



CADRE FÉDÉRAL RELATIF AU TROUBLE STRESS POST- TRAUMATIQUE (TSPT)

RECONNAISSANCE, COLLABORATION ET SOUTIEN



Gouvernement
du Canada

Government
of Canada

Canada 

**PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS, À L'INNOVATION
ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.**

— Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:
Federal Framework on Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada

Indice de l'adresse 0900C2

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 613-957-2991

Sans frais : 1-866-225-0709

Télééc. : 613-941-5366

ATS : 1-800-465-7735

Courriel : hc.publications-publications.sc@canada.ca

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2020

Date de publication : janvier 2020

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. : HP10-34/2020F-PDF

ISBN : 978-0-660-33522-3

Pub. : 190507

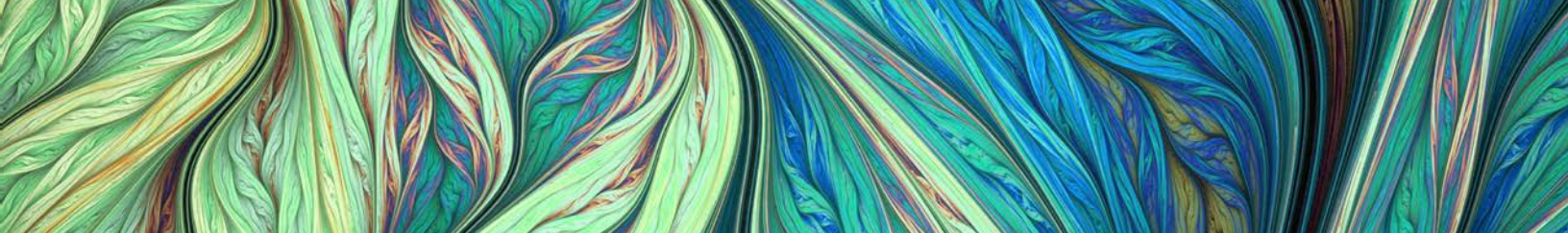
CADRE FÉDÉRAL RELATIF AU TROUBLE STRESS POST- TRAUMATIQUE (TSPT)

RECONNAISSANCE, COLLABORATION ET SOUTIEN



TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	IV
MESSAGE DE LA MINISTRE	V
SOMMAIRE	1
PARTIE I - CONTEXTE ET RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	3
Introduction	4
Qu'est-ce que le TSPT?	4
Qui est touché par le TSPT?	6
Militaires actifs des Forces armées canadiennes et anciens combattants	7
<i>Militaires actifs des Forces armées canadiennes</i>	7
<i>Anciens combattants des Forces armées canadiennes (vétérans des FAC)</i>	8
Personnel de la sécurité publique	9
Fournisseurs de soins de santé	9
Autres professions	10
Autochtones qui occupent des emplois au niveau de stress élevé et autres considérations	10
Autres populations	11
Rôles et responsabilités organisationnels	11
Gouvernement du Canada	12
Gouvernements provinciaux et territoriaux	12
Employeurs	13
Groupes d'intervenants et groupes communautaires	13
Contribution au Cadre	14
Thèmes clés de la Conférence nationale sur le TSPT	15
PARTIE II - LE CADRE FÉDÉRAL RELATIF AU TSPT	16
Le Cadre : vue d'ensemble	17
Portée et objet du Cadre	18
Vision	19
Principes directeurs	19
Domaines prioritaires	20
Domaine prioritaire 1 : Amélioration du suivi du taux et des coûts économiques et sociaux liés au TSPT	20
Domaine prioritaire 2 : Promotion de l'établissement de lignes directrices et partage de pratiques exemplaires concernant le diagnostic, le traitement et la gestion du TSPT	21
Domaine prioritaire 3 : Création et distribution de matériel didactique portant sur le TSPT en vue de mieux faire connaître cet état à l'échelle nationale et d'en améliorer le diagnostic, le traitement et la gestion	23
Domaine prioritaire 4 : Renforcement de la collaboration et des liens entre les partenaires et les intervenant ..	25

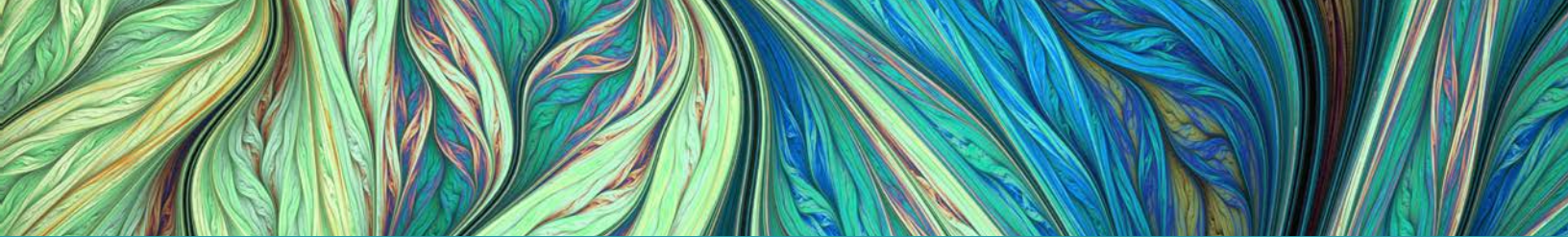


PARTIE III - PROCHAINES ÉTAPES	26
Secrétariat du TSPT	27
Rapports au Parlement.....	27
CONCLUSION	27
PARTIE - IV ANNEXES	28
Annexe A - Loi sur le cadre fédéral relatif à l'état de stress post-traumatique et observations du Comité sénatorial ..	28
Annexe B - Autres populations touchées par le TSPT	36
Survivants de violence physique, sexuelle ou psychologique.....	37
Survivants de catastrophes	37
Populations autochtones	37
LGBTQ2.....	38
Réfugiés et autres nouveaux arrivants.....	38
Personnes en situation d'itinérance	38
Annexe C - Initiatives actuelles en matière de TSPT au Canada	39
Gouvernement fédéral	41
<i>Membres des Forces armées canadiennes et anciens combattants</i>	41
<i>Personnel de la sécurité publique</i>	42
<i>Employés de la Garde côtière canadienne</i>	44
<i>Tous les employés fédéraux</i>	44
<i>Populations autochtones</i>	45
<i>Réfugiés et autres nouveaux arrivants</i>	45
<i>Tous les Canadiens</i>	46
Autres partenaires et intervenants qui offrent un soutien et des services en matière de TSPT	47
<i>Commission de la santé mentale du Canada (CSMC)</i>	47
<i>Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique (ICRTSP)</i>	47
<i>Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans (ICRSMV)</i>	48
<i>Provinces et territoires</i>	48
Organisations Autochtones	49
<i>Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations</i>	49
<i>Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits</i>	50
Annexe D - Glossaire Traumatism psychologique	51
Annexe E - Références	87



ABRÉVIATIONS

ACC	Anciens Combattants Canada
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BSO	Blessure de stress opérationnel
BSPT	Blessures de stress post-traumatiques
CSMC	Commission de la santé mentale du Canada
CSTSO	SPT État de stress post-traumatique
ESPT	État de stress post-traumatique
FAC	Forces armées canadiennes
FCSI	Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers
GCC	Garde côtière canadienne
GRC	Gendarmerie royale du Canada
GSIC	Gestion du stress à la suite d'un incident critique
ICRS	Instituts canadiens de recherche en santé
ICRSMV	Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans
ICRTSP	Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique
LGBTQ2	Lesbien, gai, bisexuel, transgenre, queer et bispirituel
MDN	Ministère de la Défense nationale
MPO	Ministère des Pêches et Océans
PAE	Programmes d'aide aux employés
PSSM	Premiers soins en santé mentale
SPC	Sécurité publique Canada
SAE	Services d'aide aux employés
SCRS	Service canadien du renseignement de sécurité
SSBSO	Soutien social aux blessés de stress opérationnel
TSPT	Trouble stress post-traumatique



REMERCIEMENTS

Le *Cadre fédéral relatif au trouble stress post-traumatique (TSPT)*^a (le Cadre) a été élaboré en reconnaissance des personnes qui vivent avec le TSPT, de leur famille et de leurs réseaux de soutien et de celles qui risquent de développer le TSPT.

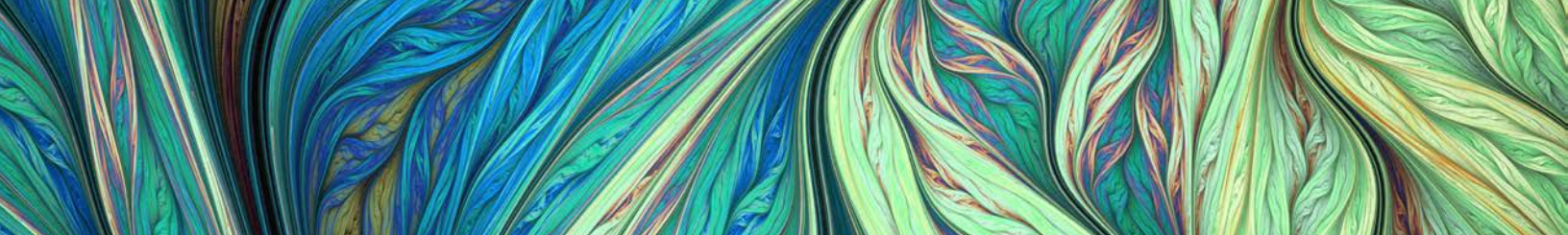
Nous sommes très reconnaissants de la participation passionnée de nombreux partenaires et intervenants qui ont éclairé l'élaboration du Cadre dans le contexte de la Conférence nationale sur le TSPT en avril 2019, de notre structure de gouvernance officielle et des nombreuses conversations qui ont eu lieu depuis que la *Loi sur le cadre fédéral relatif à l'état de stress post-traumatique* (ESPT) a reçu la sanction royale en juin 2018. Ces partenaires et intervenants comprennent des ministères fédéraux, des organisations non gouvernementales, des groupes et des gouvernements provinciaux et territoriaux, des organisations autochtones et d'autres experts qui reflètent la diversité des collectivités géographiques et sociales du Canada.

Bon nombre des personnes qui ont contribué au Cadre ont vécu directement le TSPT. Nous reconnaissons leur expérience vécue et professionnelle et nous les remercions d'avoir partagé leurs réflexions en toute franchise.

Enfin, nous admettons que les symptômes du TSPT ne sont pas toujours reconnus par les personnes, les membres de la famille, les collègues, les réseaux de soutien, les fournisseurs de soins de santé ou les employeurs. La stigmatisation et les autres obstacles au diagnostic, aux soins et au traitement en temps opportun subsistent. Le Cadre, qui aurait été impossible sans nos partenaires et intervenants, nous aidera à relever ensemble ces défis.

Si vous ou l'une de vos connaissances avez besoin de soutien en santé mentale, vous n'êtes pas seul. Veuillez consulter la page Web Soutien en santé mentale du gouvernement du Canada à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/services-sante-mentale/sante-mentale-obtenir-aide.html> pour obtenir de plus amples renseignements.

^a Bien que le terme « État de stress post-traumatique » soit utilisé dans la Loi, la traduction officielle canadienne-française du « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) » utilise le terme « Trouble stress post-traumatique ». Pour les fins de ce Cadre, le terme « Trouble stress post-traumatique » sera utilisé, sauf en référence à la Loi et son contenu.



MESSAGE DE LA MINISTRE

J'ai le privilège de vous faire part du premier *Cadre fédéral relatif au trouble stress post-traumatique (TSPT)* au Canada. De nombreux Canadiens peuvent développer le TSPT au cours de leur vie à la suite d'une exposition à un traumatisme. Le Cadre reconnaît qu'un grand nombre d'entre eux font face à des risques accrus en raison de la nature et des exigences uniques de leur profession.

La publication du Cadre pose un jalon important dans nos efforts qui visent à mieux reconnaître les personnes touchées par le TSPT, à collaborer avec elles et à les soutenir. Le contenu s'inspire d'une conférence nationale sur le TSPT tenue en avril 2019 et s'est développé avec la participation directe d'un groupe diversifié d'intervenants et de partenaires, y compris des personnes ayant une expérience vécue. Nous avons entendu de nombreuses histoires inspirantes de courage et de guérison. Parallèlement, nous avons entendu parler de lacunes importantes et d'un accès insuffisant aux mesures de soutien en matière de TSPT partout au Canada. Nous espérons que bon nombre des relations que nous avons tissées au cours de l'élaboration du Cadre continueront de croître à mesure que nous irons de l'avant pour combler ces lacunes.

Bien que des progrès importants aient été réalisés en relativement peu de temps, notre travail doit se poursuivre. L'appel à l'action de nos partenaires et intervenants était manifeste : nous devons mettre fin à la stigmatisation, améliorer notre compréhension du TSPT, promouvoir des pratiques fondées sur des données probantes pour son traitement et sa gestion, accroître la sensibilisation et apprendre les uns des autres en travaillant en collaboration.

À mesure que nous progressons, le Cadre peut orienter nos efforts collectifs. Il nous encourage à collaborer pour faire progresser nos connaissances du TSPT, tout en misant sur nombre d'initiatives et investissements importants qui sont déjà en place.

Grâce aux mesures décrites dans le Cadre, nous espérons faire une différence notable dans la vie des personnes touchées par le TSPT. Je remercie sincèrement toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration du Cadre et qui nous ont aidés à parvenir à ce stade. Je suis convaincue qu'avec l'aide de nos partenaires et intervenants, nous pouvons réaliser la vision énoncée dans le présent document, « *Un Canada où les personnes vivant avec le TSPT, leurs proches et les personnes à risque de développer le TSPT sont reconnues et soutenues tout au long de leur cheminement vers la guérison, la résilience et la prospérité* ».

L'honorable Patty Hajdu, C.P., députée
Ministre de la Santé



CITATIONS

« Le gouvernement du Canada exerce un rôle de leadership national pour aider à répondre aux besoins en matière de santé mentale des Canadiens et des Canadiennes touchés par le TSPT et les blessures de stress post-traumatiques (BSPT). Le personnel de sécurité publique risque leur vie chaque jour, ce qui peut les mettre à risque de développer une BSPT. C'est pourquoi en avril dernier, nous avons publié un plan d'action national sur les BSPT pour tout le personnel de la sécurité publique au Canada. Je suis heureux de voir le Cadre fédéral sur le TSPT s'appuyer sur ce travail et celui des autres. »

L'honorable Bill Blair

Ministre de la Sécurité publique et de la Protection civile

« Bien que nous ayons parcouru un long chemin dans notre compréhension des blessures invisibles avec lesquelles les vétérans du Canada peuvent être aux prises, nous savons qu'il faut en faire davantage. Avec ce cadre, notre gouvernement s'engage à soutenir des programmes et des traitements efficaces pour tous ces braves Canadiens et Canadiennes. Je félicite tous ceux et celles qui ont contribué à la création de ce cadre fédéral et je remercie tous les braves Canadiens et Canadiennes à qui il servira pour leurs sacrifices. »

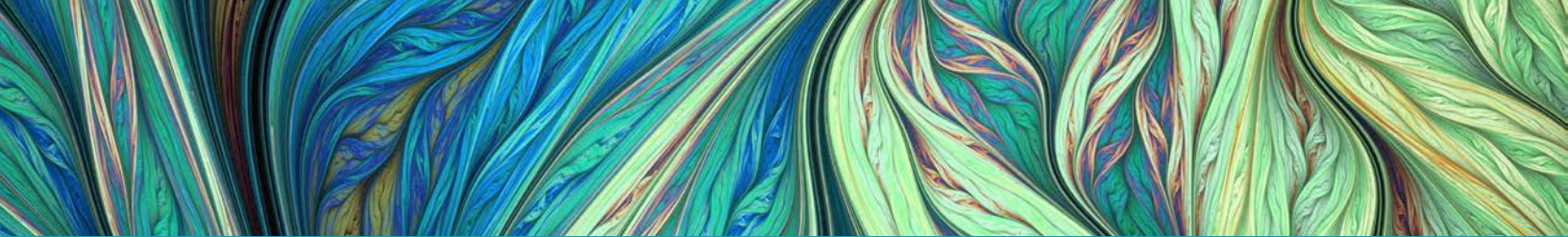
L'honorable Lawrence MacAulay

Ministre des Anciens Combattants et ministre associé de la Défense nationale

« Le trouble stress post-traumatique (TSPT) peut avoir des répercussions profondes sur ceux et celles qui y font face et sur leurs familles, amis et collègues. Le ministère de la Défense nationale est fier d'appuyer le Cadre Fédéral relatif au TSPT. Par l'éducation, l'intervention précoce et les traitements de classe mondiale, nous veillerons à ce que les femmes et les hommes des Forces armées canadiennes reçoivent le plus haut niveau de soins de santé et de soutien. »

L'honorable Harjit Sajjan

Ministre de la Défense nationale



SOMMAIRE

La *Loi sur le cadre fédéral relatif à l'état de stress post-traumatique* est entrée en vigueur le 21 juin 2018, après avoir reçu l'appui de tous les partis au Parlement. La Loi souligne la diversité des groupes professionnels les plus à risque de développer le TSPT et la nécessité d'adopter une approche coordonnée pour soutenir les personnes touchées. Par conséquent, la Loi prévoyait l'élaboration d'un cadre fédéral complet informé par une conférence nationale. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a été chargée de diriger ces travaux.

La Conférence nationale sur le TSPT s'est tenue les 9 et 10 avril 2019 à Ottawa. Plus de 200 participants à la conférence représentant un vaste éventail de partenaires et d'intervenants, y compris des personnes ayant une expérience vécue, ont eu un dialogue constructif et productif sur les questions suivantes :

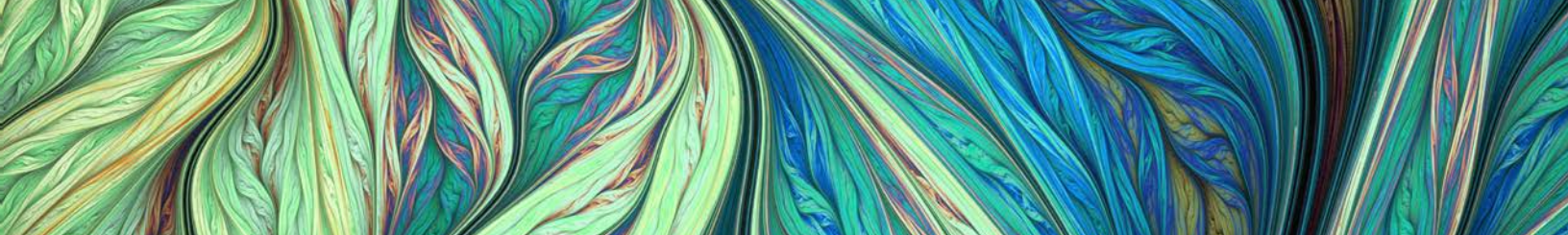
- ▶ l'amélioration du suivi du taux de TSPT et des coûts économiques et sociaux connexes;
- ▶ la promotion de lignes directrices et l'échange de pratiques exemplaires liées au diagnostic, au traitement et à la gestion du TSPT;
- ▶ la création et la distribution de matériel éducatif sur le TSPT afin d'accroître la sensibilisation à l'échelle nationale et d'améliorer le diagnostic, le traitement et la gestion.

Même si la Conférence nationale constituait le principal mécanisme de consultation, la mobilisation des partenaires et des intervenants s'est poursuivie tout au long de l'élaboration du Cadre. L'ensemble des activités de mobilisation, ainsi que les exigences énoncées dans la Loi, ont tenu lieu de fondement au Cadre.

La partie I fournit des renseignements généraux et contextuels sur le TSPT et de l'information sur les professions et les populations à risque élevé de développer le TSPT. Elle décrit les principaux rôles et responsabilités organisationnels en matière de TSPT au Canada et résume les activités de mobilisation qui ont eu lieu pour éclairer ce Cadre, y compris les faits saillants de la Conférence nationale.

La partie II, qui est le cœur du Cadre, énonce la portée, l'objet, la vision et les principes directeurs, y compris l'importance de compléter les initiatives existantes et de tirer parti des partenariats pour lutter contre le TSPT. Cette partie fournit également de l'information sur les facteurs et les considérations pour chacun des domaines prioritaires énoncés dans la Loi, ainsi que sur les mesures fédérales qui établissent la voie à suivre pour progresser dans chacun d'eux. Enfin, un autre domaine prioritaire soulignant l'importance de la collaboration entre les partenaires et les intervenants, qui n'était pas expressément énoncé dans la Loi, est inclus dans cette section.

La partie III décrit les prochaines étapes de la mise en œuvre, y compris le rôle du Secrétariat du TSPT à l'ASPC. Elle réitère la nécessité de collaborer avec tous les partenaires et intervenants pour faire progresser les domaines prioritaires et encourage toutes les parties à s'appuyer sur la vision et les principes directeurs du Cadre pour faire avancer leurs propres initiatives dans le domaine du TSPT. Elle conclut en affirmant que le Cadre vise à favoriser un dialogue ouvert continu et qu'à mesure que nous en apprendrons davantage sur le TSPT, les mesures prévues dans le Cadre poursuivront sans aucun doute leur évolution.



Des renseignements supplémentaires sont fournis dans les annexes. Cette section comprend un aperçu de certaines populations non associées au milieu de travail qui présentent un risque accru de développer le TSPT, un sommaire de haut niveau des initiatives actuelles en matière de TSPT au Canada et un glossaire décrivant des définitions relatives au TSPT et aux traumatismes élaborés par l'Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique (ICRTSP) en collaboration avec plusieurs experts.

Comme l'exige la Loi, l'ASPC effectuera un examen de l'efficacité du Cadre dans les cinq ans suivant la date de publication de celui-ci.



