ptsd-vs-pts>
46. Gouvernement du Québec. (2020). Fighting the stigma surrounding mental illness. Retrieved from <https://www.quebec.ca/en/health/advice-and-prevention/mental-health/fighting-the-stigma-surrounding-mental-illness/>
47. Government of Canada. (2020). Federal framework on posttraumatic stress disorder – recognition, collaboration and support (Cat. No. HP10-34/2020E-PDF). Retrieved from <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/healthy-living/federal-framework-post-traumatic-stress-disorder/pub1-eng.pdf>
48. Government of Canada. (2019). Preventing suicide: Warning signs and getting help. Retrieved from <https://www.canada.ca/en/public-health/services/suicide-prevention/warning-signs.html>

49. Greenberg, J. S. (2013) *Comprehensive Stress Management*. 13th edition. McGraw-Hill: NY.
50. Griffin, B.J.; Purcell, N., Burkman, K.; Litz, B. T.; Bryan, C. J., Schmitz, M.; Villierme, C.; Walsh, J.; Maguen, S. (2019) Moral injury: An integrative review. *Journal of Traumatic Stress*, 32: 3, 350 – 362. <https://doi.org/10.1002/jts.22362>
51. Guadagni, V., Cook, E., Hart, C., Burles, F., & Iaria, G. (2018). Poor sleep quality affects empathetic responses in experiences paramedics. *Sleep and Biological Rhythms*, 16, 365-368. <http://doi.org/10.1007/s41105-018-0156-8>
52. Haugen, P.T., Eves, M., & Weiss, D. S. (2012). Treating posttraumatic stress disorder in first responders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 32, 370-380. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.04.001>
53. Hefferon, K., & Boniwell, I. (2011) *Positive psychology – Theory, research and applications*. McGraw-Hill Education: NY. 44 – 76.; 114 – 136.
54. Heinrichs, M., Wagner, D., Schoch, W., Soravia, L. M., Hellhammer, D. H., & Ehlert, U. (2005). Predicting Posttraumatic Stress Symptoms From Pretraumatic Risk Factors: A 2-year Prospective Follow-Up Study in Firefighters. *The American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2276-2286.
55. Held, P., Klassen, B. J., Brennan, M. B., & Zalta, A. K. (2018) Using prolonged exposure and cognitive processing therapy to treat veterans with moral injury-based PTSD: Two case examples. *Cognitive and Behavioural Practice*, 25, 377-390.
56. Held, P., Klassen, B. J., Zou, D. S., Schroedter, B. S., Karnik, N. S., Pollack, M. H., & Zalta, A. K. (2017). Negative posttrauma cognitions mediate the association between morally injurious events and trauma-related psychopathology in treatment seeking veterans. *Journal of Traumatic Stress*. 30, 698 – 703.
57. Herman, J. L. (1997). *Trauma and recovery. The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.
58. Hernandez-Wolfe, P., Killian, K., Engstrom, D., & Gangsei, D. (2015). vicarious resilience, vicarious trauma, and awareness of equity in trauma work. *Journal of Humanistic Psychology*, 55(2), 153-172. <http://doi.org/10.1177/0022167814534322>
59. Holland, J. L., & Gottfredson, G. D. (1992). Studies of the hexagonal model: An evaluation (or, the perils of stalking the perfect hexagon. *Journal of Vocational Behavior*, 40, 158 – 170.
60. Hughes, K. C., & Shin, L. M. (2011). Functional neuroimaging studies of post-traumatic stress disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11(2), 275-285. <http://doi.org/10.1586/ern.10.198>
61. Karam, E. G., Friedman, M. J., Hill, E. D., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., ... & De Girolamo, G. (2014). Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys. *Depression and Anxiety*, 31(2), 130-142. <http://doi.org/10.1002/da.22169>
62. Karl, A., Schaefer, M., Malta, L. S., Dörfel, D., Rohleder, N., & Werner, A. (2006). a meta-analysis of structural brain abnormalities in PTSD. *Neuroscience and Biobehavioural Reviews*, 30, 1004-1031. <http://doi.org/10.1016/j.neubioev.2006.03.004>
63. Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., Van Ameringen, M., the Canadian Anxiety Guidelines Initiative Group on behalf of the Anxiety Disorders Association of Canada/ Association Canadienne des troubles anxieux and McGill University. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*, 14(sup1), 51.