PARTIE I

CONTEXTE ET RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX



INTRODUCTION

Le trouble stress post-traumatique (TSPT) a d'énormes répercussions sur les personnes, les familles, les aidants et les milieux de travail. Tous les Canadiens peuvent être à risque du TSPT à la suite d'une exposition à un traumatisme, mais certaines populations courent davantage de risque en raison de leur type d'emploi. C'est pourquoi, en juin 2018, le gouvernement du Canada a adopté la *Loi sur le cadre fédéral relatif à l'état de stress post-traumatique* (la Loi) qui prescrit l'élaboration d'un *Cadre fédéral sur le TSPT* (le Cadre). La Loi, ainsi que les observations formulées par le Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense au moment de sa promulgation, figurent à l'**annexe A**.

La Loi précise trois domaines prioritaires pour le Cadre :

- a) l'amélioration du suivi de l'évolution du taux d'incidence et des coûts économiques et sociaux liés à l'ESPT;
- b) l'établissement de lignes directrices concernant :
 - i) le diagnostic, le traitement et la gestion de l'ESPT;
 - ii) la mise en commun à l'échelle nationale des pratiques exemplaires en matière de traitement et de gestion de l'ESPT;
- c) la création et la distribution de matériel didactique normalisé portant sur l'ESPT, à l'intention des fournisseurs de soins de santé au Canada, en vue de mieux faire connaître cet état à l'échelle nationale et d'en améliorer le diagnostic, le traitement et la gestion.

Le présent Cadre porte sur le TSPT lié aux professions et s'appuie sur les initiatives fédérales existantes, notamment l'initiative *Soutenir le personnel de la sécurité publique du Canada : plan d'action sur les blessures de stress post-traumatique*, qui

met l'accent sur le soutien de la santé mentale du personnel chargé de la sécurité publique, et le [Centre d'excellence sur le TSPT](#), créé récemment et financé par Anciens Combattants Canada.

Le Cadre reconnaît que les personnes peuvent être touchées par le TSPT à l'extérieur du milieu professionnel. Une applicabilité élargie sera considérée dans la mise en œuvre des mesures fédérales.

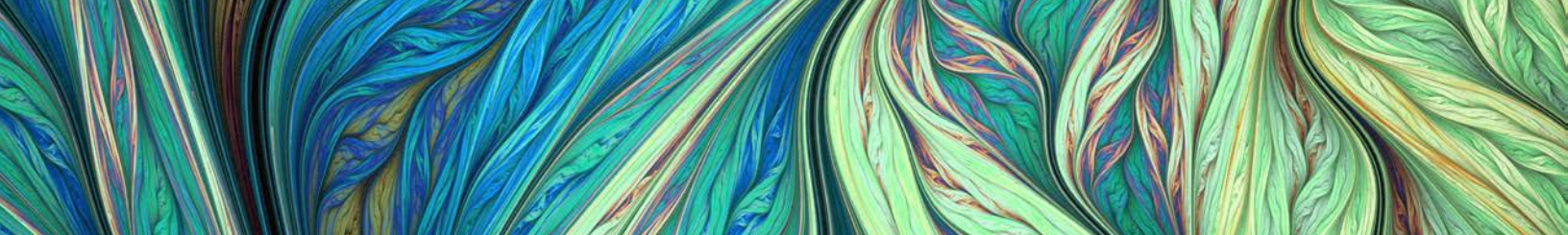
QU'EST-CE QUE LE TSPT?

Le TSPT est un trouble mental qui peut survenir après un événement traumatisant où il y a exposition à *la mort, à des blessures graves ou à de la violence sexuelle réelle ou potentielle*¹. Les événements potentiellement *traumatisants comprennent la guerre/le combat, les accidents majeurs, les catastrophes d'origine naturelle ou humaine et la violence interpersonnelle*. Le TSPT peut toucher n'importe quelle personne quel que soit son âge, sa culture, sa profession, son sexe ou son genre.

Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), un diagnostic de TSPT exige que le traumatisme soit causé par¹ :

- ▶ une exposition personnelle directe
- ▶ le fait d'être témoin d'un événement traumatisant subis par les autres
- ▶ une exposition indirecte : apprendre que l'événement traumatisant est survenu chez un membre de la famille ou un proche collaborateur
- ▶ une exposition directe répétée ou extrême à des détails aversifs d'un ou de plusieurs événements traumatisants.

La plupart des gens se rétablissent en relativement peu de temps à la suite d'un événement traumatisant;



toutefois, certaines personnes présentent des symptômes qui s'aggravent et persistent pendant des mois ou des années. Dans certains cas, l'apparition des symptômes peut ne pas se manifester avant des mois ou des années après l'expérience. À l'heure actuelle, nous ne comprenons pas entièrement les raisons biologiques, psychologiques, sociales et environnementales pour lesquelles les personnes peuvent réagir très différemment au même événement traumatisant.

Un diagnostic de TSPT exige que les symptômes soient présents pendant plus d'un mois et causent une détresse ou une altération importante de la fonction. Les symptômes du TSPT comprennent¹ :

- ▶ Souvenirs, cauchemars et/ou retours en arrière récurrents, involontaires, intrusifs et pénibles.
- ▶ Évitement ou tentative d'éviter des souvenirs, des pensées, des sentiments ou des rappels pénibles de l'événement.
- ▶ Changements négatifs persistants dans les pensées ou l'humeur (p. ex. émotions négatives, diminution de l'intérêt pour les activités, incapacité à ressentir des émotions positives, sentiments de détachement).
- ▶ Changements au niveau de l'excitation ou de la réactivité (p. ex. comportement irritable, accès de colère, comportement irresponsable ou autodestructeur, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, difficulté à se concentrer ou sommeil perturbé).

Le TSPT survient souvent avec d'autres problèmes de

santé mentale, comme la dépression et les troubles liés à l'utilisation de substances; des maladies et des problèmes de santé chroniques, comme le diabète, l'hypertension artérielle et la douleur chronique^{2,3} et des pensées et comportements suicidaires^{4,5}.

Les termes blessure de stress post-traumatique (BSPT) et blessure de stress opérationnel (BSO) sont de plus en plus utilisés pour décrire les problèmes de santé mentale liés à des événements traumatisants. À l'occasion, la BSPT et la BSO ont été utilisées de façon interchangeable. Par définition, une BSPT ne comporte pas nécessairement une blessure à la suite d'une exposition à un événement traumatisant dans le cadre d'un service professionnel, alors qu'une BSO implique que la blessure a été subie dans le cadre d'une fonction opérationnelle. Ces termes non cliniques englobent toute la gamme des traumatismes mentaux qui peuvent survenir à la suite d'un événement traumatisant et comprennent le TSPT, les troubles dépressifs, les troubles anxieux ou les troubles liés à la consommation de substances. Les termes BSPT et les BSO sont utilisés dans un effort intentionnel pour réduire la stigmatisation associée à d'autres termes (p. ex. trouble mental ou problèmes de santé mentale)⁶.

Bien que le Cadre mette l'accent sur le TSPT en tant que problème de santé mentale ayant fait l'objet d'un diagnostic clinique, le gouvernement du Canada reconnaît que de nombreux problèmes de santé mentale différents peuvent résulter de l'exposition à des événements traumatisants.



Peut-on prévenir le TSPT?

À l'heure actuelle, la seule façon connue de prévenir le TSPT est d'éviter l'exposition à des événements traumatisants. Même si l'éducation en santé mentale et la formation sur la résilience peuvent être profitables, rien n'indique que ces programmes empêchent l'apparition du TSPT. Il en va de même pour les séances de compte rendu avant ou après un traumatisme^{7,8}.

Nous savons que l'éducation en santé mentale qui vise à accroître les connaissances et les habiletés d'adaptation peut informer les gens au sujet des signes et des symptômes précoces de troubles comme le TSPT et peut mener à des comportements de recherche précoce de traitement. Un traitement rapide du TSPT fondé sur des données probantes aidera à réduire le risque de résultats négatifs à long terme. Cela est particulièrement important dans les cas où les expositions aux traumatismes sont plus fréquentes en raison de la nature d'une profession⁹.

Après l'exposition à un événement potentiellement traumatisant, de nombreuses personnes éprouvent des symptômes accablants, comme des troubles du sommeil, des cauchemars et une augmentation de l'anxiété. Toutefois, la majorité se rétablira spontanément de ces symptômes. Le temps, l'autosoin et le soutien social sont utiles, mais certains continueront à développer le TSPT. Selon certaines données probantes, la gravité d'un événement traumatisant, le manque de soutien social ou des antécédents d'expériences négatives vécues durant l'enfance ou de problèmes de santé mentale peuvent accroître le risque de TSPT^{10,11,12}.

QUI EST TOUCHÉ PAR LE TSPT?

Environ les trois quarts des Canadiens sont exposés à un ou plusieurs événements au cours de leur vie qui pourraient causer des traumatismes psychologiques¹³.

Une étude basée sur des données représentatives de la population nationale recueillies en 2002, fondées sur des symptômes autodéclarés, indique que la prévalence de TSPT au cours de la vie au Canada était de 9,2 % et que la prévalence actuelle (au cours du dernier mois) était de 2,4 %¹³.

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale, qui est représentative de la population nationale dans laquelle on a demandé aux participants s'ils avaient actuellement un diagnostic de TSPT, a indiqué des taux de prévalence de 1,0 % en 2002 et de 1,7 % en 2012. Au fil du temps, une augmentation a été observée chez les femmes - 1,2% en 2002 et 2,4% en 2012. Les taux chez les hommes sont restés stables au fil du temps¹⁴.

L'ASPC a effectué une revue systématique de la prévalence du TSPT dans les études canadiennes et a constaté que les données sur le TSPT sont limitées et que des statistiques à jour sont nécessaires. Les taux déclarés de TSPT peuvent varier d'une enquête à l'autre parce que les questions sur le TSPT sont posées de différentes façons. La fenêtre temporelle de questions peut être plus courte (p. ex., le dernier mois) ou plus longue (p. ex., au cours de la vie), et des fenêtres temporelles plus longues entraînent des taux plus élevés. Certains questionnaires recueillent des données fondées sur des symptômes du TSPT, tandis que d'autres demandent si une personne a reçu un diagnostic de TSPT¹⁵.



De nombreuses personnes atteintes du TSPT ne se feront pas traiter en raison de la stigmatisation, du manque de sensibilisation ou d'autres obstacles. De plus, les personnes peuvent hésiter à partager des renseignements détaillés sur la santé mentale. Par conséquent, les questions au sujet d'un diagnostic de TSPT peuvent mener à des estimations différentes de celles qui sont fondées sur des évaluations des symptômes, et les deux méthodes sous-estiment probablement la prévalence réelle.

Le sexe, le genre et d'autres facteurs peuvent influencer le risque et la vulnérabilité, l'accès aux services de santé et les conséquences socioéconomiques à divers moments du cycle de vie. Ces nombreux facteurs s'entrecroisent et peuvent créer des défis uniques qui compliquent encore davantage les évaluations du TSPT et nécessitent des recherches supplémentaires.

Vous trouverez ci-dessous des données, des données probantes et des éléments à prendre en considération pour des populations particulières au Canada qui présentent un risque accru de développer un TSPT. Cette information ne vise pas à exclure un groupe professionnel ou une population. Les recherches et les données probantes sur le TSPT continuent d'évoluer et il est possible que d'autres groupes ou professions présentent aussi un risque élevé.

Le TSPT chez les hommes et les femmes

- ▶ Le TSPT semble deux fois plus fréquent chez les femmes que chez les hommes¹⁶.
- ▶ Les symptômes de TSPT se présentent différemment chez les hommes et les femmes^{17,18}:
 - ▶ Les femmes sont plus susceptibles de déclarer des symptômes d'anesthésie émotionnelle et d'évitement, ainsi que des troubles de l'humeur et anxieux concomitants.
 - ▶ Les hommes sont plus susceptibles de déclarer des symptômes d'irritabilité et d'impulsivité, ainsi que des troubles concomitants liés à la toxicomanie.
- ▶ La répartition inégale des hommes et des femmes dans certaines professions pose des difficultés de recherche. Par exemple, plus de 90 % du personnel infirmier canadien est constitué de femmes^{19 20} et plus de 95 % des pompiers canadiens sont des hommes²¹.

*Des informations sur d'autres identités de genre et expression de genre sont fournies à l'**annexe B**.

Militaires actifs des Forces armées canadiennes et anciens combattants

Militaires actifs des Forces armées canadiennes

Il existe deux grandes catégories de membres des Forces armées canadiennes (FAC) : 1) les membres de la Force régulière des FAC, qui s'engagent à temps plein et qui ont souvent consacré leur carrière au service militaire; et 2) les membres de la Force de réserve qui travaillent généralement à temps partiel en plus de poursuivre leur carrière ou leurs études régulières. Les deux types de membres peuvent être inscrits dans la Marine, l'Armée ou l'Aviation.



Le TSPT attribuable au service militaire peut découler de l'exposition à des événements traumatisants vécus pendant l'entraînement, du combat lié au déploiement, des opérations de maintien de la paix et des opérations humanitaires, ou être occasionné par un traumatisme non lié au déploiement (p. ex., la police militaire)²². Les taux de TSPT chez les militaires actifs et les anciens combattants augmentent proportionnellement à leur exposition à des événements traumatisants et troublants, comme une participation à des rôles de combat et des événements qui transgressent des normes morales et éthiques profondément ancrées. (Voir l'encadré sur le concept de blessure morale.)²³ Chez le personnel militaire actif et les anciens combattants, l'exposition à des facteurs potentiellement traumatisants autres que militaires, comme des expériences négatives durant l'enfance, est également considérée comme un facteur de vulnérabilité pour le TSPT plus tard dans la vie²⁴.

Qu'est-ce qu'une blessure morale?

Les blessures morales sont un concept en évolution dont les spécialistes continuent de discuter. Il s'agit habituellement d'un type de traumatisme psychologique qui se caractérise par de la culpabilité, de la honte et une crise spirituelle intense. Elle peut découler d'une violation importante de croyances morales, de normes éthiques ou de croyances spirituelles profondément ancrées, d'une trahison importante ou du fait d'avoir été témoin d'atrocités commises par des personnes de confiance. La blessure morale a également été décrite comme une atteinte à l'identité, au cœur de l'être, à l'esprit et à l'estime de soi qui entraîne des relations brisées⁶.

Les Forces armées canadiennes (FAC) disposent d'estimations fiables des troubles mentaux chez les membres actifs des FAC; ces estimations sont fondées

sur une collaboration avec Statistique Canada et sur d'autres études connexes. Selon un rapport de 2014, le nombre de membres actifs des Forces régulières des FAC qui ont déclaré des symptômes de TSPT a presque doublé entre 2002 et 2013 (passant de 2,8 % à 5,3 %)²⁵. En 2013, 16,5 % des membres actifs des FAC présentaient des signes d'un ou de plusieurs de six troubles mentaux, comme la dépression profonde (DP), le TSPT et le trouble anxieux généralisé (TAG). Les événements traumatisants vécus pendant le déploiement peuvent être associés à un risque plus élevé de troubles mentaux et de suicide²⁶.

Anciens combattants des Forces armées canadiennes (vétérans des FAC)

Anciens Combattants Canada (ACC) dispose d'estimations fiables de la prévalence des diagnostics autodéclarés de TSPT chez les anciens combattants, fondées sur une collaboration avec Statistique Canada. La prévalence de TSPT chez les Anciens combattants de la Force régulière libérés entre 1998 et 2012 et interrogés en 2013 était de 13,1 %. Le taux était beaucoup plus élevé que celui de l'ensemble de la population même une fois que l'âge et le sexe ont été pris en compte²⁷. La prévalence de TSPT autodéclaré chez les anciens combattants de la Force de réserve affectés à des tâches opérationnelles dans la Force régulière était de 7,5 %, ce qui était également plus élevé que dans la population générale. Des résultats semblables ont été observés chez les anciens combattants de la Force régulière libérés entre 1998 et 2015 et interrogés en 2016; au sein de ce groupe, 16,4 % ont déclaré le TSPT²⁸. Dans les études internationales, le TSPT est généralement plus élevé chez les anciens combattants que chez les membres actifs en service²³. Cela peut refléter en partie le stress que subissent les anciens combattants lorsqu'ils quittent l'armée et font la transition vers la vie civile ou les différences dans les méthodes d'enquête²⁷.



Personnel de la sécurité publique

Le personnel de la sécurité publique comprend le personnel de première ligne qui assure la sécurité des Canadiens dans toutes les administrations, comme les policiers, les pompiers (professionnels et bénévoles), les ambulanciers paramédicaux, les agents des services correctionnels, le personnel des services frontaliers, les agents du renseignement opérationnel, le personnel de recherche et de sauvetage, les gestionnaires autochtones des mesures d'urgence et le personnel des communications en sécurité publique (p. ex., le personnel du centre d'appels d'urgence, les répartiteurs). Compte tenu de la vaste gamme de professions dans le milieu de la sécurité publique, il importe de reconnaître leurs contextes et considérations distincts liés aux expériences de traumatisme.

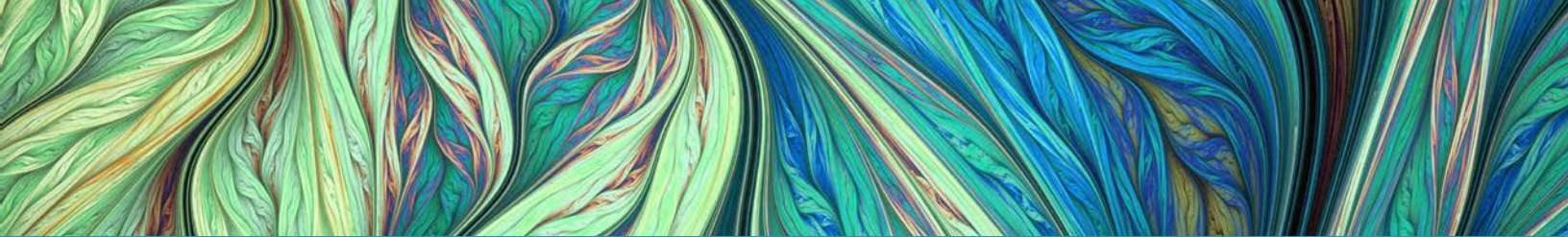
Le personnel de la sécurité publique peut courir un risque accru de TSPT parce que leur travail les expose régulièrement à une gamme d'événements traumatisants²⁹. Ils répondent à la criminalité, aux accidents et aux catastrophes et peuvent être témoins de blessures graves ou en subir, de menaces à la vie ou d'un décès, et être exposés à long terme à des communications ou du matériel dérangeant. Les sentiments de culpabilité et de honte peuvent également contribuer à l'apparition des symptômes de TSPT, en particulier dans les situations où les membres du personnel de la sécurité publique n'ont pas pu aider la victime, se sont identifiés à elle ou ont été dépassés par l'événement³⁰.

Dans une étude menée en 2016 et 2017, 44,5 % des membres du personnel participant de la sécurité publique ont signalé des symptômes cliniquement significatifs correspondant à un ou plusieurs troubles mentaux. Environ 23,2 % ont présenté des symptômes de TSPT³¹.

Fournisseurs de soins de santé

Le personnel infirmier, les médecins, les psychologues, les travailleurs sociaux et d'autres fournisseurs de soins de santé sont témoins de traumatismes, de douleurs, de souffrances et/ou de décès sur une base régulière dans le cadre de leur travail qui consiste à s'occuper de la santé des personnes, des familles et des collectivités³². Les recherches sur le TSPT chez les fournisseurs de soins de santé au Canada sont limitées; toutefois, les études disponibles révèlent que les taux de TSPT chez les fournisseurs de soins de santé sont plus élevés que dans l'ensemble de la population³³. Par exemple, un rapport publié en 2015 par le Manitoba Nurses Union indiquait qu'une infirmière sur quatre déclarait des symptômes de TSPT. Le même document indique que 43 % des nouvelles infirmières éprouvent un niveau élevé de détresse psychologique en raison de leur travail^{19,20}.

Les fournisseurs de soins de santé peuvent également être appelés à prendre soin de personnes qui leur rappellent leurs proches, ce qui peut leur faire ressentir de la culpabilité et de la honte s'ils ne sont pas en mesure d'aider^{19,34}. Ils peuvent subir de la fatigue de compassion ou de l'épuisement à des taux plus élevés lorsqu'ils prennent soin de personnes qui souffrent, qu'ils font preuve d'empathie à leur égard et qu'ils s'investissent émotionnellement dans celles-ci³⁵. De plus, la violence envers les fournisseurs de soins de santé, comme le personnel infirmier, constitue une préoccupation sérieuse et joue probablement un rôle dans le développement du TSPT^{19,20,36}.



Autres professions

D'autres rôles ou professions courent également un risque accru de manifester le TSPT. À titre d'exemple :

- ▶ Les jurés peuvent subir un traumatisme vicariant en raison de l'exposition à un contenu traumatisant dans le contexte de procès liés à des crimes violents³⁷.
- ▶ Les journalistes sont exposés à des événements potentiellement traumatisants lorsqu'ils arrivent tôt sur les lieux et/ou rapportent les circonstances de l'événement. Les journalistes (en particulier les correspondants de guerre) peuvent aussi faire face à un risque accru de tort physique personnel³⁸.

Autochtones qui occupent des emplois au niveau de stress élevé et autres considérations^b

Les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis qui occupent des emplois très stressants (comme le personnel de la sécurité publique et les fournisseurs de soins de santé) font face à des défis uniques.

Ces travailleurs de première ligne^c font partie intégrante des communautés autochtones. Par conséquent, les collectivités ont souvent des attentes élevées à l'égard de ces travailleurs. Il peut en conséquence être difficile pour les travailleurs de première ligne d'établir et de maintenir des limites personnelles et professionnelles. Dans certains cas, ils peuvent être les seuls à offrir un service spécialisé dans leur collectivité et ils peuvent devoir

intervenir à titre professionnel lors de traumatismes et d'incidents critiques impliquant des membres de la famille ou des amis. Ils peuvent également assumer de multiples rôles au sein de leur collectivité (p. ex., à titre de travailleur de première ligne et de décideur ou de leader qui détermine la façon d'intervenir sur le plan organisationnel ou politique en cas de crise familiale ou communautaire)³⁹. Par conséquent, ils peuvent subir de multiples répercussions d'un seul traumatisme qui peuvent entraîner des sentiments d'impuissance, d'anesthésie émotionnelle, d'évitement et de diminution de l'empathie³².

De plus, les travailleurs de première ligne des Premières Nations, des Inuits et des Métis servent souvent des collectivités où les taux de pauvreté, de problèmes de santé mentale, de criminalité ou de victimisation sont plus élevés⁴⁰. Parmi les autres défis auxquels ils peuvent être confrontés, mentionnons le manque de ressources et les infrastructures humaines et organisationnelles qui manquent de soutien. Ces difficultés peuvent aggraver leurs propres traumatismes et les exposer à un risque accru de souffrir de problèmes de santé mentale, y compris le TSPT⁴¹. Le manque de ressources et d'infrastructure signifie également qu'il y a souvent peu de soutien pour aider les travailleurs de première ligne à composer avec l'impact cumulatif du stress et des traumatismes, ce qui peut avoir des effets négatifs à long terme sur la santé mentale et le bien-être⁴². Tous ces facteurs sont amplifiés pour les travailleurs des collectivités éloignées, qui peuvent aussi être confrontés à de l'isolement et à des conditions environnementales extrêmes⁴¹.

^b Document d'orientation sur le TSPT du First Peoples Wellness Circle : https://11d19480-8ac9-4dee-a0f8-02f67b6947c6.filesusr.com/ugd/0265ae_ec211634a1b04691aadf6ae72ab7dc1b.pdf

^c Aux fins de cette section, les travailleurs de première ligne comprennent le personnel de la sécurité publique, les fournisseurs de services de santé et de services sociaux, y compris les fournisseurs de soins et de soutien en santé mentale.



Les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis qui occupent des emplois très stressants à l'extérieur des collectivités autochtones (p. ex. dans un centre urbain comme Toronto ou pendant le service au sein des Forces armées canadiennes) peuvent aussi avoir leurs propres antécédents de traumatisme, ce qui peut accroître leur risque de développer des problèmes de santé mentale, y compris le TSPT⁴³.

Enfin, les travailleurs de première ligne non autochtones au service des collectivités autochtones peuvent aussi faire face à des défis. Par exemple, de nombreuses collectivités autochtones emploient ou reçoivent des services de soins infirmiers de la part de personnel infirmier non autochtone. Ces membres du personnel infirmier peuvent se trouver mal outillés pour gérer les niveaux de traumatisme avec la rareté des ressources humaines et pratiques à leur disposition, ce qui peut affecter leur bien-être et leur santé mentale⁴⁴.

Facteurs uniques qui ont des répercussions sur le TSPT chez les peuples autochtones

Les traumatismes historiques et actuels chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis sont importants et bien documentés par des initiatives comme : la [Commission de vérité et de réconciliation](#) et l'[Enquête sur les femmes et filles autochtones disparues et assassinées](#)^{45,46}. Les politiques antérieures en matière de colonisation ont entraîné des traumatismes intergénérationnels, sociaux et communautaires, qui continuent d'avoir des répercussions sur la santé et le bien-être des peuples et des collectivités autochtones⁴⁷.

Les Premières Nations, les Inuits et les Métis ont des histoires, des contextes, des visions du monde et des systèmes de connaissances distincts qui doivent être pris en compte pour comprendre et traiter le TSPT au sein de ces populations, que ce soit dans un contexte professionnel ou non.

Autres populations

De nombreuses personnes présentent un risque accru de TSPT en raison d'expériences vécues à l'extérieur du milieu professionnel, comme les survivantes de violence sexuelle ou interpersonnelle, les réfugiés, les populations LGBTQ2, les Autochtones, les personnes en situation d'itinérance, ainsi que les survivantes d'accidents ou de catastrophes majeurs. Chacune de ces populations fait face à un ensemble unique de circonstances, d'éléments complexes et de défis qui ont des répercussions sur le diagnostic, le traitement et la gestion du TSPT. **L'annexe B** donne un aperçu de haut niveau du TSPT découlant d'expériences extérieures au milieu de travail.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS ORGANISATIONNELS

Pour lutter contre le TSPT au Canada, nous avons besoin des connaissances, de l'expertise et de la participation d'organisations provenant de multiples secteurs et disciplines. Il s'agit notamment des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des administrations régionales et locales, du milieu de la recherche et du milieu universitaire, des organismes de santé pancanadiens, des organismes non gouvernementaux, des employeurs et des organismes communautaires.

En plus de ces organisations, les fournisseurs de soins de santé jouent un rôle clé dans le diagnostic, le traitement et la gestion du TSPT. Les expériences et l'expertise des personnes ayant une expérience vécue – les personnes qui vivent avec le TSPT et leurs familles et pairs – orientent nos efforts et nous obligent à agir.

La présente section décrit certains des rôles et responsabilités actuels des gouvernements, des employeurs et d'autres intervenants.



Gouvernement du Canada

Le gouvernement du Canada favorise les liens, fournit de l'information, appuie la recherche et l'innovation, et entreprend des activités visant à promouvoir et à protéger la santé physique et mentale des Canadiens. Le gouvernement du Canada est un chef de file, un partenaire, un bailleur de fonds et un rassembleur en ce qui concerne les questions importantes pour les Canadiens, y compris le TSPT.

Le gouvernement du Canada fournit ou finance certains services de soins de santé directs (y compris des services de santé mentale) à des groupes de compétence fédérale. Ces groupes comprennent les membres actifs des FAC, les Premières Nations vivant dans les réserves, les Inuits vivant dans le nord et les détenus fédéraux.

Le gouvernement fédéral finance et administre également des prestations supplémentaires et des prestations de soins de santé au travail (incluant la couverture pour les services de santé mentale) pour les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), les vétérans, les membres des Premières Nations et les Inuits, ainsi que les réfugiés, les demandeurs d'asile et certains ressortissants étrangers vulnérables. De nombreuses personnes de ces populations sont plus à risque de développer le TSPT.

Le gouvernement fédéral est aussi le plus grand employeur au Canada et a établi des priorités en matière de santé mentale au travail en adoptant des procédures et des mesures, ainsi qu'en faisant la promotion d'initiatives qui favorisent la santé mentale positive en milieu de travail.

Gouvernements provinciaux et territoriaux

Les gouvernements provinciaux et territoriaux offrent du leadership, une orientation stratégique et des programmes qui appuient la santé de leurs résidents et la prestation des services relevant de leur compétence. Cela comprend les soins de santé et les autres services sociaux, y compris les mesures de soutien en santé mentale, comme les services hospitaliers, l'intervention en cas de crise, le traitement et le suivi. Les provinces et les territoires ont également des commissions des accidents du travail, qui ont des responsabilités liées à la santé et au travail.

Toutes les provinces et tous les territoires ont des stratégies en santé mentale qui mettent l'accent sur les approches en amont (p. ex., la promotion de la santé mentale positive, la résilience et le bien-être tout au long de la vie), les services de santé mentale, la réduction de la stigmatisation et le traitement. Ces stratégies reconnaissent les répercussions des traumatismes (y compris les traumatismes intergénérationnels et historiques) sur la santé mentale et comme facteur de risque les méfaits liés à la consommation de substances et de suicide.

La plupart des provinces et des territoires ont reconnu les répercussions que certaines professions peuvent avoir sur la santé mentale d'une personne et ont mis en œuvre des lois présomptives correspondantes sur les demandes d'indemnisation des travailleurs. (Voir l'encadré.) L'intention est de permettre une intervention précoce, ce qui devrait aider à atténuer l'aggravation ou la récurrence de problèmes de santé mentale comme le TSPT.



Législation présomptive

Une loi présomptive facilite l'indemnisation des accidents du travail en supposant, en l'absence de preuve contraire, que la blessure ou la maladie est liée au travail. Les lois présomptives peuvent se limiter au TSPT et à un groupe restreint de professions (p. ex., police, pompier, ambulancier paramédical) ou peuvent s'appliquer de façon plus générale aux maladies mentales au-delà du TSPT et à une plus vaste gamme de professions, ou encore à toutes les professions.

Employeurs

Tous les employeurs, y compris les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les administrations municipales, ainsi que les organisations non gouvernementales et les entreprises du secteur privé, ont la responsabilité d'assurer la santé et la sécurité de leurs employés. Les employeurs doivent réfléchir à l'avance et agir de façon proactive pour minimiser les blessures psychologiques, assurer une protection contre celles-ci et promouvoir le bien-être psychologique. Dans la mesure du possible, ces efforts devraient être fondés sur des recherches évaluées par les pairs et sur les pratiques exemplaires accessibles, comme l'ont indiqué les scientifiques praticiens possédant l'expertise et l'expérience appropriées en santé mentale.

Dans les professions où le risque de développer le TSPT est plus élevé, certains employeurs ont mis en œuvre des initiatives particulières en santé mentale. Les FAC ont élaboré le programme de formation [En route vers la préparation mentale](#) (RVPM) pour promouvoir la sensibilisation précoce à la détresse, encourager la recherche de soins, normaliser les problèmes de santé mentale et fournir des compétences fondées sur des données

probantes pour gérer les demandes de services et la vie quotidienne. Les FAC ont récemment adapté la plus récente version du programme RVPM afin de créer une édition adaptée au personnel de la sécurité publique. Cette formation est offerte partout au Canada grâce aux efforts de collaboration de Sécurité publique Canada, des FAC et de l'Institut canadien de recherche et de traitement en matière de sécurité publique (ICRTSP).

De nombreux milieux de travail (y compris le gouvernement fédéral) ont mis en place des programmes d'aide aux employés (PAE) pour assister les employés ayant des problèmes personnels ou des problèmes liés au travail qui peuvent avoir des répercussions sur leur rendement au travail, leur santé physique ou mentale et leur bien-être émotionnel. Les PAE offrent habituellement des évaluations gratuites et confidentielles, des services de counseling à court terme, d'orientation et de suivi aux employés et à leur famille.

Groupes d'intervenants et groupes communautaires

Au Canada, de multiples intervenants et collectivités se mobilisent pour relever les défis du TSPT et des problèmes de santé mentale connexes. Ces organismes d'intervenants (souvent dirigés par des personnes ayant une expérience vécue) exercent leurs activités à l'échelle nationale et régionale. Ils peuvent fournir des services et du soutien par les pairs, ainsi que du leadership et de l'expertise pour renforcer la recherche, l'innovation, l'échange de connaissances et la sensibilisation, et pour élaborer des outils et des ressources à l'intention des Canadiens, des employeurs et des fournisseurs de soins de santé. De nombreux organismes d'intervenants collaborent étroitement avec les gouvernements pour orienter les politiques et défendre les intérêts des personnes aux prises avec le TSPT.



CONTRIBUTION AU CADRE

La mise en œuvre de la *Loi sur le cadre fédéral relatif à l'état de stress post-traumatique* et du *Cadre fédéral sur le TSPT* qui en a résulté a été coordonnée par l'ASPC en collaboration avec de nombreux partenaires et intervenants.

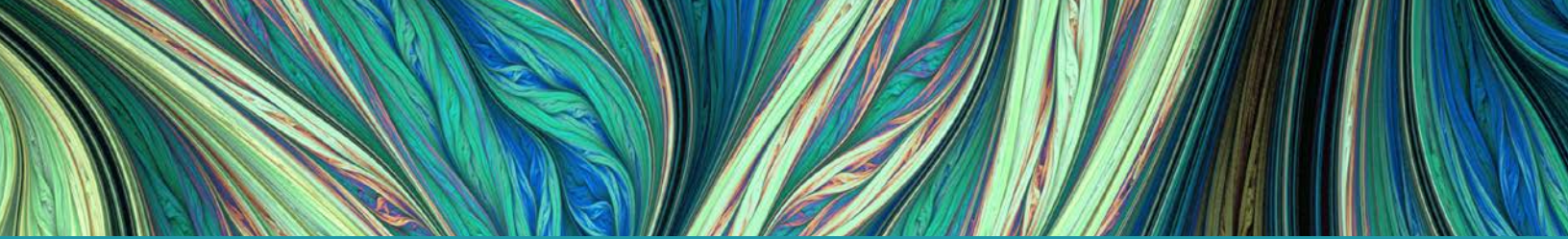
L'ASPC a mobilisé plus de quinze ministères fédéraux pour favoriser l'établissement de liens et le partage d'initiatives liées au TSPT et à d'autres problèmes de santé mentale liés aux professions. L'ASPC a également consulté des groupes d'intervenants visés par la Loi et d'autres spécialistes du domaine du TPST et de la santé mentale.

En octobre 2018, une première consultation des intervenants a eu lieu en marge du Forum de l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans (ICRSMV). Des membres du Comité directeur de la sécurité publique de l'ICRTSP, des membres du Comité consultatif technique de l'ICRSMV et des ministères fédéraux clés ont participé à cette consultation.

Comme le précise la Loi, en avril 2019, une Conférence nationale sur le TSPT a eu lieu à Ottawa, en Ontario. Cette conférence constituait le principal mécanisme de mobilisation visant à obtenir divers

points de vue pour l'élaboration du Cadre. La conférence a réuni 200 participants diversifiés et a favorisé la collaboration et le partage des connaissances entre les secteurs et les disciplines. Les participants comprenaient des représentants de groupes professionnels à risque élevé de TSPT, des personnes vivant avec le TSPT et leurs réseaux de soutien, des chercheurs/universitaires, des fournisseurs de soins de santé, des représentants de populations à risque élevé de TSPT, des groupes autochtones, des représentants des gouvernements fédéral et provinciaux, des représentants des commissions des accidents du travail et des organismes de santé pancanadiens.

Pour veiller à ce que le contexte et les considérations autochtones soient bien reflétés dans le Cadre, l'ASPC a continué de mobiliser les organisations autochtones par l'entremise d'un groupe de référence des Premières Nations sur le TSPT, du Comité sur la santé de la Nation métisse et du Comité national inuit sur la santé.



Thèmes clés de la Conférence nationale sur le TSPT

- ▶ **Les prestations pour soins de santé et l'accès aux soins et aux ressources varient à l'échelle du pays et entre différents groupes professionnels** – Certains groupes professionnels ont accès à une variété d'outils et de services éducatifs, mais d'autres ont de la difficulté à recevoir des soutiens de base. Ces disparités étaient particulièrement importantes pour les personnes qui vivent dans des collectivités rurales et éloignées, ainsi que pour celles qui occupent des postes de bénévoles et dans certaines professions médicales, comme le personnel infirmier. Par exemple, une infirmière qui vit en région éloignée peut avoir un parcours de traitement très différent de celui d'une infirmière qui vit dans un centre urbain; les pompiers volontaires peuvent ne pas être admissibles aux mêmes prestations de santé que leurs homologues rémunérés; et les services et avantages offerts aux services de police municipaux ne sont peut-être pas semblables à ceux qui sont offerts par le gouvernement fédéral à la GRC.
- ▶ **Il faut atteindre la parité entre la santé physique et la santé mentale** – Il existe une connaissance générale du TSPT, mais la stigmatisation demeure un obstacle continu aux soins et aux traitements. Les participants ont indiqué que certaines personnes craignent qu'une demande d'aide nuise à leur carrière. D'autres ont mentionné que même si des politiques en milieu de travail peuvent être en place pour soutenir les personnes ayant le TSPT, les cultures professionnelles de longue date et le leadership organisationnel continuent de renforcer la perception selon laquelle les problèmes de santé mentale comme le TSPT sont un signe de faiblesse. Les participants ont également souligné l'importance de poursuivre la recherche, notamment dans le domaine de l'identification des marqueurs biologiques du TSPT.
- ▶ **Il existe un certain nombre de ressources, mais il faut trouver des façons globales de partager les pratiques exemplaires fondées sur des données probantes** – Les participants ont indiqué que la quantité d'information sur le TSPT peut être accablante et qu'il peut y avoir des occasions d'utiliser ou de tirer parti des initiatives fructueuses; toutefois, il peut être extrêmement difficile de savoir ce qui est vraiment utile pour aider les personnes atteintes du TSPT dans leur rétablissement. Les participants ont exprimé le besoin de ressources normalisées fondées sur des données probantes qui peuvent être adaptées (p. ex., en fonction de la collectivité, de la culture, du sexe ou du genre). Les participants autochtones ont exprimé le besoin d'études qui font intervenir des personnes d'ascendance autochtone et qui utilisent des méthodologies adaptées à la culture. Les participants ont également souligné le besoin d'un langage et d'une terminologie uniformes concernant le TSPT.
- ▶ **Le TSPT a des répercussions au-delà de la personne. Il faut tenir compte de la façon dont les familles, les enfants et les réseaux de soutien de la personne diagnostiquée sont touchés** – Les participants ont dit à plusieurs occasions que les conjoints, les enfants, les membres de la famille et d'autres réseaux de soutien des personnes qui souffrent du TSPT sont grandement touchés par le TSPT d'un être cher. Les personnes qui font partie du cercle social immédiat d'une personne ayant le TSPT peuvent constituer des atouts importants en cours de rétablissement; toutefois, elles auront également besoin de soutiens efficaces pour mieux aider la personne atteinte du TSPT, ainsi que pour maintenir leur propre santé mentale et leur bien-être.
- ▶ **Il faut disposer de données de qualité en temps opportun, ainsi que de données qualitatives et de renseignements provenant de personnes ayant une expérience vécue pour éclairer les politiques et les programmes** – Les participants et les spécialistes ont convenu que les données actuelles sur le TSPT comportent des lacunes importantes et sont parfois désuètes. Ils ont commenté le pouvoir de partager des histoires personnelles pour aider les personnes qui sont en difficulté et pour éclairer les politiques et les programmes. Les participants ont également souligné l'importance de partager des histoires personnelles de façon sécuritaire et sensible.
- ▶ **Il est nécessaire d'améliorer la capacité organisationnelle d'intervenir auprès des employés qui risquent le plus de développer le TSPT et de les soutenir** – Des initiatives d'intervention plus proactives et précoces sont nécessaires pour aider les employés à reconnaître les symptômes du TSPT, à obtenir un traitement au besoin et à renforcer leurs réseaux de soutien et leur résilience (notamment par le soutien par les pairs, les stratégies de retour au travail et la formation qui favorise une saine adaptation). Enfin, les participants ont souligné l'importance des approches qui tiennent compte des traumatismes comme moyen de réduire la stigmatisation, d'appuyer les employés et de transformer la culture organisationnelle afin que tous les employés soient conscients des traumatismes et soient en mesure de les intégrer dans la pratique.



PARTIE II

LE CADRE FÉDÉRAL RELATIF AU TSPT



LE CADRE : VUE D'ENSEMBLE

PORTÉE

Le Cadre fédéral porte principalement sur le TSPT lié aux professions. Le Cadre reconnaît également les personnes touchées par le TSPT non lié à des activités professionnelles et l'application générale sera considérée dans la mise en œuvre des mesures fédérales.

OBJECTIF

Renforcer la création et l'échange de connaissances et la collaboration à l'échelle du gouvernement fédéral, ainsi qu'avec les partenaires et les intervenants, afin d'éclairer des mesures, des programmes et des politiques de santé publique pratiques et fondés sur des données probantes, de réduire la stigmatisation et d'améliorer la reconnaissance des symptômes et des répercussions du TSPT.

VISION

Un Canada où les personnes vivant avec le TSPT, leurs proches et les personnes à risque de développer le TSPT sont reconnus et soutenus tout au long de leur cheminement vers la guérison, la résilience et la prospérité.

PRINCIPES DIRECTEURS

- ▶ Compléter les initiatives actuelles et tirer parti des partenariats.
- ▶ Promouvoir des approches compatissantes, sans jugement et fondées sur les forces.
- ▶ Fonder les initiatives sur la preuve de ce qui fonctionne ou de ce qui semble prometteur.
- ▶ Comprendre l'équité, la diversité et l'inclusion et y réagir.
- ▶ Appliquer une approche axée sur la santé publique.

DOMAINES PRIORITAIRES

MESURES FÉDÉRALES

DONNÉES ET SUIVI

- ▶ Explorer des stratégies permettant d'appuyer des activités de surveillance à l'échelle nationale et examiner la faisabilité d'utiliser les données administratives sur la santé et le jumelage amélioré des données pour identifier les cas de TSPT et présenter les taux.
- ▶ Continuer d'appuyer la collecte de données sur le TSPT.

LIGNES DIRECTRICES ET PRATIQUES EXEMPLAIRES

- ▶ Collaborer avec les partenaires et mobiliser des experts afin de rassembler les lignes directrices existantes sur le TSPT, et de cerner les lacunes possibles.
- ▶ Continuer d'appuyer la recherche afin de combler les lacunes en matière de renseignements sur le TSPT, de formuler des conseils efficaces à l'intention des fournisseurs de soins de santé et de promouvoir la prise de décisions fondée sur des données probantes.

MATÉRIEL DIDACTIQUE

- ▶ Collaborer avec les partenaires et mobiliser les fournisseurs de soins de santé afin de recenser le matériel didactique actuel sur le TSPT, de comprendre les lacunes en matière de formation, et d'obtenir des conseils sur les pratiques exemplaires en matière de diffusion, d'adaptation et d'utilisation du matériel didactique.

RENFORCER LA COLLABORATION

- ▶ Collaborer avec les partenaires et les intervenants afin de déterminer les meilleurs mécanismes pour accroître la collaboration entre les principaux ministères, partenaires et intervenants, ainsi que pour assurer la mise en commun continue des renseignements, y compris l'adoption d'une terminologie, de définitions et d'un langage sécuritaire qui soient uniformes et adaptés sur le plan culturel en ce qui concerne le TSPT et les traumatismes.