64. Kawakami, N., Tsuchiya, M., Umeda, M., Koenen, K.C., & Kessler, R. C., on the behalf of The World Mental Health Survey Japan. (2014). Trauma and posttraumatic stress disorder in Japan: Results from the World Mental Health Japan Survey. *Journal of Psychiatric Research* 53, 157–165. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.01.015>
65. Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., ... Florescu, S. on behalf of the WHO World Mental Health Survey Collaborators (2017). Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup5), 1353383. <http://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
66. Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52, 1048-1060.
67. Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 617-709.
68. Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DMS-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 537-547. <http://doi.org/10.1002/jts.21848>
69. Kobasa, S. C. Q., Maddi, S. R., Pucetti, M. C., & Zola, M.A. (1985). Effectiveness of hardiness, exercise and social support as resources against illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 29(5), 525 – 533.
70. Kunadharaju, K., Smith, T.D., & DeJoy, D.M. (2011). Line-of-duty deaths among U.S. firefighters: An analysis of fatality investigations. *Accident Analysis and Prevention*, 43, 1171-1180 (2011). doi: 10.1016/j.aap.2010.12.030.
71. La Bash, H., & Papa, A. (2014). Shame and PTSD Symptoms. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 6(2) 159- 166.
72. Larivière, M., Kerekes, Zs., & Valcheff, D. (2016) Psychosocial Hazards and Risks. In: Guidotti, T. L. (ed). *Health Risks and Fair Compensation in the Fire Service*. Heidelberg: Springer. 227-265.
73. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986): Coping and adaptation. In: Gentry W. D. (szerk.): *The handbook of behavioral medicine*. New York: Guilford. 235–312.
74. Lento, R. M., Carson-Wong, A., Green, J. D., AhnAllen, C. G., & Kleespies, P. M. (2019). Is suicidal behaviour in mood disorders altered by comorbid PTSD? *Crisis*, 40(1), 62-66. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000532>
75. Maercker, A., & Karl, A. (2005). Posttraumatische Belastungsstörung: Ätiologie/Bedingungsanalyse. In.: Perrez, M., Baumann, U. (2005). (szerk.) *Lehrbuch. Klinische Psychologie – Psychotherapie*. Bern: Hogrefe, 977-994.
76. Maercker, A. (2005). Posttraumatische Belastungsstörung: Intervention. In.: Perrez, M., & Baumann, U. (2005). (szerk.) *Lehrbuch. Klinische Psychologie – Psychotherapie*. Bern: Hogrefe, 995-1010.
77. Marchand, A., Nadeau, C., Beaulieu-Prévost, D., Boyer, R., & Martin, M. (2015). Predictors of posttraumatic stress disorder among police officers: A prospective study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(3), 212–221. <http://doi.org/10.1037/a0038780>
78. Marcucci, P. A. (2001). *When dad is a firefighter: Paternal involvement, parental satisfaction and child's well-being*. PhD thesis. Alliant University. Available from: ProQuest Dissertations & Theses. Accessed 04 Sept 2014.