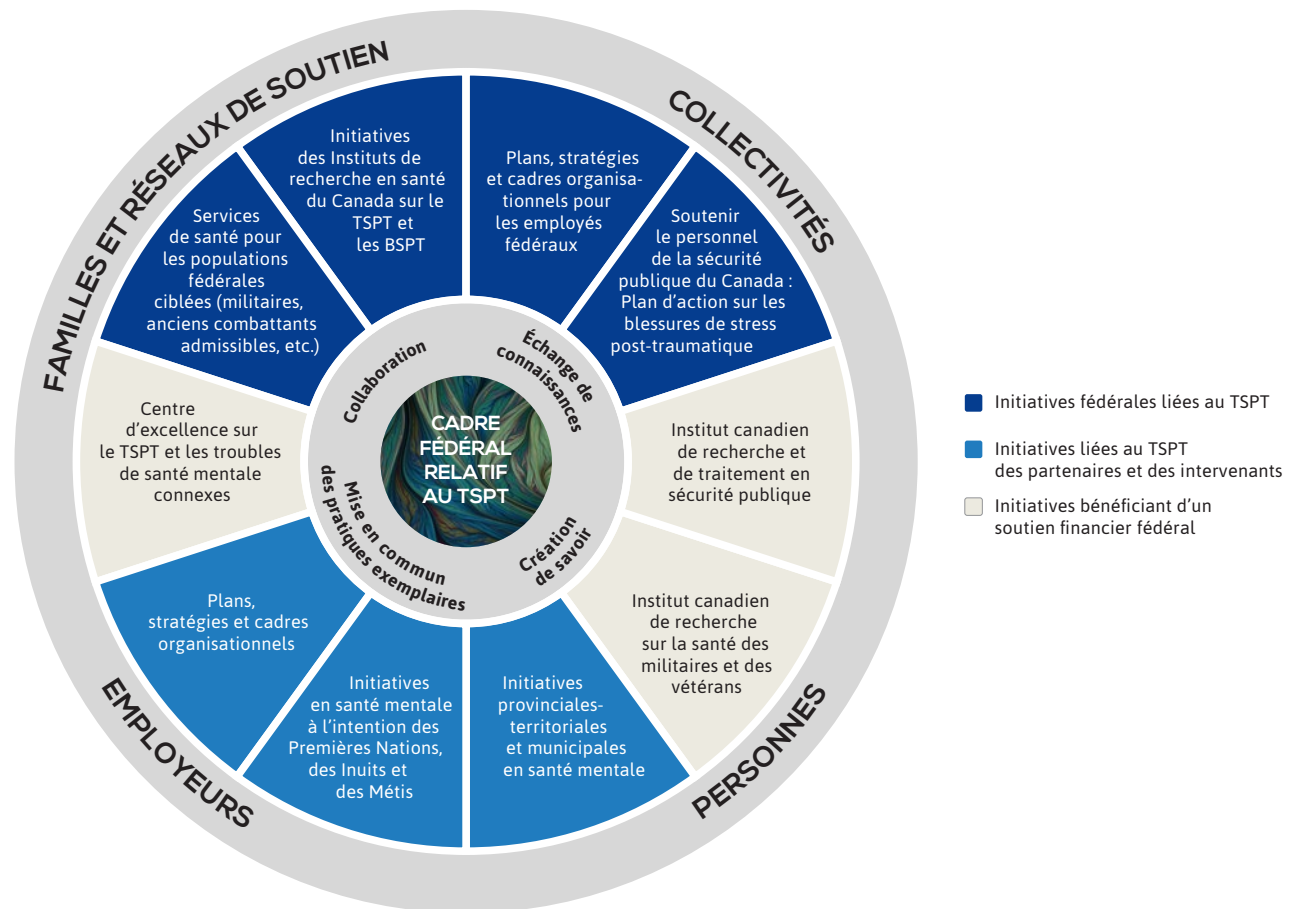
PORTÉE ET OBJET DU CADRE

Le Cadre fédéral relatif au TSPT établit la vision, les principes directeurs et les mesures du gouvernement du Canada concernant le TSPT lié aux professions, en ce qui a trait aux trois domaines prioritaires prévus par la Loi.

L'objectif du Cadre est de renforcer la création et l'échange de connaissances et la collaboration à l'échelle du gouvernement fédéral, ainsi qu'avec les partenaires et les intervenants, afin d'éclairer

des mesures, des programmes et des politiques de santé publique pratiques et fondés sur des données probantes, de réduire la stigmatisation et d'améliorer la reconnaissance des symptômes et des répercussions du TSPT.

L'annexe C énumère les initiatives portant sur le TSPT en cours au Canada, y compris les initiatives fédérales visant à soutenir les populations à risque élevé. Le graphique qui suit illustre comment les diverses initiatives en cours peuvent être reliées au Cadre pour aider les personnes touchées par le TSPT.





VISION

Un Canada où les personnes vivant avec le TSPT, leurs proches et les personnes à risque de développer le TSPT sont reconnus et soutenus tout au long de leur cheminement vers la guérison, la résilience et la prospérité.

PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes suivants visent à orienter les mesures décrites dans le Cadre, ainsi que les autres efforts déployés par le gouvernement du Canada pour remédier au TSPT.

- ▶ **Compléter les initiatives actuelles et tirer parti des partenariats.** Améliorer la coordination, la collaboration et les liens à l'échelle du gouvernement et entre les organisations non gouvernementales, les organisations et les collectivités autochtones, le secteur privé, les provinces et les territoires, les organismes de recherche, les collectivités, les praticiens et les personnes ayant une expérience vécue.
- ▶ **Adopter des approches compatissantes, sans jugement, fondées sur les forces et tenant compte des traumatismes.** Mobiliser les personnes qui ont vécu le TSPT. Être conscient de la façon dont la stigmatisation, la discrimination et le racisme augmentent les risques et créent des obstacles au traitement. Appliquer des approches tenant compte des traumatismes : comprendre l'effet des traumatismes; créer des environnements sécuritaires sur les plans émotionnel, culturel et physique; favoriser les possibilités de choix, de contrôle et de collaboration; fournir une approche fondée sur les forces pour soutenir l'adaptation et la résilience.
- ▶ **Fonder les initiatives sur la preuve de ce qui fonctionne ou de ce qui semble prometteur.** Reconnaître l'importance de la recherche pour produire des données probantes et des connaissances sur le TSPT. Veiller à ce que des renseignements de grande qualité soient disponibles et appliquer les résultats de la recherche aux interventions, aux traitements, aux politiques, aux programmes et à la formation nouveaux et existants à l'échelle du Canada.
- ▶ **Comprendre l'équité, la diversité et l'inclusion et y réagir.** Veiller à ce que les approches en matière d'éducation, de traitement et de réinsertion sociale dans la société et le milieu de travail soient souples et soient adaptées aux contextes et aux réalités professionnels. Tenir compte de la culture, y compris les cultures autochtones, la communauté, le sexe, le genre et d'autres facteurs identitaires, comme la race et l'ethnicité. Adopter des approches sécuritaires sur le plan culturel qui permettent aux gens de puiser dans leur identité, leur culture, leur spiritualité et leur collectivité dans un environnement exempt de racisme et de discrimination.
- ▶ **Appliquer une approche axée sur la santé publique.** Le TSPT est un problème de santé publique. Mettre l'accent sur la population ou la collectivité et sur des facteurs de protection comme le bien-être mental, la cohésion sociale, les programmes et services culturellement adaptés et sécuritaires (en particulier au niveau communautaire) pour créer des environnements sécuritaires et sains, de la résilience et des compétences d'adaptation.



DOMAINES PRIORITAIRES

La Loi sur le cadre fédéral relatif à l'état de stress post-traumatique décrit trois domaines prioritaires à aborder dans le Cadre. Ces domaines ont servi de base aux consultations avec les partenaires et les intervenants et ont fait l'objet de discussions approfondies lors de la Conférence nationale sur le TSPT.

À la suite de consultations, un autre domaine prioritaire a été ajouté afin de mettre l'accent sur le renforcement de la collaboration et des liens entre les partenaires et les intervenants.

La présente section donne un aperçu de ces domaines prioritaires et de leurs vecteurs, des considérations et des mesures fédérales nécessaires pour les faire progresser.

DOMAINE PRIORITAIRE 1

Amélioration du suivi du taux et des coûts économiques et sociaux liés au TSPT

Les données sur le TSPT au Canada sont limitées. Pour mieux éclairer les politiques et les programmes et améliorer notre compréhension du TSPT, il est nécessaire de recueillir des données, de surveiller et de mener des recherches de grande qualité, de façon continue et en temps opportun, ainsi que de recueillir les perspectives de personnes ayant une expérience vécue. Des données représentatives à l'échelle nationale permettent de déterminer combien de Canadiens vivent avec le TSPT et les facteurs de risque connexes. La collecte régulière de données permet également de mesurer les tendances au fil du temps et d'éclairer les interventions en matière de politiques et de programmes. Divers outils de collecte de données sur le TSPT sont disponibles,

mais les approches varient et ce processus fait l'objet de plus grandes entraves parce que le diagnostic de TSPT est complexe et que les fournisseurs de soins de santé ne reconnaissent peut-être pas toujours les symptômes ou ne les évaluent peut-être pas correctement. De plus, de nombreuses personnes ne se rendent pas compte qu'elles peuvent souffrir du TSPT ou elles ne se font pas soigner.

La Loi prévoit un meilleur suivi de l'incidence (nombre de nouveaux cas de TSPT au cours d'une certaine période). Cependant, les intervenants, les chercheurs et les responsables de l'élaboration des politiques ont recommandé que nous comprenions d'abord et avant tout la prévalence de TSPT (nombre de cas nouveaux et existants).

Des travaux de recherche et de collecte de données sur certaines sous-populations sont en cours, mais d'autres efforts devraient être consacrés aux données populationnelles canadiennes. Les données populationnelles établissent une estimation de la prévalence pour l'ensemble de la population qui sert de point de comparaison pour les estimations dans les sous-populations, y compris celles qui présentent un risque accru de TSPT.

La Loi exige également un meilleur suivi des coûts économiques et sociaux associés au TSPT afin que nous puissions bien comprendre les répercussions sur les personnes qui vivent avec le TSPT, leurs familles et leurs collectivités. Ces coûts peuvent comprendre ceux qui sont liés à la perte de salaire, au traitement, à la perte de productivité, aux méfaits liés à la consommation de substances ou aux problèmes de santé mentale, à l'itinérance, et ainsi de suite. Afin de produire des estimations précises des coûts économiques et sociaux, nous devons d'abord brosser un tableau plus clair de la prévalence du TSPT au Canada.



Les progrès réalisés dans la collecte de données, les perspectives sur les initiatives existantes liées aux données et une meilleure compréhension des coûts sociaux et économiques du TSPT permettront de brosser un tableau plus complet du TSPT au Canada et de mieux éclairer l'élaboration de politiques, d'outils et d'interventions.

Les données sur le TSPT au Canada sont limitées et doivent être mises à jour.

Reconnaissant l'importance des données pour comprendre le TSPT et ses répercussions, et pour éclairer les politiques et les programmes, le gouvernement du Canada :

- ▶ Explorera des stratégies permettant d'appuyer des activités de surveillance à l'échelle nationale pour mesurer le taux de TSPT et les coûts associés et examinera la faisabilité d'utiliser les données administratives sur la santé et le jumelage amélioré des données pour identifier les cas de TSPT et présenter les taux. Ce travail sera dirigé par l'ASPC en collaboration avec d'autres partenaires et intervenants.
- ▶ Continuera d'appuyer la collecte de données pour mieux comprendre le TSPT et les problèmes de santé mentale connexes, au moyen d'investissements et d'initiatives continus.

DOMAINE PRIORITAIRE 2

Promotion de l'établissement de lignes directrices et partage de pratiques exemplaires concernant le diagnostic, le traitement et la gestion du TSPT

Le diagnostic, le traitement et la gestion du TSPT sont complexes. Ce qui cause le TSPT chez une personne peut être complètement différent chez une autre. Les personnes qui présentent des symptômes de TSPT peuvent éprouver d'autres problèmes concomitants de santé mentale (p. ex. troubles anxieux ou troubles liés à l'utilisation de substances) qui peuvent nuire à la reconnaissance, au diagnostic et au traitement. D'autres facteurs comme les différences individuelles, les préférences personnelles, l'expertise des fournisseurs de soins de santé, la disponibilité des ressources et la capacité d'accéder aux ressources et aux services peuvent également avoir des répercussions sur la reconnaissance, le diagnostic et le traitement.

Il n'existe pas d'approche universelle pour traiter et gérer le TSPT. Les plans de traitement doivent être personnalisés en fonction du tableau clinique et de l'expérience personnelle de la personne et doivent tenir compte des différences culturelles, professionnelles, sexuelles et/ou fondées sur le sexe. Les déterminants sociaux de la santé pertinents, les soins adaptés aux traumatismes et les usages en matière de réinsertion sociale doivent également être au cœur de tout plan de traitement visant à assurer la sécurité physique, culturelle et émotionnelle.



Exemples de lignes directrices pour la pratique clinique sur le TSPT

- ▶ International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) : *PTSD Prevention and Treatment Guidelines: Methodology and Recommendations* (mars 2019; États-Unis)
- ▶ National Institute for Health and Care Excellence (NICE) : *Posttraumatic Stress Disorder NICE Guideline* (décembre 2018; Royaume-Uni)
- ▶ Ministère des Anciens combattants et ministère de la Défense des États-Unis (AC/DD) : *Clinical Practice Guideline for the Management of PTSD and Acute Stress Disorder* (2017; É.-U.)
- ▶ American Psychological Association (APA) : *Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD* (février 2017; É.-U.)
- ▶ Association Canadienne des Troubles Anxieux (ACTA) : *Canadian Clinical Practice Guidelines for the Management of Anxiety, Posttraumatic Stress and Obsessive-Compulsive Disorders* (2014; Canada)

Un certain nombre de lignes directrices pour la pratique clinique fournissent des recommandations pratiques fondées sur des données probantes pour le diagnostic, le traitement et la gestion du TSPT. (Voir l'encadré.) Les lignes directrices doivent être mises à jour régulièrement à mesure que la recherche évolue, ce qui exige du temps et une expertise particulière. L'élaboration, l'examen et la mise à jour des lignes directrices pour la pratique clinique relèvent de la responsabilité des groupes d'orientation, des autorités sanitaires ou des fournisseurs de soins de santé, ainsi que de leurs associations, des organismes d'accréditation et des organismes de réglementation.

Il existe également des directives et des pratiques exemplaires pour orienter la prestation des services et les modèles de soins pour des populations particulières, mais il subsiste des lacunes et la connaissance de ces outils fait parfois défaut.

Il existe également des interventions novatrices, comme les programmes de soutien par les pairs, la méditation, les thérapies sur Internet, le traitement des traumatismes en couple et les activités axées sur le territoire, qui offrent des options qui peuvent faciliter le processus de guérison en fonction des besoins individuels et du rythme de rétablissement. Le dialogue actuel sur les nouveaux traitements comprend également la consommation possible de cannabis pour gérer les symptômes du TSPT. Pour les peuples autochtones, les pratiques traditionnelles de cérémonie adoptées dans des contextes culturels peuvent favoriser la guérison et le bien-être. Les interventions émergentes et novatrices peuvent ne pas être incluses dans les lignes directrices pour la pratique clinique et sont actuellement considérées comme des compléments aux traitements fondés sur des données probantes de première ligne. Des recherches supplémentaires et systématiques sur les interventions émergentes et novatrices sont nécessaires pour constituer une base de données probantes et assurer leur sécurité, leur efficacité et leur efficacité.

Avec plus de recherches, nous pouvons mieux déterminer les politiques, les programmes et les traitements qui feront la plus grande différence pour le bien-être mental et la résilience d'un plus grand nombre de Canadiens touchés par le TSPT.

Le transfert des connaissances et le partage des pratiques exemplaires en matière d'interventions novatrices devraient être entrepris en temps opportun afin d'aider les personnes qui vivent avec le TSPT et leurs réseaux de soutien.



Des lignes directrices et des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes sont essentielles pour assurer les meilleurs soins et le meilleur soutien aux personnes touchées par le TSPT.

Reconnaissant qu'il existe déjà de nombreuses ressources, mais qu'elles ne sont pas toujours connues, et que la recherche est essentielle à l'avancement de l'élaboration des orientations, le gouvernement du Canada :

- ▶ Par l'entremise de l'ASPC, collaborera avec des partenaires et fera appel à des experts pour compiler les directives existantes sur le TSPT et cerner les lacunes en matière d'orientation.
- ▶ Appuiera la recherche, y compris la recherche appliquée, au moyen d'investissements existants, afin de combler les lacunes en matière d'information sur le TSPT, d'orienter efficacement les fournisseurs de soins de santé et de faire progresser la prise de décisions fondées sur des données probantes à l'intention des responsables des politiques et des programmes de tous les ordres de gouvernement et des principaux partenaires et organismes d'intervenants.

DOMAINE PRIORITAIRE 3

Création et distribution de matériel didactique portant sur le TSPT en vue de mieux faire connaître cet état à l'échelle nationale et d'en améliorer le diagnostic, le traitement et la gestion

Les **fournisseurs de soins de santé canadiens** constituent souvent la première ligne de contact pour les personnes qui présentent des symptômes de TSPT. Les fournisseurs de soins de santé jouent un rôle important et influent en aidant les personnes touchées à trouver les traitements et le soutien appropriés. Pour être efficaces, les fournisseurs

de soins de santé doivent être bien informés et s'y connaître au sujet du TSPT et de ses répercussions sur les différentes populations. Il existe des outils et des ressources pédagogiques, mais la compréhension de la qualité et de la disponibilité des outils et des ressources pour les fournisseurs de soins de santé est limitée.

La Loi précisait la nécessité de disposer de matériel didactique pour les « fournisseurs de soins de santé publics »; toutefois, les partenaires et les intervenants ont également souligné la nécessité d'outils et de ressources pour les personnes qui présentent des symptômes de TSPT, leurs réseaux de soutien, ainsi que pour les employeurs et les milieux de travail.

Les personnes qui présentent des symptômes de TSPT ont besoin d'outils et de ressources accessibles, clairs et concis qui les encouragent à demander de l'aide. Il n'existe pas de mécanisme unique pour le partage de ces documents; on dispose plutôt d'une vaste gamme d'outils et de ressources pédagogiques en divers formats dans l'ensemble du Canada. Par exemple, des renseignements généraux sur les signes, les symptômes, les causes, les facteurs de risque, le diagnostic et le traitement du TSPT se trouvent sur les sites Web d'organisations non gouvernementales (ONG), y compris l'[Association canadienne pour la santé mentale](#), le [Centre de toxicomanie et de santé mentale](#), et la [Société canadienne de psychologie](#).

L'application mobile [Coach ESPT Canada](#) fournie par ACC est accessible aux personnes qui peuvent demander des renseignements et des ressources supplémentaires sur le TSPT. Elle contient des renseignements et des outils d'autoassistance fondés sur la recherche. L'application qui est disponible pour tous les Canadiens peut être utilisée comme outil d'éducation et de gestion des symptômes, avant ou dans le cadre de soins en personne donnés par un fournisseur de soins de santé.



Les membres de la famille et les réseaux de soutien des personnes atteintes de TSPT, en particulier les conjoints, sont souvent les premiers à reconnaître les signes avant-coureurs et à encourager leur proche à demander de l'aide. Les familles et les réseaux de soutien ont besoin d'outils et de ressources spécialisés qui peuvent les aider à reconnaître les symptômes et à composer avec les répercussions du TSPT sur leur propre vie.

Cela est particulièrement vrai pour les enfants de personnes qui vivent avec le TSPT et qui peuvent être touchés de plusieurs façons et ne pas comprendre ce que vivent leurs parents ou un membre de leur famille. Les symptômes de TSPT et le stress associé à la nécessité d'y faire face peuvent avoir un effet sur la capacité d'un parent de répondre aux besoins physiques, psychologiques, émotionnels et spirituels de base de son ou ses enfants et sur leur besoin de développement social et intellectuel. Le matériel didactique destiné aux familles et aux réseaux de soutien doit mettre l'accent sur les stratégies d'adaptation et indiquer les ressources de soutien qui sont offertes.

Les publications d'ACC sur le TSPT et la famille en sont de bons exemples : www.veterans.gc.ca/public/pages/publications/system-pdfs/pstd_families_f.pdf ou www.veterans.gc.ca/fra/health-support/mental-health-and-wellness/understanding-mental-health/ptsd-and-the-family.

Les employeurs et les milieux de travail jouent un rôle crucial dans la sensibilisation au TSPT, la prévention des blessures psychologiques, la promotion du bien-être psychologique et l'offre d'un soutien aux employés atteints du TSPT. Il existe des outils didactiques en milieu de travail, comme les

programmes En route vers la préparation mentale et [L'esprit au travail premiers intervenants](#). Ce contenu a déjà été adapté pour certains milieux de travail, mais compte tenu de la diversité des cultures et des contextes, il pourrait être nécessaire de l'adapter davantage pour s'appliquer à des publics particuliers.

Les politiques qui tiennent compte des traumatismes en milieu de travail favorisent également la résilience, encouragent les employés à demander une intervention précoce et réduisent la stigmatisation à l'égard des problèmes de santé mentale en milieu de travail.

Fournir des renseignements de grande qualité, compatissants et axés sur l'action sur le TSPT peut habiliter les personnes atteintes de TSPT, leur famille et leurs réseaux de soutien, ainsi que les employeurs et les milieux de travail à reconnaître les symptômes et les répercussions du TSPT, et les encourager à demander du soutien et un traitement.

Reconnaissant l'importance de la sensibilisation, de la réduction de la stigmatisation et de l'amélioration du diagnostic, du traitement et de la gestion du TSPT, le gouvernement du Canada :

- ▶ Par l'entremise de l'ASPC, collaborera avec les partenaires et mobilisera des fournisseurs de soins de santé pour déterminer le matériel didactique actuel sur le TSPT, comprendra les lacunes en matière d'information et d'éducation et obtiendra des conseils sur les pratiques exemplaires en vue de leur diffusion, de leur adaptation et de leur adoption.



DOMAINE PRIORITAIRE 4

Renforcement de la collaboration et des liens entre les partenaires et les intervenants

Plusieurs initiatives liées au TSPT sont présentement en cours au Canada, y compris des initiatives fédérales visant à soutenir les populations à haut risque, telles que l'initiative *Soutenir le personnel de sécurité publique du Canada : Plan d'action sur les blessures de stress post-traumatique* et le Centre d'excellence sur le TSPT et les états de santé mentale connexes, financés par ACC.

Un effort concerté et coordonné est nécessaire pour assurer que les initiatives nouvelles et existantes en matière de TSPT soient connues et afin de mobiliser les partenaires et les intervenants, y compris les personnes ayant une expérience vécue. Travailler collectivement permet d'établir des liens significatifs et de prendre des mesures éclairées dans l'ensemble du gouvernement du Canada, ainsi qu'avec les provinces et les territoires, les gouvernements, les organisations et les collectivités autochtones, les organisations non gouvernementales, les chercheurs, les praticiens, les collectivités professionnelles et les individus. Unir nos efforts aidera à prévenir le double emploi et veillera à ce que nous tirons parti des nouvelles approches ou ressources au fur et à mesure qu'elles sont développées.

Le renforcement des liens et la collaboration nécessitent également l'examen de la terminologie. Le langage est important non seulement pour établir une compréhension commune, mais aussi pour réduire la stigmatisation. De nombreux termes sont utilisés de façon interchangeable pour saisir la gamme des symptômes et des problèmes de santé

associés à l'exposition à un traumatisme, et un langage commun aidera à assurer la cohérence entre les intervenants et les partenaires.

L'Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique (ICRTSP), en collaboration avec un certain nombre d'experts, a élaboré un *glossaire* qui répertorie les définitions liées au TSPT et aux traumatismes. Une version du glossaire a été diffusée à la Conférence nationale sur le TSPT afin d'assurer une compréhension commune entre les participants qui ont fait part de leurs réflexions et de leurs points de vue. Reconnaissant que la langue change au fil du temps, le glossaire est un document évolutif qui sera mis à jour régulièrement pour refléter le consensus contemporain sur les définitions. La version la plus récente du glossaire se trouve à l'**annexe D**.

La collaboration est essentielle pour minimiser le dédoublement et maximiser l'impact de nos efforts pour régler le TSPT.

Compte tenu de la complexité du TSPT, de la diversité des personnes touchées, des nombreux partenaires et intervenants qui participent à la gestion du TSPT et de la vaste gamme d'initiatives en cours, le gouvernement du Canada :

- ▶ Collaborera, par l'entremise de l'ASPC, avec les partenaires et les intervenants afin de déterminer les meilleurs mécanismes pour accroître la collaboration entre les ministères fédéraux, les partenaires et les intervenants clés, ainsi que pour le partage continu de l'information, y compris l'adoption d'une terminologie commune et culturellement appropriée, de définitions et d'un langage sécuritaire liés au TSPT et aux traumatismes.



PARTIE III

PROCHAINES ÉTAPES



SECRÉTARIAT DU TSPT

Le Secrétariat du TSPT a été créé au sein de l'ASPC pour diriger la mise en œuvre de la *Loi sur le cadre fédéral relatif à l'état de stress post-traumatique*. Depuis, le secrétariat a collaboré avec des partenaires et des intervenants pour éclairer l'élaboration du Cadre de différentes façons, y compris la Conférence sur le TSPT d'avril 2019.

Compte tenu du grand nombre d'intervenants, d'initiatives et de répercussions de grande portée du TSPT au Canada, ainsi que de la nécessité de coordonner les mesures décrites dans le présent Cadre, le Secrétariat du TSPT continuera d'exister à l'ASPC. Le Secrétariat du TSPT assurera du leadership et réunira des partenaires et des intervenants pour continuer de favoriser les liens, ainsi que pour déterminer les collaborations existantes et possibles afin d'appuyer davantage les efforts en cours et en évolution pour contrer le TSPT.

Le Secrétariat du TSPT collaborera avec les partenaires et les intervenants pour tirer parti des mécanismes, des ressources et des efforts existants afin d'éviter les chevauchements.

RAPPORTS AU PARLEMENT

Comme l'exige la Loi, l'ASPC examinera l'efficacité du Cadre cinq ans après sa publication. Cet examen, qui doit être déposé devant chaque chambre du Parlement, comprendra une mise à jour sur les progrès réalisés dans les domaines prioritaires et les mesures énoncées dans le Cadre, et mettra en évidence les nouvelles initiatives et leurs résultats.

CONCLUSION

Le TSPT est depuis longtemps insuffisamment reconnu, mal compris et mal diagnostiqué. Le TSPT touche un nombre important de Canadiens. Pourtant la voie menant au rétablissement peut être extrêmement complexe. Les personnes qui vivent avec le TSPT sont certainement touchées par le trouble, tout comme leurs proches, leurs collègues et les réseaux de soutien, qui doivent tous être soutenus dans le cadre de la gestion du trouble.

La concrétisation de la vision énoncée dans le Cadre exigera la collaboration de nombreux partenaires et intervenants, y compris des personnes ayant une expérience vécue, leurs familles et leurs réseaux de soutien, des employeurs, des chercheurs, des fournisseurs de soins de santé, des organismes communautaires et tous les ordres de gouvernement. Nous encourageons tous les partenaires et intervenants à s'appuyer sur la vision et les principes directeurs du Cadre pour faire progresser les initiatives dans le domaine du TSPT.

Le Cadre vise à favoriser un dialogue ouvert continu. Les mesures décrites dans le présent document continueront sans aucun doute à évoluer au fur et à mesure que nous en apprendrons davantage sur le TSPT grâce aux efforts continus déployés dans l'ensemble du gouvernement du Canada et par les nombreux partenaires et intervenants.



PARTIE IV

ANNEXES

ANNEXE A

LOI SUR LE CADRE FÉDÉRAL RELATIF À L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

ET OBSERVATIONS DU COMITÉ SÉNATORIAL



CANADA

CONSOLIDATION

CODIFICATION

Federal Framework on Post-Traumatic Stress Disorder Act

Loi sur le cadre fédéral relatif à l'état de stress post-traumatique

S.C. 2018, c. 13

L.C. 2018, ch. 13

Current to November 19, 2019

À jour au 19 novembre 2019

Published by the Minister of Justice at the following address:
<http://laws-lois.justice.gc.ca>

Publié par le ministre de la Justice à l'adresse suivante :
<http://lois-laws.justice.gc.ca>



OFFICIAL STATUS OF CONSOLIDATIONS

Subsections 31(1) and (2) of the *Legislation Revision and Consolidation Act*, in force on June 1, 2009, provide as follows:

Published consolidation is evidence

31 (1) Every copy of a consolidated statute or consolidated regulation published by the Minister under this Act in either print or electronic form is evidence of that statute or regulation and of its contents and every copy purporting to be published by the Minister is deemed to be so published, unless the contrary is shown.

Inconsistencies in Acts

(2) In the event of an inconsistency between a consolidated statute published by the Minister under this Act and the original statute or a subsequent amendment as certified by the Clerk of the Parliaments under the *Publication of Statutes Act*, the original statute or amendment prevails to the extent of the inconsistency.

LAYOUT

The notes that appeared in the left or right margins are now in boldface text directly above the provisions to which they relate. They form no part of the enactment, but are inserted for convenience of reference only.

NOTE

This consolidation is current to November 19, 2019. Any amendments that were not in force as of November 19, 2019 are set out at the end of this document under the heading "Amendments Not in Force".

CARACTÈRE OFFICIEL DES CODIFICATIONS

Les paragraphes 31(1) et (2) de la *Loi sur la révision et la codification des textes législatifs*, en vigueur le 1^{er} juin 2009, prévoient ce qui suit :

Codifications comme élément de preuve

31 (1) Tout exemplaire d'une loi codifiée ou d'un règlement codifié, publié par le ministre en vertu de la présente loi sur support papier ou sur support électronique, fait foi de cette loi ou de ce règlement et de son contenu. Tout exemplaire donné comme publié par le ministre est réputé avoir été ainsi publié, sauf preuve contraire.

Incompatibilité – lois

(2) Les dispositions de la loi d'origine avec ses modifications subséquentes par le greffier des Parlements en vertu de la *Loi sur la publication des lois* l'emportent sur les dispositions incompatibles de la loi codifiée publiée par le ministre en vertu de la présente loi.

MISE EN PAGE

Les notes apparaissant auparavant dans les marges de droite ou de gauche se retrouvent maintenant en caractères gras juste au-dessus de la disposition à laquelle elles se rattachent. Elles ne font pas partie du texte, n'y figurant qu'à titre de repère ou d'information.

NOTE

Cette codification est à jour au 19 novembre 2019. Toutes modifications qui n'étaient pas en vigueur au 19 novembre 2019 sont énoncées à la fin de ce document sous le titre « Modifications non en vigueur ».



TABLE OF PROVISIONS

An Act respecting a federal framework on post-traumatic stress disorder

Short Title	
1	Short title
Interpretation	
2	Definitions
Federal Framework on Post-Traumatic Stress Disorder	
3	Conference
4	Preparation and tabling of report
Review and Report	
5	Review

TABLE ANALYTIQUE

Loi concernant un cadre fédéral relatif à l'état de stress post-traumatique

Titre abrégé	
1	Titre abrégé
Définitions	
2	Définitions
Cadre fédéral relatif à l'état de stress post-traumatique	
3	Conférence
4	Établissement et dépôt d'un rapport
Examen et rapport	
5	Examen



S.C. 2018, c. 13

L.C. 2018, ch. 13

An Act respecting a federal framework on post-traumatic stress disorder

Loi concernant un cadre fédéral relatif à l'état de stress post-traumatique

[Assented to 21st June 2018]

[Sanctionnée le 21 juin 2018]

Preamble

Whereas post-traumatic stress disorder (PTSD) is a condition that is characterized by persistent emotional distress occurring as a result of physical injury or severe psychological shock and typically involves disturbance of sleep and constant vivid recall of the traumatic experience, with dulled responses to others and to the outside world;

Whereas there is a clear need for persons who have served as first responders, firefighters, military personnel, corrections officers and members of the RCMP to receive direct and timely access to PTSD support;

Whereas, while not-for-profit organizations and governmental resources to address mental health issues, including PTSD, exist at the federal and provincial levels, there is no coordinated national strategy that would expand the scope of support to ensure long-term solutions;

And whereas many Canadians, in particular persons who have served as first responders, firefighters, military personnel, corrections officers and members of the RCMP, suffer from PTSD and would greatly benefit from the development and implementation of a federal framework on PTSD that provides for best practices, research, education, awareness and treatment;

Préambule

Attendu :

que l'état de stress post-traumatique (ESPT) est un trouble qui se caractérise par une détresse émotionnelle persistante causée par une blessure physique ou un choc psychologique grave et entraîne généralement des troubles du sommeil, une remémoration vive et constante de l'expérience ayant causé le traumatisme, ainsi qu'un engourdissement des réactions à autrui et au monde extérieur;

que, de toute évidence, des personnes ayant occupé des fonctions de premier répondant, de pompier, de militaire, d'agent correctionnel ou de membre de la Gendarmerie royale du Canada ont besoin de recevoir, de façon directe et en temps opportun, du soutien pour l'ESPT;

que, même si des organismes à but non lucratif et des ressources gouvernementales, tant au niveau fédéral que provincial, sont consacrés au traitement de problèmes de santé mentale, y compris l'ESPT, il n'existe aucune stratégie nationale coordonnée qui permettrait d'étendre la portée du soutien de manière à offrir des solutions à long terme;

que de nombreux Canadiens, particulièrement des personnes ayant occupé des fonctions de premier répondant, de pompier, de militaire, d'agent correctionnel ou de membre de la Gendarmerie royale du Canada, sont atteints d'un état de stress post-traumatique et bénéficieraient grandement de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un cadre fédéral relatif à l'ESPT qui viserait les pratiques exemplaires, la recherche, l'éducation, la sensibilisation et le traitement,

Now, therefore, Her Majesty, by and with the advice and consent of the Senate and House of Commons of Canada, enacts as follows:

Short Title

Short title

1 This Act may be cited as the *Federal Framework on Post-Traumatic Stress Disorder Act*.

Interpretation

Definitions

2 The following definitions apply in this Act.

Agency means the Public Health Agency of Canada. (*Agence*)

federal framework means a framework to address the challenges of recognizing the symptoms and providing timely diagnosis and treatment of post-traumatic stress disorder. (*cadre fédéral*)

Minister means the Minister of Health. (*ministre*)

Federal Framework on Post-Traumatic Stress Disorder

Conference

3 The Minister must, no later than 12 months after the day on which this Act comes into force, convene a conference with the Minister of National Defence, the Minister of Veterans Affairs, the Minister of Public Safety and Emergency Preparedness, provincial and territorial government representatives responsible for health and stakeholders, including representatives of the medical community and patients' groups, for the purpose of developing a comprehensive federal framework in relation to

- (a) improved tracking of the incidence rate and associated economic and social costs of post-traumatic stress disorder;
- (b) the establishment of guidelines regarding
 - (i) the diagnosis, treatment and management of post-traumatic stress disorder, and
 - (ii) the sharing throughout Canada of best practices related to the treatment and management of post-traumatic stress disorder; and

Sa Majesté, sur l'avis et avec le consentement du Sénat et de la Chambre des communes du Canada, édicte :

Titre abrégé

Titre abrégé

1 *Loi sur le cadre fédéral relatif à l'état de stress post-traumatique*.

Définitions

Définitions

2 Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente loi.

Agence L'Agence de la santé publique du Canada. (*Agence*)

cadre fédéral Cadre visant à surmonter les difficultés que posent la reconnaissance des symptômes de l'état de stress post-traumatique et l'établissement rapide de son diagnostic et de son traitement. (*federal framework*)

ministre Le ministre de la Santé. (*Minister*)

Cadre fédéral relatif à l'état de stress post-traumatique

Conférence

3 Au plus tard douze mois après la date d'entrée en vigueur de la présente loi, le ministre convoque une conférence avec le ministre de la Défense nationale, le ministre des Anciens Combattants, le ministre de la Sécurité publique et de la Protection civile, des représentants responsables de la santé des gouvernements provinciaux et territoriaux et des intervenants, notamment des représentants de la communauté médicale et des groupes de patients, dans le but d'élaborer un cadre fédéral global qui porte sur ce qui suit :

- a) l'amélioration du suivi de l'évolution du taux d'incidence et des coûts économiques et sociaux liés à l'état de stress post-traumatique;
- b) l'établissement de lignes directrices concernant :
 - (i) le diagnostic, le traitement et la gestion de l'état de stress post-traumatique,



(c) the creation and distribution of standardized educational materials related to post-traumatic stress disorder, for use by Canadian public health care providers, that are designed to increase national awareness about the disorder and enhance its diagnosis, treatment and management.

Preparation and tabling of report

4 (1) The Minister must prepare a report setting out the federal framework and cause a copy of the report to be laid before each House of Parliament within 18 months after the day on which this Act comes into force.

Publication of report

(2) The Minister must publish the report on the Agency's website within 30 days after the day on which it is laid before a House of Parliament.

Review and Report

Review

5 The Agency must

(a) complete a review of the effectiveness of the federal framework no later than five years after the day on which the report referred to in section 4 is published; and

(b) cause a report on its findings to be laid before each House of Parliament within the next 10 sitting days after the review is completed.

(ii) la mise en commun à l'échelle nationale des pratiques exemplaires en matière de traitement et de gestion de l'état de stress post-traumatique;

c) la création et la distribution de matériel didactique normalisé portant sur l'état de stress post-traumatique, à l'intention des fournisseurs de soins de santé au Canada, en vue de mieux faire connaître cet état à l'échelle nationale et d'en améliorer le diagnostic, le traitement et la gestion.

Établissement et dépôt d'un rapport

4 (1) Le ministre établit un rapport énonçant le cadre fédéral et il en fait déposer un exemplaire devant chaque chambre du Parlement dans les dix-huit mois suivant la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

Publication du rapport

(2) Le ministre publie le rapport sur le site Web de l'Agence dans les trente jours suivant la date de son dépôt devant l'une ou l'autre chambre.

Examen et rapport

Examen

5 L'Agence :

a) effectue un examen de l'efficacité du cadre fédéral dans les cinq ans suivant la date de la publication du rapport prévu à l'article 4;

b) fait déposer un rapport sur ses conclusions devant chaque chambre du Parlement dans les dix premiers jours de séance de celle-ci suivant la fin de l'examen.

RAPPORT DU COMITE

Le lundi 11 juin 2018

Le Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense a l'honneur de présenter son

DIX-HUITIÈME RAPPORT

Votre comité, auquel a été renvoyé le projet de loi C-211, Loi concernant un cadre fédéral relatif à l'état de stress post-traumatique, a, conformément à l'ordre de renvoi du jeudi 3 mai 2018, examiné ledit projet de loi et en fait maintenant rapport sans amendement, mais avec des observations qui sont annexées au présent rapport.

Respectueusement soumis,

La présidente,

GWEN BONIFACE

OBSERVATIONS

au DIX-HUITIÈME rapport du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense (projet de loi C-211)

- Le parrain du projet de loi, le député Todd Doherty (Cariboo–Prince George), a assuré votre comité que l'exclusion de certaines professions du préambule du projet de loi était une omission accidentelle et que son intention était d'être aussi inclusif que possible. Votre comité partage la préférence de M. Doherty à l'effet que la conférence et le cadre fédéral soient aussi inclusifs que possible.
- Votre comité souhaiterait que les fournisseurs de soins de santé, ainsi que les représentants d'autres professions à haut stress, soient invités à participer au processus d'élaboration du cadre fédéral relatif à l'état de stress post-traumatique proposé par le projet de loi. Votre comité aimerait souligner que l'utilisation de l'expression « particulièrement » au quatrième paragraphe du préambule du projet de loi indique que la conférence et le cadre fédéral relatif à l'état de stress post-traumatique devraient inclure non seulement les premiers répondants, pompiers, militaires, agents correctionnels et membres de la Gendarmerie royale du Canada, mais aussi un large éventail de professions dont les membres sont affectés par le stress post-traumatique et des troubles concomitants, telles que les infirmiers et infirmières, les psychologues, ainsi que d'autres fournisseurs de soins de santé et premiers répondants.
- Votre comité partage l'inquiétude exprimée par les représentants de la Société canadienne de psychologie par rapport à la sous-section 3(b)(i) du projet de loi portant sur le développement de lignes directrices. Cette sous-section propose que la conférence visant à élaborer un cadre fédéral relatif à l'état de stress post-traumatique porte entre autres sujets sur « l'établissement de lignes directrices concernant : le diagnostic, le traitement et la gestion de l'état de stress post-traumatique. » Les représentants de la Société canadienne de psychologie ont indiqué que le développement de lignes directrices à ce sujet est la responsabilité des professionnels de la santé, de leurs associations et de leurs régulateurs, et non pas du gouvernement. Votre comité suggère donc que la conférence sur le cadre fédéral relatif à l'état de stress post-traumatique promeuve l'établissement et la dissémination des lignes directrices au lieu d'établir des lignes directrices comme telles, suivant la recommandation de la Société canadienne de psychologie.
- Votre comité veut s'assurer que toute la gamme de conditions de santé mentale découlant d'emplois à niveau de stress élevé soit prise en compte dans l'élaboration d'un cadre fédéral sur le trouble de stress post-traumatique proposé dans le projet de loi. Votre comité conseille donc que la conférence concernant le cadre fédéral sur le trouble de stress post-traumatique envisage d'employer le terme « traumatisme lié au stress opérationnel », qui comprend le trouble de stress post-traumatique, mais aussi les conditions comme la dépression, les troubles anxieux, le trouble d'adaptation et toute la gamme des troubles liés à la consommation de substance qui peuvent affliger les gens en raison de leur milieu de travail à niveau de stress élevé.
- Votre comité craint que le libellé actuel du projet de loi C-211 laisse entendre que le cadre national sur le trouble de stress post-traumatique ne doit porter que sur les cas se manifestant comme une conséquence directe des exigences du travail. Toutefois, bien des cas de trouble de stress post-traumatique sont directement liés à des inconduites et du harcèlement sexuels en milieu de travail. Votre comité propose ainsi que la conférence concernant le cadre fédéral sur le trouble de stress post-traumatique comprenne également ces cas dans l'élaboration d'un cadre national.



ANNEXE B

AUTRES POPULATIONS TOUCHÉES PAR LE TSPT



Survivants de violence physique, sexuelle ou psychologique

Les survivants de violence physique, sexuelle ou psychologique peuvent souffrir de TSPT. Les taux de victimisation sont plus élevés pour certains groupes comme les femmes, les Autochtones, les personnes en situation d'itinérance et les personnes LGBTQ2. Les enfants et les jeunes sont particulièrement vulnérables à la violence et présentent un risque plus élevé de problèmes de santé mentale à l'âge adulte. Par exemple, une étude sur les enfants victimes de violence sexuelle qui ont fait l'objet d'un suivi pendant plus de 40 ans a montré que les femmes victimes de violence sexuelle durant l'enfance étaient plus de 7 fois plus susceptibles de recevoir un diagnostic de TSPT⁴⁸.

Survivants de catastrophes

Les catastrophes peuvent survenir en tout temps, souvent après un avertissement limité ou sans aucun avertissement. Les catastrophes peuvent être naturelles, comme les incendies de forêt, les tremblements de terre, les tornades, les inondations ou peuvent être des catastrophes humaines, comme les actes de terrorisme, les accidents de voiture et les incendies de maison. Les survivants d'une catastrophe peuvent éprouver un sentiment de perte énorme, surtout s'ils ont été blessés ou ont perdu des proches, un logement ou un emploi. Les personnes qui vivent une catastrophe risquent davantage de développer le TSPT⁴⁹. Au cours de la première année suivant la catastrophe, la prévalence de TSPT chez les survivants varie entre 30 % et 40 %⁵⁰.