79. Mayer, R. C., & Gavin, M. B. (2005). Trust in management and performance: Who minds the shop while the employees watch the boss? *Academy of Management Journal*, 48(5), 874 – 888.
80. McEwen, B. S., & Stellar, E. (1993) Stress and the individual. Mechanism leading to disease. *Archives of Internal Medicine*, 153(18), 2093 – 2101.
81. McFarlane, A. C. (2010). The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry*, 9(1), 3-10.
82. Meyer, E.C., Zimering, R., Daly, E., Knight, J., Kamholz, B. W., & Gulliver, S. B. (2012). Predictors of posttraumatic stress disorder and other psychological symptoms in trauma-exposed firefighters. *Psychological Services*, 9(1), 1 – 15 (2012). doi: 10.1037/a0026414.
83. Meyer, E. C., La Bash, H., DeBeer, B. B., Kimbrel, N. A., Gulliver, S. B., & Morissette, S. B. (2019). Psychological inflexibility predicts PTSD symptom severity in war veterans after accounting for established PTSD risk factors and personality. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(4), 383–390. <http://doi.org/10.1037/tra0000358>
84. Myers, D. G. & Dewall, C. N., (2017) *Psychology in Everyday Life*, 4th Edition, Worth Publishers: NY. 29 – 67; 285 – 312.
85. National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2018). Post-traumatic stress disorder (NG116). Retrieved from www.nice.org.uk/guidance/ng116
86. National Center for PTSD [Posttraumatic Stress Disorder]. (2019). Understanding PTSD: A guide for family and friends. Retrieved from https://www.ptsd.va.gov/publications/print/understandingptsd_family_booklet.pdf
87. Norman, S. B., Stein, M. B., Dimsdale, J. E., Hoyt, D. B. (2008) Pain in the aftermath of trauma is a risk factor for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 38: 4, 533 – 542. doi: 10.1017/S0033291707001389
88. Odgen, J. (2012) *Health Psychology – A Textbook*. 5th Ed. McGraw – Hill: NY. 289 – 338.
89. Ontario Nurses’ Associaton (2016) Submission on Bill 163, Supporting Ontario’s First Responders Act (Posttraumatic Stress Disorder), 2016 – Standing Committee on Social Policy, Queen’s Park. Retrieved from https://www.ona.org/wp-content/uploads/ona_govtsub_bill163ptsd_20160308.pdf
90. Paige, L., Renshaw, K. D., Allen, E. S., & Litz, B. T. (2019). Deployment trauma and seeking treatment for PTSD in US soldiers. *Military Psychology*. 31(1), 26–34. <http://doi.org/10.1080/08995605.2018.1525219>
91. Paley, M. J., Price, J. M., & Tepas, D. I. (1998). The impact of change in rotating shift schedules: A comparison of the effects of 8, 10 and 14 h work shifts. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 21, 293-305
92. Park, H., Kim, J. I., & Kim, J-H. (2018). The impact of emotional labor on the severity of PTSD symptoms in firefighters. *Comprehensive Psychiatry* 83: 53- 58.
93. Pielmaier, L., Maercker, A. (2011) Psychological adaptation to life-threatening injury in dyads: the role of dysfunctional disclosure of trauma. *European Journal of Psychotraumatology*, 2: 1 – 12. doi: 10.3402/ejpt.v2i0.8749.
94. PSHSA. (2020). PTSD awareness for firefighters. Retrieved from <https://terraform-20180423174453746800000001.s3.amazonaws.com/attachments/cjiisgqjg00ehfxj7krv0cagj-ltpfccen1017-ptsd-awareness-fact-sheet-firefighter.pdf>

95. Regehr, C., Dimitropoulos, G., Bright, E., George, S., & Henderson, J. (2005). Behind the brotherhood: Rewards and challenges for wives of firefighters. *Family Relations*, 54(3), 423-435.
96. Regehr, C., Le Blanc, V. R., Barath, I., Balch, J., & Birze, A. (2013). predictors of physiological stress and psychological distress in police communicators. *Police Practice and Reserach*, 14(6), 451-463. <http://doi.org/10.1080/15614263.2012.736718>
97. Sarafino, E. P., Smith, T. W., King, D. B., & DeLongis, A. (2015) *Health Psychology*, Canadian Edition. Wiley. 53 – 124.
98. Salters-Pedneault, K., Ruef, A. M., & Orr, S. P. (2010). Personality and psychophysiological profiles of police officers and firefighter recruits. *Personality and Individual Differences*, 49, 210 – 215. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2010.03.037>.
99. Schneiderman, N., Ironson, Gail, & Siegel, S. D. (2005). Stress and health: Psychological, behavioural, and biological determinants. *Annual Reviews in Clinical Psychology*, 1, 607-628. <http://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144141>
100. Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw Hill.
101. Selye, H. (1976). Stress without distress. In G. Serban (Ed.), *Psychopathology of Human Adaptation* (pp. 137 - 146). New York: Springer.
102. Sherin, J. E., & Nemeroff, C. B. (2011). Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13, 263-278.
103. Sherman, N. (2014). Recovering lost goodness – Shame, guilt, and self-empathy. *Psychoanalytic Psychology*, 31(2), 217-235. <http://doi.org/10.1037/a0036435>
104. Smith, S. M., & Vale, W. W. (2006). The role of hypothalamic-pituitary-adrenal axis in neuroendocrine responses to stress. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8, 383-395.
105. Stephens, M. A. C., & Wand, G. (2012). Stress and the HPA axis: Role of glucocorticoids in alcohol dependence. *Alcohol Research: Current Reviews*, 34(4), 468-483.
106. Stuber, J., Meyer, I., & Link, B. (2008). Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social Science & Medicine*, 67(3), 351-357. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.023>
107. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014) Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. HHS Publication No. (SMA) 13-4801. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
108. Taylor, S.E., Sioris, F. M., & Molnar, D. S. (2017). *Health Psychology*. 4th Canadian edition. New York: McGraw Hill. 155 – 218.
109. The Management of Posttraumatic Stress Disorder Work Group. (2017). VA/DoD clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder. Washington, DC: U.S. Department of Veterans Affairs. Retrieved from <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal012418.pdf>
110. Ursano, R.J., Benedek, D. M., & Engel, C. C. (2012). Trauma-informed care for primary care: the lessons of war. *Annals of Internal Medicine*, 157(12), 905-907.
111. Ursano, R. J., Zhang, L., Li, H., Johnson, L., Carlton, J., Fullerton, C. S., & Benedek, D.M. (2009). PTSD and traumatic stress – From gene to community and bench to bedside. *Brain Research*, 1293, 2-12. <http://doi.org/10.1016/j.brainres.2009.03.030>
112. Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., & Boyle, M. H. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neuroscience & Therapeutics* 14(3), 171-181.