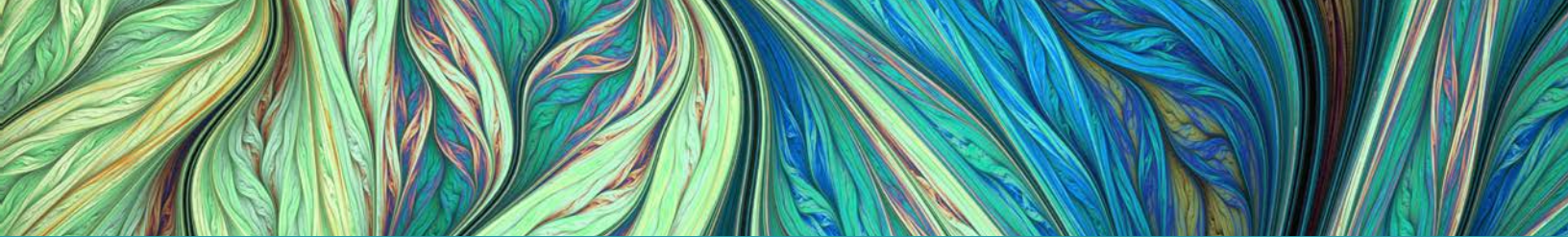
Populations autochtones^d

Il existe très peu de recherches sur la prévalence de TSPT dans les collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

Pour comprendre les traumatismes dans les collectivités autochtones, nous devons tenir compte des effets de la colonisation, y compris l'expérience des pensionnats, et du traumatisme intergénérationnel qui en résulte vécue par plusieurs générations au Canada.⁵¹ Par exemple, une étude menée en 2003 sur l'état de santé mentale de 127 anciens élèves des pensionnats en Colombie-Britannique a révélé que 64 % satisfaisaient aux critères diagnostiques de TSPT⁵¹.

Les formes historiques, intergénérationnelles et continues de traumatisme font augmenter les facteurs de risque qui peuvent avoir des répercussions sur la santé mentale des peuples autochtones et augmentent les risques de développer le TSPT^{45,46}. Par exemple, comparativement aux Canadiens non autochtones, les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis enregistrent des taux beaucoup plus élevés de problèmes de santé sociale, comme des niveaux de scolarité et d'emploi plus faibles et de la pauvreté. En outre, les peuples autochtones déclarent plus de violence entre partenaires intimes que les non-Autochtones, et l'incidence des abus sexuels et physiques durant l'enfance est beaucoup plus élevée que dans d'autres groupes culturels. Les Autochtones sont également plus susceptibles de vivre des expériences stressantes à l'âge adulte que la population en général, y compris la violence, l'homicide, l'agression et le fait d'avoir été témoin d'événements traumatisants⁵¹.

^d Document d'orientation sur le TSPT du First Peoples Wellness Circle : https://11d19480-8ac9-4dee-a0f8-02f67b6947c6.filesusr.com/ugd/0265ae_ec211634a1b04691aadf6ae72ab7dc1b.pdf



De plus, les peuples autochtones font souvent face à du racismisme et à de la discrimination systémiques dans de nombreux systèmes où ils ont accès à des services (p. ex. les soins de santé, le système d'éducation). Les systèmes actuels sont créés à partir d'une vision du monde non autochtone et sont souvent perçus comme aliénants et peu accueillants. Les sentiments de méfiance à l'égard des fournisseurs de services et des systèmes de soins sont couramment signalés et sont des sous-produits de soins culturellement non sécuritaires. Les systèmes de soins culturellement non sécuritaires peuvent déclencher des souvenirs historiques, affecter les comportements de recherche en soins de santé et prolonger les traumatismes intergénérationnels au niveau individuel et collectif⁵².

LGBTQ2

Les jeunes et les adultes LGBTQ2 présentent des taux plus élevés de victimisation, de traumatisme et de TSPT que les jeunes et les adultes hétérosexuels/cisgenres⁵³. De plus, la non-conformité des sexes (expression de genre qui n'est pas conforme aux caractéristiques ou aux normes conventionnelles habituellement associées au sexe assigné à la naissance) augmente le risque de mauvais traitements et de symptômes de TSPT en raison de la stigmatisation et de la discrimination⁵⁴. Des études^{55, 56, 57, 58}, ont établi une association entre la discrimination liée à l'identité de genre et/ou à l'expression de genre et les symptômes de TSPT, même en tenant compte d'autres sources connues de traumatisme.

Réfugiés et autres nouveaux arrivants

Les taux de problèmes de santé mentale chez les nouveaux arrivants adultes sont beaucoup plus faibles que ceux des autres Canadiens; toutefois, les taux peuvent augmenter au fil du temps en raison du stress et de l'incertitude pendant le processus d'établissement⁵⁹.

Certains réfugiés arrivent au Canada avec un traumatisme psychologique découlant de leur expérience comme témoins ou survivants d'une

violence aiguë ou d'une guerre⁵⁹. L'exposition à la violence et aux traumatismes peut également accroître le risque de troubles mentaux, y compris le TSPT, qui peuvent se manifester pendant une certaine période après leur arrivée. Selon une méta-analyse de 20 études comprenant 6 743 réfugiés adultes qui se sont réinstallés dans des pays développés, le taux actuel de prévalence de TSPT chez les réfugiés était de 9 %⁶⁰. On croit également que le TSPT est le problème de santé mentale le plus courant chez les enfants et les jeunes exposés à la guerre et à la violence^{61,62,63}. Il a été démontré que les enfants et les jeunes réfugiés présentent un taux de TSPT dix fois plus élevé que les enfants non réfugiés dans l'ensemble de la population⁶⁴.

La santé mentale des enfants réfugiés a également été associée à la gravité du TSPT vécu par leurs aidants, ce qui ajoute de la complexité au traitement et au rétablissement⁶⁵. Les nouveaux arrivants ont également de la difficulté à accéder à des mesures de soutien et à des services de santé mentale en raison d'un manque de sensibilisation, d'obstacles linguistiques et culturels.

Personnes en situation d'itinérance

L'enchaînement de causalité vers le TSPT chez les personnes en situation d'itinérance est particulièrement complexe. Le TSPT peut être un précurseur ou le résultat de l'itinérance. Cette relation interactive peut être attribuable à la probabilité plus élevée d'exposition à des traumatismes pendant l'itinérance, comme le vol qualifié ou les voies de fait. La perte d'un logement stable, l'insécurité alimentaire et la vie dans des conditions de stress constantes peuvent également être perçues comme des traumatismes. Les personnes en situation d'itinérance ont aussi un risque élevé de méfaits associés aux substances. Dans une étude menée en Colombie-Britannique auprès de 489 participants qui vivaient dans un refuge ou dans la rue, 100 personnes (soit 20,5 %) satisfaisaient aux critères de TSPT et 92 % avaient un trouble lié à l'utilisation de substances concomitant⁶⁶.



ANNEXE C

INITIATIVES ACTUELLES EN MATIÈRE DE TSPT

AU CANADA



Il existe une vaste gamme d’initiatives offertes par des organismes gouvernementaux, non gouvernementaux et sans but lucratif qui fournissent des services et du soutien aux personnes touchées par les traumatismes et le TSPT. Certaines sont en place depuis longtemps et d’autres sont plus récentes. Ces initiatives diversifiées témoignent de l’engagement collectif et de la compréhension au Canada que les ressources et les efforts doivent être consacrés à de nombreux niveaux pour soutenir toutes les personnes touchées par le TSPT.

La vaste gamme d’initiatives en cours révèle la valeur d’approches globales qui s’adaptent à diverses collectivités et cultures, y compris les cultures des Premières Nations, des Inuits et des Métis, ainsi que la nécessité d’initiatives et d’interventions qui sont offertes dans un continuum allant de la sensibilisation et du renforcement de la résilience à l’accès efficace et rapide à des traitements fondés sur des données probantes.

TABLEAU 1 : Continuum d’intervention pour l’exposition à des traumatismes

Interventions conçues pour promouvoir la santé mentale positive, le bien-être et la résilience	EXPOSITION À DES TRAUMATISMES	Interventions conçues pour offrir du soutien après un événement traumatisant	Interventions cliniques fondées sur des données probantes pour traiter le TSPT
Quand : En cours		Quand : Peuvent être immédiates, ou avoir lieu pendant les semaines et les mois suivants une exposition à un événement traumatisant	Quand : Dans les plus brefs délais après le diagnostic
Qui : Toutes les personnes		Qui : Toutes les personnes exposées à un événement traumatisant, ainsi que celles qui les soutiennent, qui peuvent ou non éprouver des symptômes de stress	Qui : Toutes les personnes qui ont reçu un diagnostic de TSPT
Type d’activité : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Programmes ou contenu de formation (p. ex. <i>En route vers la préparation mentale [RVPM]</i>) ▶ Formation sur la résilience ou le préincident pour les professions et les incidents à risque élevé (p. ex. Avant le stress opérationnel) ▶ Campagnes de réduction de la stigmatisation et de sensibilisation ▶ Programmes et soutiens en santé mentale (y compris les programmes d’aide aux employés) 		Type d’activité : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Premiers soins en santé mentale ▶ Soutien par des pairs ▶ Intervention et soutien en cas d’incident ▶ Programmes d’aide aux employés 	Type d’activité : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Traitements individuels axés sur les traumatismes (p. ex. thérapie d’exposition prolongée, traitement cognitif, désensibilisation aux mouvements oculaires et retraitement [EMDR]) ▶ Pharmacothérapie ▶ Interventions complémentaires, de soutien et émergentes (p. ex. yoga, méditation, relaxation, activation comportementale, traitement des traumatismes en groupe et en couple, guérison terrestre, chiens d’assistance)
Appuyée par la recherche, les cadres, les politiques, les lois, etc.			



L'aperçu suivant des initiatives reliées au TSPT fourni par le gouvernement et les principaux intervenants et organismes partenaires n'est pas exhaustif, mais il vise à mettre en évidence l'ampleur et la profondeur des initiatives existantes.

Gouvernement fédéral

Le gouvernement du Canada s'emploie à améliorer la santé mentale et le bien-être de tous les Canadiens. Le gouvernement fédéral est aussi le plus important employeur du pays et offre de multiples initiatives pour appuyer la santé mentale de son effectif, qui est réparti dans l'ensemble du pays et dans le monde entier et qui comprend un éventail de professions.

Il existe des initiatives fédérales qui soutiennent expressément les personnes qui vivent avec le TSPT, les personnes à risque de développer le TSPT ainsi que leur famille et leurs réseaux de soutien. Il s'agit notamment d'initiatives de recherche, de collecte de données, de développement des connaissances, de sensibilisation, de protection proactive et de formation sur la résilience, de partage des pratiques exemplaires, de soutien aux employés et, dans certains cas, de prestation directe de soins aux populations relevant de la compétence fédérale.

Membres des Forces armées canadiennes et anciens combattants

Les programmes de santé mentale à l'intention des membres des Forces armées canadiennes (FAC), des anciens combattants, de leurs proches et de leurs collectivités comprennent une gamme de services visant à favoriser la santé mentale positive, ainsi que de l'aide aux personnes touchées par des blessures de stress opérationnel (BSO), dont le TSPT. Par

exemple, dans la Stratégie conjointe de prévention du suicide des FAC et d'ACC, plus de 160 mesures^e sont en cours ou en voie d'élaboration dans les domaines de l'éducation et de la promotion de la santé, du soutien national par les pairs, des soins cliniques et des services psychosociaux. Des programmes de recherche sont également en place pour mieux comprendre le fardeau de la santé mentale des membres des FAC, des anciens combattants et de leurs proches, ainsi que le type de programme qui convient le mieux à leur bien-être.

Les programmes et services offerts par les FAC comprennent les suivants :

- ▶ Services spécialisés en santé mentale pour les membres malades et blessés des FAC dans 31 cliniques au Canada, y compris 7 [centres de soutien pour trauma et stress opérationnels \(CSTSO\)](#).
- ▶ Les FAC et ACC parrainent conjointement [le service de soutien social aux blessés de stress opérationnel \(SSBSO\)](#), un réseau national de soutien par les pairs desservant les membres des FAC et les anciens combattants ainsi que leurs familles touchées par une BSO.
- ▶ [Le Programme d'aide aux membres \(PAM\)](#) pour les membres des FAC offre des conseils confidentiels à court terme pour tout problème. (En partenariat avec Santé Canada.)

^e <https://www.canada.ca/content/dam/dnd-mdn/documents/reports/2017/strategie-conjointe-prevention-suicide-fac-acc.pdf>



- ▶ La formation En route vers la préparation mentale (RVPM) vise à accroître la sensibilisation précoce à la détresse, à encourager la recherche de soins, à normaliser les problèmes de santé mentale et à fournir des compétences fondées sur des données probantes pour gérer les demandes de services et la vie quotidienne.
- ▶ **L'Opération HONOUR** est la mission des FAC d'éliminer l'inconduite sexuelle dans les Forces canadiennes en appuyant les personnes touchées par l'inconduite sexuelle, en élaborant des procédures, des programmes et des politiques pour les personnes touchées et la chaîne de commandement et en empêchant l'inconduite sexuelle grâce à une meilleure compréhension de la question, des programmes de formation et d'éducation.
- ▶ Soutien pour un Centre d'excellence sur le TSPT et les problèmes de santé mentale connexes. La mission du Centre est d'accroître l'expertise canadienne sur les BSO des anciens combattants et des militaires (y compris, mais sans s'y limiter, le TSPT) et de rendre l'expertise accessible aux fournisseurs de soins de santé, aux personnes ayant une expérience vécue, aux membres de la famille et aux réseaux de soutien, aux chercheurs et au public canadien.
- ▶ Soutien pour un nouveau **Centre d'excellence sur la douleur chronique chez les anciens combattants**. Les problèmes de santé physique chroniques et la douleur chronique coïncident souvent avec les problèmes de santé mentale chez les anciens combattants. La mission de ce Centre d'excellence est d'accroître l'expertise canadienne en matière de douleur chronique.

Programmes et services parrainés par ACC :

- ▶ **Un réseau national de cliniques pour traumatismes liés au stress opérationnel**, spécialisées dans la prestation de soins de santé mentale aux anciens combattants des FAC, aux membres de la GRC et aux membres actifs des FAC touchés par une BSO.
- ▶ Applications en ligne et mobiles gratuites, comme *Coach ESPT Canada* et *Connexion TSO*.
- ▶ **Service d'aide d'ACC pour les anciens combattants**, les anciens membres de la GRC, leurs familles et leurs soignants, qui offrent des conseils confidentiels pour tout problème. Du soutien pastoral est offert aux personnes qui souhaitent recevoir l'appui d'un membre du clergé. (En partenariat avec Santé Canada.)
- ▶ Appui à **l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans** (ICRSMV).

En 2018, Statistique Canada a mené une enquête de suivi sur la santé mentale en collaboration avec les FAC, ACC et l'Université du Manitoba. L'enquête avait pour but de réévaluer la santé mentale des répondants qui ont participé à une enquête similaire menée en 2002. Les résultats de *l'Enquête de suivi sur la santé mentale auprès des membres des Forces armées canadiennes et des ex-militaires* de 2018 sont maintenant disponibles : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190423/dq190423d-fra.htm>

Personnel de la sécurité publique

Avec l'appui des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et de Sécurité publique Canada, un sondage en ligne auprès du personnel canadien chargé de la sécurité publique a été mené de septembre 2016 à janvier 2017 afin de fournir des estimations de la fréquence et de la gravité des symptômes de troubles mentaux chez cette



population. Le sondage a permis d'évaluer les symptômes actuels, et la participation a été sollicitée auprès d'organismes nationaux de sécurité publique et de groupes de défense des intérêts. Au total, 5 813 personnes ont participé au sondage (dont 32,5 % de femmes) et étaient regroupées en 6 catégories (soit les préposés/répartiteurs de centres d'appels, travailleurs correctionnels, pompiers, policiers municipaux et provinciaux, ambulanciers paramédicaux et membres de la GRC). Les résultats ont été publiés en 2018²¹.

Soutenir le personnel de la sécurité publique du Canada : Plan d'action sur les blessures de stress post-traumatique, un document publié le 8 avril 2019 reconnaît que même si le personnel de la sécurité publique travaille dans plusieurs administrations, chacune ayant ses propres responsabilités en matière de soutien en santé mentale, il existe un besoin évident et urgent de leadership national afin d'adresser les défis communs auxquels font face ces groupes. Le Plan d'action vise à renforcer la compréhension collective des BSPT par la recherche (y compris la recherche appliquée et les essais de traitement); à soutenir la résilience en santé mentale par la recherche fondée sur des données probantes afin d'éclairer la sensibilisation du public, la formation et d'autres initiatives qui mettent l'accent sur la prévention, l'intervention précoce et la réduction de la stigmatisation; et à déterminer des façons dont les organisations du personnel de la sécurité publique peuvent mieux surveiller et gérer la santé mentale du personnel de la sécurité publique par le soutien aux soins et aux traitements.

Le Plan d'action comprend 16 mesures clés pour compléter les initiatives et les mesures récentes du gouvernement du Canada visant à appuyer la

recherche, la formation et le traitement et à renforcer la capacité de prendre des décisions fondées sur des données probantes, notamment :

- ▶ Un [nouveau consortium de recherche national](#) entre les IRSC et l'ICRTSP sur les BSPT au sein du personnel de la sécurité publique. La recherche est axée sur la compréhension, la détermination, l'atténuation et/ou la prévention des BSPT et des résultats défavorables en matière de santé mentale pour le personnel de la sécurité publique. L'ICRTSP agira à titre de carrefour d'échange des connaissances du consortium de recherche national qui réunit les intervenants pertinents pour mobiliser les connaissances créées en vue d'une utilisation active.
- ▶ L'élaboration d'un [Projet pilote de thérapie cognitivo-comportementale sur Internet](#) ayant pour but d'offrir un meilleur accès aux soins et aux traitements du personnel de la sécurité publique, en particulier dans les régions rurales et éloignées.
- ▶ L'[étude longitudinale de la GRC sur le TSPT](#) est un projet de recherche novateur et unique qui vise à étudier les effets du travail policier sur la santé mentale des membres de la GRC et à évaluer les avantages d'un programme de formation en santé mentale spécialisé et axé sur les compétences. L'objectif ultime de l'étude consiste à élaborer un système de formation axée sur les compétences pour la santé mentale qui réduit le risque, accroît la résilience et améliore les efforts de traitement. Les cadets de la GRC qui y participent fourniront des données importantes sur leur santé physique et mentale, à partir de leur première journée de formation, puis tout au long de leurs cinq premières années à titre d'agents de la GRC. Les conclusions de



cette étude aideront à élaborer des stratégies appropriées de mieux-être mental et de correction pour la GRC, ainsi qu'à orienter les approches d'autres organismes d'intervention d'urgence. La participation des cadets de la GRC à l'étude a commencé en avril 2019.

- ▶ S'appuyant sur les réussites des FAC, la formation RVPM est en cours d'adaptation pour les groupes de personnel de la sécurité publique à l'échelle du gouvernement, y compris le personnel des services frontaliers, les agents correctionnels fédéraux, la GRC et le personnel opérationnel et du renseignement.

En partenariat avec Sécurité publique Canada, le Centre des sciences pour la sécurité (CSS) de Recherche et développement pour la défense Canada (RDDC) s'emploie à renforcer la capacité du Canada d'anticiper, de prévenir et d'atténuer, de se préparer, d'intervenir et de se remettre d'actes de terrorisme, de crimes, de catastrophes naturelles et d'accidents graves par la convergence des sciences et de la technologie avec les politiques, les opérations et le renseignement. Dans le cadre de ce travail, RDDC finance des projets qui visent à éclairer les besoins actuels et futurs du personnel canadien chargé de la sécurité publique par l'élaboration de normes précises en matière de santé et de bien-être et par la recherche sur les modèles de soins de santé et de bien-être.

Le Service canadien du renseignement de sécurité (SCRS), l'Agence des services frontaliers du Canada et la GRC offrent également de la formation, des protocoles et des programmes de soutien aux employés occupant des postes à risque élevé d'exposition à des documents offensants et répugnants.

Employés de la Garde côtière canadienne

La Garde côtière canadienne (GCC) a élaboré un programme de formation sur la résilience face aux traumatismes afin de reconnaître et de répondre aux besoins des employés opérationnels de la GCC et du ministère des Pêches et des Océans (MPO) qui souffrent ou pourraient souffrir d'une BSO, d'un traumatisme ou du TSPT. Le risque d'être touché par des événements traumatisants chez les employés de la Garde côtière est considéré comme élevé, et ce module de formation sert à renforcer la résilience au moyen de la sensibilisation et d'outils préalables à l'incident pour aider les employés à composer avec les incidents quand ils surviennent. La formation sur la résilience face aux traumatismes vise à créer une organisation plus sensible aux traumatismes, à déstigmatiser les réactions aux traumatismes et à prévenir les traumatismes.

Tous les employés fédéraux

Les Services d'aide aux employés (SAE) de Santé Canada ont élaboré et formé une équipe d'[intervention d'urgence psychosociale](#). Cette équipe de professionnels du traumatisme de partout au Canada offre ses services, sur demande, pour aider les ministères et organismes fédéraux à gérer les activités d'intervention psychologique et sociale et de rétablissement lorsqu'un événement traumatisant majeur se produit en milieu de travail. Cette équipe a été déployée dans des événements comme la catastrophe ferroviaire de Lac-Mégantic et l'attaque à la voiture-bélier survenue sur la rue Yonge, à Toronto.



Le SAE offre également une formation préalable à l'incident, qui est axée sur la compréhension et la catégorisation des types de stress et des réactions courantes au stress excessif en mettant l'accent sur la gamme d'outils nécessaires pour gérer le stress et créer de la résilience.

Les ministères fédéraux dont les employés sont plus à risque d'être exposés à des événements traumatisants disposent d'outils supplémentaires comme les programmes [Gestion du stress lié aux incidents critiques](#) (GSIC), qui offrent un soutien psychosocial avant, pendant et après une catastrophe ou un incident critique. Par exemple, le Service correctionnel du Canada offre le programme de GSIC à tous les employés, le ministère des Pêches et des Océans l'offre à la Garde côtière, aux agents de protection et de conservation, et Santé Canada a un programme de GSIC qui fournit des services axés sur la prévention et l'intervention au personnel infirmier (du gouvernement fédéral et des bandes) qui travaille dans des collectivités éloignées des Premières Nations.

Le gouvernement fédéral dispose également d'une série d'outils et de ressources pour appuyer les employés qui ont des problèmes de santé mentale. Il s'agit notamment des programmes d'aide aux employés qui donnent accès à des fournisseurs de soins de santé mentale (y compris le soutien pour les événements traumatisants), de gestion de l'incapacité, du retour au travail, des programmes d'obligation de prendre des mesures d'adaptation et des indemnités d'accident du travail pour les blessures et les maladies professionnelles.

En 2016, le gouvernement fédéral a adopté la [Stratégie pour la fonction publique fédérale sur la santé mentale en milieu de travail](#), qui exige que les ministères fédéraux élaborent des plans d'action exhaustifs en matière de santé mentale. Par conséquent, bon nombre d'entre eux ont adopté

une approche holistique de la santé et du bien-être, axée sur le bien-être physique et psychologique des employés par la prévention, la promotion et l'intervention et la déstigmatisation des problèmes de santé mentale en milieu de travail. Cela comprend l'adoption de la [Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail](#).

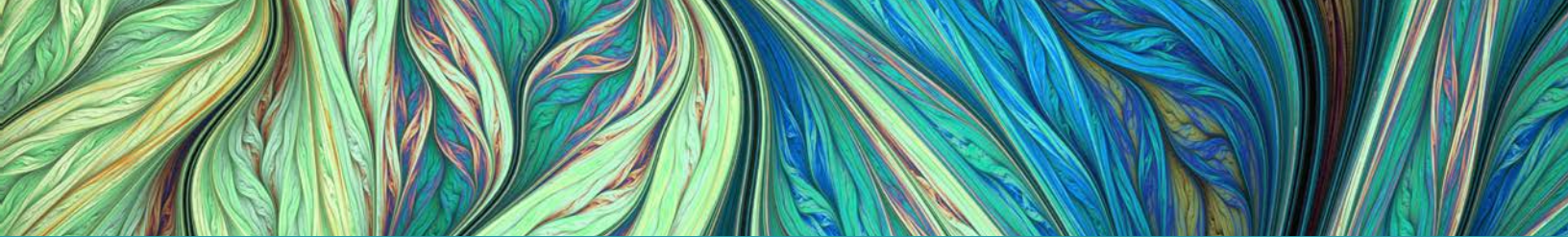
Populations autochtones

Le [Programme de soutien en santé - résolution des questions des pensionnats indiens](#), et les [Services de soutien à la santé pour les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées \(FFADA\)](#) collaborent avec les personnes, les familles et les collectivités qui guérissent des traumatismes intergénérationnels et non résolus découlant de leur expérience des pensionnats ou de la perte et du deuil liés aux FFADA, au moyen de mesures de soutien culturel et émotionnel et de l'accès à des services de counseling en santé mentale qui tiennent compte des traumatismes et qui sont sécuritaires sur le plan culturel.

Réfugiés et autres nouveaux arrivants

Dans le cadre de son [Programme d'établissement](#), Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada finance des organismes fournisseurs de services qui offrent des soutiens non cliniques liés à la santé mentale et qui fournissent de l'information sur la santé communautaire aux nouveaux arrivants. Le Ministère appuie également le renforcement des capacités des fournisseurs de services afin qu'ils puissent répondre aux besoins des groupes vulnérables, en particulier les femmes, les jeunes, les aînés et les réfugiés.

Le [Programme fédéral de santé intérimaire](#) offre une protection temporaire limitée en matière de soins de santé aux réfugiés réinstallés, aux demandeurs d'asile et à d'autres groupes, comme les victimes de la traite



de personnes, et aux personnes détenues sous le régime de la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés, jusqu'à ce qu'ils deviennent admissibles aux soins de santé provinciaux ou territoriaux ou, dans le cas des demandeurs d'asile, qu'ils quittent le Canada. Cette protection comprend une vaste gamme de services de soutien en santé mentale offerts par des omnipraticiens, des psychiatres, des psychologues, des psychothérapeutes autorisés, des thérapeutes-conseils autorisés et des travailleurs sociaux autorisés. La couverture est également offerte pour les médicaments sur ordonnance, ainsi que pour l'interprétation et la traduction pendant les séances de consultation.

Tous les Canadiens

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) s'emploie à réduire les facteurs de risque transversaux pour les problèmes de santé mentale – y compris le TSPT – comme la violence, la discrimination, la stigmatisation et d'autres formes de traumatismes qui peuvent avoir des répercussions durables sur la santé mentale et physique. L'ASPC a fait des investissements stratégiques dans des projets communautaires visant à améliorer la santé physique et mentale des personnes qui ont subi le traumatisme de la violence familiale. L'ASPC a également dirigé l'élaboration du *Cadre fédéral de prévention du suicide*, publié en 2016, qui énonce les principes directeurs et les objectifs stratégiques du gouvernement du Canada en matière de prévention du suicide. Cette initiative contribue à accroître la sensibilisation et à réduire la stigmatisation, à mieux diriger les gens vers l'information et les ressources, et à accélérer l'innovation et la recherche en prévention du suicide.

Le gouvernement du Canada investit, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), dans la recherche sur la santé mentale et

les troubles du comportement comme le TSPT, les BSPT, le suicide et la consommation de substances. Les investissements des IRSC dans la recherche en santé mentale et la recherche sur les troubles du comportement permettent d'établir la base de données probantes nécessaire pour informer les décideurs et les cliniciens de la façon d'offrir les services de santé mentale les plus efficaces aux Canadiens, y compris ceux qui vivent avec le TSPT et ceux qui en souffrent.

Dans le cadre de son Accord de 2017 sur la santé conclu avec les provinces et les territoires, le gouvernement fédéral a investi plus de 5 milliards de dollars sur 10 ans dans les services de santé mentale en fonction de principes sur les priorités partagées en matière de santé. Des investissements supplémentaires par l'entremise du [Fonds d'urgence pour le traitement](#) ont été versés aux provinces et aux territoires pour répondre à un besoin aigu de soins et de traitements immédiats pour les personnes aux prises avec des troubles liés à la consommation de substances.

Statistique Canada recueille, analyse et fournit des données statistiques de grande qualité sur un éventail de sujets pertinents qui nous aident à mieux comprendre le TSPT, y compris ceux qui sont liés à la santé, à la justice, au bien-être social et aux populations particulières. Le Programme de la santé de la population de Statistique Canada recueille des données sur les problèmes de santé chroniques diagnostiqués dans la population générale, y compris les troubles de l'humeur et d'anxiété. En partenariat avec d'autres intervenants pertinents, le Centre de données sur la santé de la population examine comment Statistique Canada peut élaborer un nouvel ensemble de projets liés à la santé mentale des Canadiens. Une initiative visant à rendre les données sur la santé de la population plus pertinentes intègre les données d'enquête existantes qui comprennent de



L'information sur les diagnostics du TPST aux dossiers de santé administratifs et à l'information provenant du recensement.

Autres partenaires et intervenants qui offrent un soutien et des services en matière de TSPT

Commission de la santé mentale du Canada (CSMC)

La CSMC est un organisme de santé pancanadien financé par le gouvernement du Canada. Elle dirige l'élaboration et la diffusion de programmes et d'outils novateurs à l'appui de la santé mentale et du bien-être des Canadiens.

La CSMC a joué un rôle de premier plan dans le renforcement de la capacité de faire progresser la santé mentale du personnel de la sécurité publique. Grâce à la collaboration des intervenants, la CSMC a élaboré et adapté des outils et des ressources de formation pour permettre aux organismes d'adopter des stratégies exhaustives en matière de mieux-être mental. Le programme L'esprit au travail premiers intervenants, adapté du programme En route vers la préparation mentale des FAC, vise à atténuer la stigmatisation associée à la maladie mentale et à promouvoir la santé mentale et la résilience dans le milieu de travail de la sécurité publique. Le programme comprend un outil d'autoévaluation et un ensemble de techniques de thérapie cognitivo-comportementale fondées sur des données probantes qui aident les personnes à faire face au stress et à améliorer leur santé mentale et leur résilience.

La CSMC offre également sa formation [Premiers soins en santé mentale](#) (PSSM) moyennant certains frais, partout au Canada. Cette formation enseigne aux participants à reconnaître les signes et les

symptômes des problèmes de santé mentale les plus courants afin de pouvoir soutenir les personnes qui présentent des signes précoces de problème de santé mentale ou de crise et de les diriger vers les services de soutien appropriés.

La CSMC dispose d'une série de vidéos éducatives qui présentent les histoires de membres du personnel canadien de la sécurité publique d'un océan à l'autre et qui ont connu et surmonté des problèmes de santé mentale, y compris le TSPT. Au cours de la dernière décennie, la CSMC a réduit la stigmatisation chez divers groupes cibles (p. ex. les jeunes, les fournisseurs de soins de santé, la main-d'œuvre, les médias d'information et la stigmatisation des premiers répondants à l'égard des utilisateurs d'opioïdes) grâce à son programme [Changer les mentalités](#).

Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique (ICRTSP)

L'ICRTSP a pour mission de fournir un carrefour canadien d'échange de connaissances pour la recherche et l'analyse stratégiques sur le bien-être en matière de sécurité publique en collaborant avec les chefs de file de la sécurité publique et avec des universitaires de partout au Canada pour traduire et mobiliser les connaissances en recherche qui répondent aux besoins actuels et futurs du personnel canadien de la sécurité publique, de son leadership et de ses familles. Par l'entremise de son réseau national, l'ICRTSP répond aux besoins cernés du personnel de la sécurité publique en produisant ou en facilitant les données probantes nécessaires à la mobilisation de stratégies et à l'affectation de ressources à l'appui de soins de santé mentale de grande qualité et facilement accessibles pour tout le personnel de la sécurité publique. L'ICRTSP s'emploie à améliorer la santé et le bien-être à long



terme des personnes directement ou indirectement liées au personnel de la sécurité publique, y compris le personnel de première ligne, le personnel de soutien, les familles du personnel et le personnel à la retraite. La recherche effectuée par l'ICRTSP est axée sur les expositions, les expériences et l'environnement professionnels uniques auxquels font face les personnes qui sont liées directement ou indirectement au personnel de la sécurité publique.

Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans (ICRSMV)

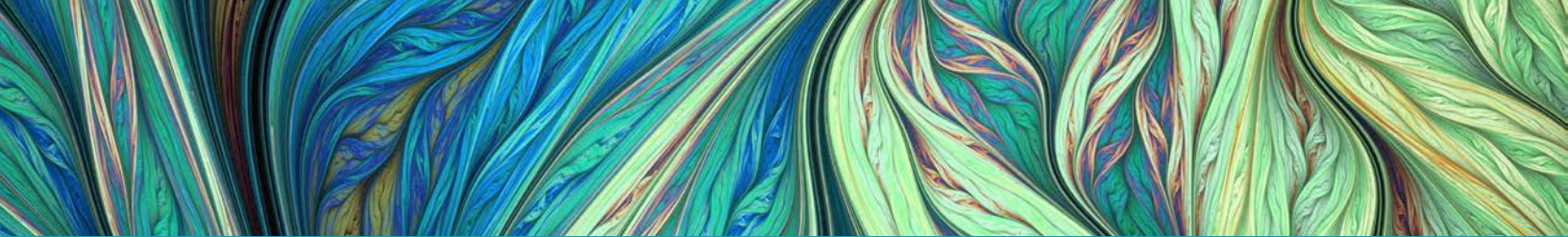
L'ICRSMV rassemble un réseau de 43 membres d'universités canadiennes, de 10 affiliés mondiaux, de 4 organisations philanthropiques, de 3 partenaires de l'industrie, de plusieurs ministères et de plus de 1 700 chercheurs, qui s'engagent tous à améliorer la façon dont le Canada prend soin des membres des Forces armées, des anciens combattants et de leurs familles. À titre de plaque tournante canadienne de la recherche sur la santé des militaires, des anciens combattants et de leur famille, l'ICRSMV fournit l'infrastructure nécessaire pour répondre à un plus grand nombre de besoins en matière de recherche sur la santé des militaires, des anciens combattants et des familles du Canada en améliorant l'accessibilité de la recherche sur la santé des militaires, des anciens combattants et des familles et en mobilisant les intervenants pour favoriser la collaboration, ce qui permet d'accroître la recherche et d'améliorer les activités d'application des connaissances.

L'ICRSMV organise également un forum annuel pour mobiliser les leaders d'opinion du gouvernement, du milieu universitaire, de l'industrie et des secteurs philanthropiques. Les questions abordées au forum comprennent les troubles mentaux, comme le TSPT, la prévention et le traitement des problèmes de santé chroniques, la prévention du suicide et la transition à la vie civile. Depuis 2018, l'ICRSMV a collaboré avec l'ICRTSP pour inscrire la recherche sur le personnel de la sécurité publique à l'ordre du jour. Le forum offre aux participants une occasion importante de présenter de nouvelles recherches, d'échanger et de partager des idées, d'apprendre et de collaborer sur les besoins des militaires, des anciens combattants, du personnel de la sécurité publique et de leurs familles.

Provinces et territoires

Toutes les provinces et tous les territoires ont des stratégies en matière de santé mentale qui mettent l'accent sur les approches en amont en matière de soins et de services de santé mentale, de réduction de la stigmatisation et de traitement. Ces stratégies reconnaissent les répercussions des traumatismes (y compris les traumatismes intergénérationnels et historiques) sur la santé mentale et comme facteur de risque de préjudices liés aux substances et de suicide.

Bon nombre de provinces et de territoires reconnaissent les répercussions du TSPT sur leur main-d'œuvre et ont adopté des lois présomptives pour le TSPT. Une loi présomptive établit un lien entre une maladie ou une affection prouvée comme étant un danger associé à une occupation particulière et permet un accès plus rapide aux services et aux prestations si elle est diagnostiquée.



En septembre 2019, il y avait une loi présomptive sur les allégations en matière de santé mentale au travail dans toutes les administrations du Canada, à l'exception du Québec, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut. Bien que ce type de loi se limite au TSPT dans la plupart des provinces et territoires, il s'applique à un ensemble plus vaste de blessures psychologiques en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan et à l'Île-du-Prince-Édouard. Les professions visées par ce type de loi vont des premiers répondants (policiers, pompiers, ambulanciers paramédicaux) au Nouveau-Brunswick et au Yukon au personnel de la sécurité publique (qui comprend souvent des agents correctionnels, du personnel infirmier et des répartiteurs) en Colombie-Britannique, en Ontario et en Nouvelle-Écosse à toutes les professions en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador.

L'Alberta, l'Ontario, la Colombie-Britannique, la Saskatchewan et le Yukon offrent des programmes officiels de soutien aux jurés, ce qui permet au moins quatre séances de counseling gratuites au besoin, à la suite d'un procès. La plupart des autres provinces et des territoires ont mis en place des mécanismes de soutien des jurés, qui ne reposent toutefois pas sur un programme officiel. Le niveau de soutien varie d'une administration à l'autre.

Deux provinces ont déposé un projet de loi désignant le 27 juin comme journée de sensibilisation au TSPT. L'Alberta a célébré sa première journée de sensibilisation au TSPT le 27 juin 2016 et l'Ontario a commencé en 2019. Cette journée a été créée pour sensibiliser la population à la question, réduire la stigmatisation et reconnaître les personnes qui vivent avec le TSPT, ainsi que la valeur de l'expérience vécue.

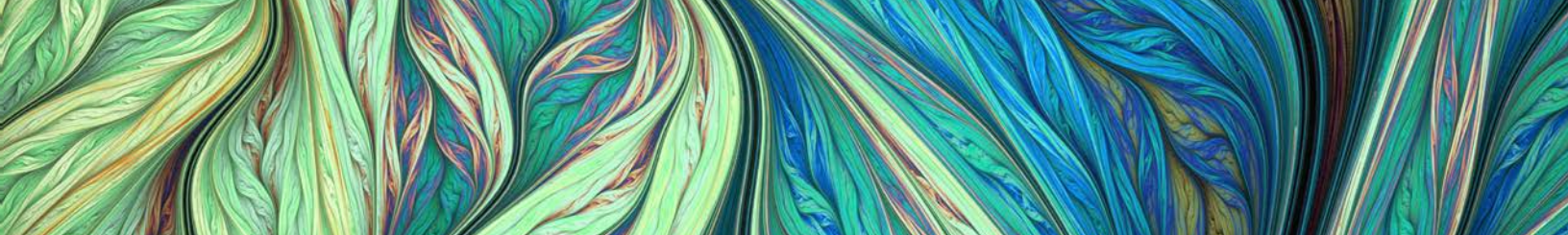
Organisations Autochtones

Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations

Le *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations* (CCMMPN) est un cadre national qui traite du mieux-être mental chez les Premières Nations au Canada. Ce cadre a été élaboré en collaboration par l'Assemblée des Premières Nations, l'ancienne Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, la Native Mental Health Association et d'autres leaders communautaires en santé mentale.

Le CCMMPN est conçu pour renforcer les programmes fédéraux de mieux-être mental et pour intégrer adéquatement les programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux. Le CCMMPN guide également les collectivités afin qu'elles puissent mieux planifier, mettre en œuvre et coordonner des réponses exhaustives aux défis en matière de bien-être mental d'une manière conforme aux priorités communautaires.

Le CCMMPN s'articule autour de cinq grands thèmes : la culture en tant que base; la prise en charge du développement communautaire et le renforcement des capacités; le système de soins de qualité et la prestation de services compétents; la collaboration avec les partenaires; et un financement plus souple⁶⁷.



Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits

Lancée en 2016 par Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), la [Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits](#) (SNPSI) (en anglais seulement) a établi une série de mesures et d'interventions visant à réduire les taux élevés de suicide chez les Inuits. La Stratégie favorise une compréhension commune du contexte et des facteurs de risque sous-jacents du suicide dans les collectivités inuites et oriente les politiques aux niveaux régional et national sur les approches de prévention du suicide fondées sur des données probantes⁶⁸.

La SNPSI décrit six domaines d'action et d'investissement prioritaires : créer l'équité sociale; assurer la continuité culturelle; favoriser la santé des enfants inuits; assurer l'accès à un continuum de services de bien-être mental pour les Inuits; guérir les traumatismes et les chagrins non résolus; et mobiliser les connaissances inuites pour favoriser la résilience et la prévention du suicide.

Bien que la Stratégie mette l'accent sur la prévention du suicide et la réduction des facteurs de risque, elle vise également à renforcer la résilience globale et à accroître les facteurs de protection qui ont des répercussions sur le bien-être mental. Dans le domaine prioritaire de la « guérison des traumatismes et du deuil non résolu », la Stratégie vise à traiter des répercussions actuelles et continues des traumatismes historiques et intergénérationnels, ainsi que des pertes traumatisantes découlant du suicide et d'autres événements tragiques. Les objectifs particuliers de ce domaine prioritaire comprennent l'élaboration d'approches, de ressources et de services propres aux Inuits à l'intention des premiers répondants dans les collectivités qui peuvent être touchés par l'exposition aux conséquences du suicide et des tentatives de suicide.



ANNEXE D

GLOSSAIRE

TRAUMATISME PSYCHOLOGIQUE

Utilisé avec la permission de l'Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique (ICRTSP)

Ce document est également disponible sur:

Glossaire des termes : <https://www.cipsrt-icrtsp.ca/fr/glossaire-des-termes/>

Glossaire des termes (version imprimable PDF) : https://www.cipsrt-icrtsp.ca/fr/wp-content/uploads/sites/6/2020/01/Glossaire-des-termes-Version-2.0_2020.pdf





Une compréhension commune des termes courants utilisés pour décrire les traumatismes psychologiques
(Version 2.0)

©Droits d'auteur par l'Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique, 2019

Tous les droits sont réservés

Coordonnées :

ICRTSP

Université de Regina

3737 Wascana Parkway

Regina, SK, S4S 0A2

Pour tout commentaire ou toute question concernant le glossaire, veuillez faire parvenir
un courriel au : Glossary@cipsrt-icrtsp.ca

Document conçu et formaté par: Jirayu (Jane) Uttarakorn, MAsc., MFA

Revue éditoriales par: Emilie Kossick, BSc, MA, and Cynthia Sanders, MPA

Révision du français : Nicole Charbonneau (B.A. - Traduction), Caeleigh Landry, BA (Hons)

Comment citer ce glossaire :

L'Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique (ICRTSP). (2019). Glossaire des termes: Une compréhension commune des termes courants utilisés pour décrire les Traumatismes psychologiques (version 2.0). Regina, SK: Auteur. <http://hdl.handle.net/10294/9057>

(CIPSRT, 2019)



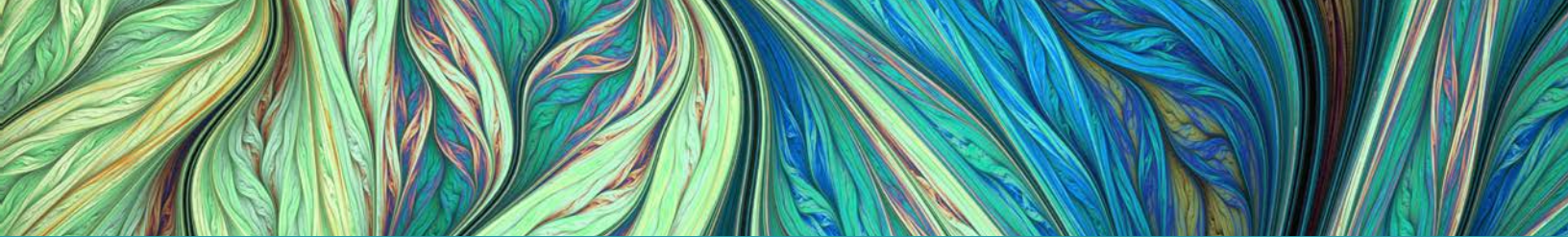
Préambule

Trouble de stress post-traumatique (TSPT) : est une affection potentiellement invalidante qui est maintenant un problème de santé publique largement reconnu, particulièrement chez le *personnel de la sécurité publique (PSP)*. Une récente étude menée par Carleton et coll. (2018) s'est penchée sur la proportion de membres du PSP canadien qui présentent des ensembles de symptômes correspondant à divers *troubles mentaux*. Les résultats indiquent que 23,2 % de l'échantillon total étaient positif au dépistage du TSPT (d'autre part, les estimations de la prévalence du TSPT dans la population générale varient de 1,1 à 3,5 %). Le TSPT et d'autres *troubles mentaux* préoccupent tous les Canadiens; néanmoins, la Loi sur le cadre fédéral relatif – à l'état de stress post-traumatique a été adoptée pour répondre au fait que « de toute évidence, des personnes ayant occupé des fonctions de premier répondant, de pompier, de militaire, d'agent correctionnel ou de membre de la Gendarmerie royale du Canada ont besoin de recevoir, de façon directe et en temps opportun, du soutien » pour le TSPT. La Loi prévoyait la création d'un cadre fédéral sur le TSPT. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a reçu le mandat de veiller à la mise en œuvre de la Loi. Dès le début, le besoin d'un glossaire terminologique sur les *traumatismes psychologiques* est devenu évident et, en collaboration avec l'ASPC et d'autres partenaires, l'Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique (ICRTSP) a dirigé l'élaboration du glossaire.