113. Vancampfort, D., Stubbs, B., Richards, J., Ward, P. B., Firth, J., Schuch, F. B., & Rosenbaum, S. (2017). physical fitness in people with posttraumatic stress disorder: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 39(24), 2461-2467. <http://doi.org/10.1080/09638288.2016.1226412>
114. Veterans Affairs Canada. (2019). PTSD and the family. Retrieved from <https://www.veterans.gc.ca/eng/health-support/mental-health-and-wellness/understanding-mental-health/ptsd-and-the-family>
115. Veterans Affairs Canada. (2008). Post-traumatic stress disorder (PTSD) and the family – for parents with young children (Cat. No. V32-166/2006E). Retrieved from www.vac-acc.gc.ca
116. Veterans Affairs National Center for PTSD. (2020). PTSD treatment decision aid: the choice is yours. Retrieved from <https://www.ptsd.va.gov/apps/decisionaid/>
117. Wilson, S., Guliani, H., & Boichev, G. (2016). On the economics of post-traumatic stress disorder among first responders in Canada. *Journal of Community Safety & Well-Being*, 1(2), 26-31. <http://doi.org/10.35502/jcswb.6>
118. Witteveen, A.B., Huizink, A. C., Slottje, P., Bramsen, I., Smid, T., & van der Ploeg, H. M. (2010). Associations of cortisol with posttraumatic stress symptoms and negative life events: A study of police officers and firefighters. *Psychoneuroendocrinology*, 35, 1113-1118 (2010). doi: 10.1016/j.psyneuen.2009.12.013.
119. World Health Organization (2004) *Strengthening mental health promotion*. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
120. Workplace Mental Health Promotion [WMHP]. (2017). What is mental health and mental illness. Retrieved from <http://wmhp.cmhaontario.ca/workplace-mental-health-core-concepts-issues/what-is-mental-health-and-mental-illness>
121. Yehuda, R., & McEwen, B. S. (2004). Protective and damaging effects of the biobehavioral stress response: cognitive, systemic and clinical aspects: ISPNE XXXIV meeting summary. *Psychoneuroendocrinology*. 29: 1212 – 1222. <http://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2004.01.006>

Contributeurs

Zsuzsanna Kerekes, Ph.D.

Sandra Dorman, Ph.D.

Rédaction, conception et illustrations : Victoria Banderob

Consultant : Jamie Lyn Flesch, Ph.D., C.Psych.

Édition de textes, de dessins et d'illustrations : Tobi Mankis

Correcteurs d'épreuves : Courtney Lessel et Giselle Thrush

Traduit de l'anglais par : Traductions au Canada



Juin 2023