L'élaboration d'un glossaire de termes décrivant la *santé mentale* et les *problèmes de santé mentale* constitue un défi de taille. Aucune liste universellement acceptée ne fonctionne pour chaque personne ou chaque situation. Les mots utilisés pour décrire la *santé mentale* et les *problèmes de santé mentale* ont des significations différentes selon les personnes et les contextes. Par conséquent, il est nécessaire d'établir un glossaire permettant de rendre le langage évolutif du TSPT et des termes connexes accessible à tous. Une telle ressource fournirait un langage commun que divers intervenants (p. ex., chercheurs, professionnels de la santé, PSP) pourraient utiliser afin de communiquer plus efficacement.

Les professionnels de la santé choisissent très soigneusement les mots pour décrire les signes, les symptômes et les *diagnostics* des *troubles mentaux*. L'utilisation prudente des mots aide les professionnels à résumer des ensembles complexes de signes et de symptômes, en proposant aux patients les traitements les plus susceptibles de les aider. L'utilisation prudente des mots aide également les chercheurs à mettre au point de meilleurs outils d'évaluation, de traitement, de *diagnostic* et de prévention. Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM; American Psychiatric Association, 2013) et la Classification internationale des maladies (CIM; Organisation mondiale de la santé, 2018) fournissent chacun des critères largement utilisés pour le *diagnostic des troubles mentaux*.

Le langage utilisé pour décrire les divers aspects de la *santé mentale* et les *problèmes de santé mentale* est continuellement peaufiné. Les définitions que nous proposons dans la version actuelle du glossaire ne reflètent peut-être pas encore le consensus des auteurs du présent document, parce que dans certains cas, les définitions font l'objet d'un débat important; cependant, dans tous les cas, nous avons essayé de fournir la définition la plus équilibrée et la plus collaborative possible. Actuellement, seuls quatre termes du glossaire sont des catégories de *diagnostic* dans les éditions actuelles du DSM ou de la CIM : *Épuisement professionnel*, *Trouble de stress aigu (TSA)*, *Trouble de stress post-traumatique (TSPT)* et le *TSPT complexe (TSPT-C)*. De nombreux autres termes connexes sont également utilisés, avec plus ou moins d'appui.



Des définitions distinctes ont été incluses pour les termes qui sont fréquemment utilisés de façon familière; plusieurs sont souvent utilisés de façon inappropriée ou pourraient être modulés dans les définitions d'autres termes. Ces termes ont été inclus dans le cadre d'un effort visant à favoriser l'adoption d'un langage plus précis et moins stigmatisant. Au fur et à mesure que la langue change, nous nous attendons à ce que les termes les moins appropriés disparaissent de l'usage. Dans l'intervalle, des suggestions ont été faites pour trouver d'autres termes qui seraient plus précis ou moins stigmatisants et, dans certains cas, nous avons explicitement recommandé un autre terme en raison de son utilisation historiquement inappropriée, de stigmatisation ou de confusion.

L'utilisation du langage pour la *santé mentale* et les *problèmes de santé mentale* diffère souvent entre les professionnels de diverses disciplines et de nombreux mots utilisés dans des contextes professionnels ont des significations différentes pour les personnes qui ne sont pas des professionnels de la santé. De plus, de nombreux facteurs culturels y compris les valeurs, les préférences, l'expérience clinique et les résultats de la recherche, façonnent notre façon de voir la santé mentale et les problèmes de santé mentale. Par exemple, au cours des dernières années, le mot « *blessure* » a été utilisé plus souvent pour décrire certains *problèmes de santé mentale*, remplaçant le terme « *trouble* », qui a une signification importante pour les professionnels de la santé. D'une part, le mot « *blessure* » contribue à diminuer la stigmatisation qui peut accompagner le terme « *trouble* ». D'autre part, le mot « *trouble* » a une signification profonde pour les professionnels de la santé qui communique des renseignements importants sur l'état d'une personne, ses limites fonctionnelles et son traitement optimal.

Le présent glossaire vise à promouvoir une compréhension commune d'un bon nombre des termes communs utilisés pour décrire la *santé mentale* et les *problèmes de santé mentale* dans le contexte de l'exposition à des *événements* et à des *facteurs de stress potentiellement traumatiques sur le plan psychologique*. Cette intention s'inscrit dans le cadre d'un effort continu visant à combler les écarts qui peuvent exister entre les professionnels de la santé et les diverses collectivités qu'ils servent. Le présent glossaire met l'accent sur le *Trouble de stress post-traumatique* et les termes qui y sont étroitement liés, mais cela ne signifie pas que les autres *problèmes de santé mentale* qui peuvent être causés par un ou plusieurs *événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique*, comme la dépression, l'anxiété, la psychose, la dépendance, le suicide, pour n'en mentionner que quelques-uns, sont moins importants. Comme les domaines de la *santé mentale* et des *problèmes de santé mentale* sont en constante évolution, le présent glossaire est un « document évolutif » qui sera révisé au fil du temps pour tenir compte de nouvelles connaissances.

Références

- American Psychiatric Association. (2013). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e édition Washington, D.C. : auteur.
- Carleton, R. N., Afifi, T. O., Turner, S., Taillieu, T., Duranceau, S., LeBouthillier, D. M., Sareen, J., Ricciardelli, R., MacPhee, R. S., Groll, D., Hozempa, K., Brunet, A., Weekes, J. R., Griffiths, C. T., Abrams, K. J., Jones, N. A., Beshai, S., Cramm, H. A., Dobson, K. S., Hatcher, S., Keane, T. M., Stewart, S. H. et Asmundson, G. J. G. (2018). « *Les symptômes du trouble mental chez le personnel de la sécurité publique au Canada* ». *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 63, p. 54-64. DOI : 10.1177/0706743717723825
- Organisation mondiale de la santé (2018). *Normes canadiennes de codification pour la version 2018 de la CIM 11-CA*, Canada : Organisation mondiale de la santé

Remerciements

L'ICRTSP est extrêmement reconnaissant envers tous les collaborateurs qui ont contribué à la création de cette ressource. Nous tenons à souligner quatre personnes qui se sont surpassées pour assurer le succès de ce document. Remerciements particuliers aux personnes suivantes : James Thompson, Valerie Testa, Alexandra Heber et Kadie Hozempa

Nous remercions tout particulièrement l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans (ICRSMV), Sécurité publique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada pour leur appui qui a permis la réalisation de cette ressource. De plus, nous aimerions remercier les employeurs et les universités de nos collaborateurs qui ont donné aux membres du comité le temps nécessaire pour réaliser cette ressource.

L'ICRTSP remercie les personnes et organismes suivants pour leur contribution à l'élaboration du présent glossaire : [Énumérez par ordre alphabétique toutes les personnes qui ont contribué, y compris le personnel de l'ICRTSP]

Dr Gordon Asmundson, Ph. D., psychologue agréé, professeur de psychologie, Université de Regina; membre, Société royale du Canada; rédacteur en chef, Cognitive Behaviour Therapy

Lieutenant-colonelle Suzanne Bailey, officier de travail social en chef, Formation en travail social et en santé mentale, Quartier général du groupe des services de santé des forces canadiennes, Forces armées canadiennes

Dre Suzette Brémault-Phillips, ergothérapeute, Ph. D., DCA, professeure agrégée, département d'ergothérapie, faculté de médecine de réadaptation, Université de l'Alberta; directrice, CRS DH (Consortium de recherche sur le support et défense des héros), Université de l'Alberta

Dr R. Nicholas Carleton, Ph. D., psychologue agréé, professeur de psychologie, Université de Regina; directeur scientifique, Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique, Université de Regina

Dre Lina Carrese, D. Psy., psychologue en chef, Planification stratégique en santé mentale, Anciens combattants Canada

Dre Susan T. Dowler, Ph. D., C. Psych., chef de pratique clinique en psychologie, Quartier général du groupe des services de santé des forces canadiennes, ministère de la Défense nationale, Ottawa (Ontario)

Dr Deniz Fikretoglu, Ph. D., scientifique de la défense, Recherche et développement pour la défense Canada, Direction générale de Toronto, Section du comportement et de la performance de l'individu

Dre Shelley Hale, TASS, directrice, Services de soins aux patients, Clinique pour traumatismes de stress opérationnel, Centre de santé mentale royal Ottawa

Dr. Kyle Handley, psychologue principal, Police régionale de York, président du Canadian Association Chiefs of Police Psychological Services Committee

Dr Simon Hatcher, MMedSC, M.D., FRCPC, FRANZCP, MRCPsych., vice-président, Département de psychiatrie, Université d'Ottawa; scientifique, Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa

Lieutenant-colonelle (retraîtée) Alexandra Heber, M.D., FRCPC, psychiatre en chef, Anciens Combattants Canada (ACC); professeure adjointe, département de psychiatrie, Université d'Ottawa

Dr Marnin J. Heisel, Ph. D., C. Psych., professeur agrégé, département de psychiatrie et département d'épidémiologie et de biostatistique, Université Western Ontario; scientifique, Lawson Health Research Institute, London (Ontario).

Kadie Hozempa, B.A. (avec distinction), coordonnatrice de projet de recherche, Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique, Université de Regina

Dre Vivien Lee, Ph. D., C. Psych., psychologue, fondatrice, Centre for Trauma Recovery & Growth; conseillère clinique, Boots on the Ground, Toronto Beyond the Blue, Wounded Warriors Canada, Toronto (Ontario)

Dre Megan McElheran, D. Psy. psychologue clinicienne, WGM psychological services, Calgary (Alberta) Dr- Ron Martin, Ph. D., psychologue agréé, professeur de psychologie, Université de Regina

Dre Rosemary Ricciardelli, Ph. D., professeure de sociologie; coordonnatrice de la criminologie et coordonnatrice des études policières au département de sociologie, Université Memorial (Terre-Neuve).

Dr J. Don Richardson, MD, FRCPC, psychiatre consultant, médecin-chef, St. Joseph's Operational Stress Injury Clinic, Parkwood Institute; directeur scientifique, MacDonald/Franklin OSI Research Centre; professeur agrégé – département de psychiatrie, Schulich School of Medicine & Dentistry, Université Western; chercheur agrégé, Lawson Health Research Institute; professeur clinique adjoint, département de psychiatrie et neuroscience comportementale, Université McMaster

Dre Maya Roth, Ph. D., C. Psych., responsable clinique et psychologue, Joseph's Operational Stress Injury Clinic – Grand Toronto; membre associée Yeates School of Graduate Studies, Université Ryerson; scientifique associée, Lawson Health Research Institute, London (Ontario)

Valerie Testa, M.Sc.(c), B.Ed., B.A. (avec distinction), EAO, CCRP, associée principale de recherche clinique, Programme d'épidémiologie clinique, Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa; conseillère spéciale auprès du directeur scientifique, ICRTSP; École interdisciplinaire des sciences de la Santé, Université d'Ottawa

Dr James M. Thompson, M.D., CCMF-MU, FCFP., professeur agrégé auxiliaire, département des sciences de la santé publique, Université Queen's; consultant médical en recherche, Institut de recherche sur la santé des militaires et des vétérans du Canada

Dre Anne C. Wagner, Ph. D., C. Psych., professeure auxiliaire, département de psychologie, Université Ryerson; fondatrice, Remedy



ACRONYMS

ACC	Anciens Combattants Canada
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BSO	Blessure de stress opérationnel
BSPT	Blessure de stress post-traumatique
CCMEMPN	Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations
CIM	Classification internationale des maladies
CPT	Croissance post-traumatique
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
ENE	Expériences négatives de l'enfance
FAC	Forces armées canadiennes
ICRSMV	Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans
ICRTSP	Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique
PSP	Personnel de la sécurité publique
SPT	Stress post-traumatique
SSPT	Syndrome de stress post-traumatique
TSA	Trouble de stress aigu
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
TSPT-C	Trouble de stress post-traumatique complexe

B	<i>Bien-être</i>
	<i>Blessure de stress opérationnel (BSO)</i>
	<i>Blessure de stress post-traumatique</i>
	<i>Blessure de stress professionnel/Blessure de stress organisationnel</i>
	<i>Blessure en santé mentale / Blessure psychologique</i>
	<i>Blessure morale</i>
	<i>Blessure traumatique sur le plan psychologique / stress traumatique sur le plan psychologique / facteur de stress traumatique sur le plan psychologique</i>
C	<i>Croissance post-traumatique</i>
D	<i>Diagnostic</i>
E	<i>Épuisement professionnel</i>
	<i>Événement traumatique / Stress traumatique / Facteur de stress traumatique</i>
	<i>Expériences négatives de l'enfance (ENE)</i>
F	<i>Fatigue de compassion</i>
I	<i>Incident critique</i>
M	<i>Maladie mentale</i>
	<i>Mieux-être</i>
P	<i>Personnel de la sécurité publique</i>
	<i>Personnes ayant une expérience vécue / Experts d'expérience</i>
	<i>Premier répondant</i>
	<i>Problèmes de santé mentale / Difficultés d'ordre psychologique</i>
R	<i>Résilience</i>
	<i>Rétablissement</i>
S	<i>Santé</i>
	<i>Santé mentale</i>
	<i>Stress / Facteur de stress / Événement stressant</i>
	<i>Stress post-traumatique (SPT)</i>
	<i>Stress traumatique vicariant ou secondaire</i>
<i>Syndrome de stress post-traumatique</i>	
T	<i>Traumatisme / Blessure traumatique</i>
	<i>Traumatisme complexe</i>
	<i>Traumatisme psychologique / Blessure traumatique sur le plan psychologique / Traumatisé sur le plan psychologique</i>
	<i>Traumatisme vicariant ou secondaire</i>
	<i>Trois services d'intervention d'urgence</i>
	<i>Trouble de stress aigu (TSA)</i>
	<i>Trouble de stress post-traumatique (TSPT)</i>
	<i>Trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT-C)</i>
<i>Troubles mentaux</i>	
V	<i>Violence interpersonnelle</i>

Les mots définis dans ce glossaire sont indiqués en ***italique***.
 Les définitions contenues dans le glossaire sont présentées par ordre alphabétique. Pour chaque terme, nous offrons à la fois une version pour les experts et une version en langage simple.

Note : Dans ce document, le genre masculin est utilisé comme générique, dans le seul but de ne pas alourdir le texte.



Bien-être

Pour les experts

- Il existe de nombreuses façons de comprendre le terme « *bien-être* », et en anglais, il n'existe pas de norme universelle pour l'orthographe « *well-ness* » avec un trait d'union ou « *wellness* » sans trait d'union.
- Les psychologues parlent souvent de formes de *bien-être* psychologique subjectif, comme le bonheur ou la qualité de vie. Les économistes parlent de formes de *bien-être* objectif, comme le produit national brut ou le revenu des ménages. Récemment, des chercheurs de partout dans le monde ont commencé à envisager le *bien-être* en termes plus larges qui englobent tous les différents types de *bien-être*.
- Anciens Combattants Canada (ACC) et les Forces armées canadiennes (FAC) décrivent le *bien-être* à l'aide d'un cadre général qui comprend sept domaines en interaction :
 1. emploi ou autre activité importante;
 2. finances;
 3. *santé*;
 4. compétences de vie ou état de préparation;
 5. intégration sociale;
 6. logement ou environnement physique; et
 7. milieu social et culturel. Le milieu culturel ou social comprend un large éventail de facteurs tels que les valeurs, les normes, les soins de santé et les autres systèmes de sécurité sociale. Les éléments de chaque domaine dans ce cadre peuvent varier de mauvais à bon, selon des mesures subjectives et objectives (Thompson, MacLean, Roach, Banman, Mabior et Pedlar 2016; Thompson, Heber, VanTil, Simkus, Carrese, Sareen et Pedlar, 2019).
- Dans le cadre de *bien-être* de type ACC FAC, la *santé* est un domaine de *bien-être* qui peut interagir avec les autres domaines pour influencer sur le *bien-être*; p. ex., avoir un bon emploi favorise une bonne *santé mentale*, mais il est également vrai qu'avoir une bonne *santé mentale* favorise la recherche et le maintien d'un bon emploi.
- La variabilité subjective et objective de « mauvais » à « bon » dans chaque domaine souligne la complexité du *bien-être* et l'importance de comprendre la *santé* comme partie intégrante d'un système doté d'une causalité bidirectionnelle, plutôt que comme quelque chose qui fonctionne de façon isolée.

Pour le grand public

- Il existe de nombreuses façons de comprendre le terme « *bien-être* ».
- Le *bien-être* psychologique, comme le bonheur ou la qualité de vie, ou le *bien-être* économique, comme le revenu du ménage ou le produit national brut, en sont des exemples.
- Anciens Combattants Canada (ACC) et les Forces armées canadiennes (FAC) décrivent le *bien-être* à l'aide d'un cadre général qui inclut toutes les façons de considérer le *bien-être* dans sept domaines en interaction :
 1. emploi ou autre activité importante;
 2. finances;
 3. *santé*;
 4. compétences de vie ou état de préparation;
 5. intégration sociale;
 6. logement ou environnement physique; et
 7. milieu social et culturel, qui comprend des éléments comme les normes, les valeurs, les soins de santé et d'autres services de soutien.



Blessure de stress opérationnel (BSO)

Pour les experts

- N'est pas actuellement un *diagnostic* dans le DSM ou la CIM.
- Actuellement utilisé principalement au Canada.
- Définie à l'origine comme tout *trouble mental* ou autre *problème de santé mentale* résultant de fonctions opérationnelles exécutées pendant le service dans les Forces armées canadiennes.
- Terme utilisé pour décrire une vaste gamme de problèmes, y compris les *troubles mentaux* comme les troubles anxieux, les troubles dépressifs et le *trouble de stress post traumatique (TSPT)*, ainsi que les *problèmes de santé mentale* qui peuvent ne pas répondre aux critères *diagnostiques* du DSM ou de la CIM, mais qui peuvent néanmoins entraver le fonctionnement au quotidien lors d'activités sociales, professionnelles, ou familiales.
- Le terme a été inventé par le Lieutenant-colonel canadien (retraité) Stéphane Grenier dans le cadre d'un vaste effort visant à réduire la stigmatisation associée avec d'autres termes (p. ex., *troubles mentaux*, *problèmes de santé mentale*) en catégorisant les *problèmes de santé mentale* comme des « *blessures* » qui sont tout aussi légitimes que les blessures physiques subies dans le cadre de fonctions opérationnelles.
- L'usage contemporain réfère à tout *trouble mental* ou autre *problème de santé mentale* résultant de facteurs de stress opérationnel vécus dans l'exercice de fonctions professionnelles, en particulier dans l'armée, la police ou d'autres professions en sécurité publique.
- En général, les facteurs de stress opérationnel associés à une *blessure de stress opérationnel* réfèrent à des *événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique*; toutefois, dans certains cas, le stress opérationnel fait également référence à d'autres éléments des tâches professionnelles (p. ex., le travail par quarts, les heures supplémentaires, le fait de maintenir une « image exemplaire » en public).
- À l'occasion, le terme « *blessure de stress opérationnel* » est utilisé à tort comme synonyme de « *blessure de stress organisationnel* » ou de « *blessure de stress professionnel* »; cependant, le stress opérationnel, le stress organisationnel et le stress professionnel ont tous été définis différemment dans la littérature existante.
- Les facteurs de stress organisationnel peuvent comprendre le manque de personnel, le manque de formation sur du nouvel équipement, le manque de ressources appropriées, des styles de leadership incohérents et un manque de soutien perçu entre collègues et dirigeants.
- Le terme « facteur de stress professionnel » a été utilisé pour désigner collectivement de façon générale les facteurs de stress opérationnel et organisationnel.
- À l'heure actuelle, seul le terme « *blessure de stress opérationnel* » a été défini et utilisé régulièrement par les membres du milieu de la *santé mentale*.

Pour le grand public

- N'est pas actuellement un *diagnostic* dans le DSM ou la CIM.
- Désigne tout *troubles-mental* ou autre *problème de santé mentale* résultant de facteurs de stress opérationnels subis (quelle que soit la gravité) lors de l'exercice de fonctions professionnelles, en particulier dans les forces militaires ou les professionnels de la sécurité publique.
- Souvent utilisé à tort de manière interchangeable avec *blessure de stress professionnel* ou *blessure de stress organisationnel*; par conséquent, dans la mesure du possible, utiliser l'acronyme *BSO* uniquement pour les *blessures de stress opérationnel* et toujours être précis quand il y a une référence à une *blessure de stress professionnel*, une *blessure de stress organisationnel* et une *blessure de stress opérationnel*.



Blessure de stress post-traumatique (BSPT)

Pour les experts

- N'est pas actuellement un *diagnostic* dans le DSM ou la CIM.
- Actuellement utilisé principalement au Canada.
- Renvoie en général à un problème de *santé mentale* survenu à la suite de l'exposition à un ou à plusieurs *événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique*.
- Terme utilisé pour décrire une vaste gamme de problèmes, y compris les *troubles mentaux* comme le *trouble de stress post-traumatique* et des *problèmes de santé mentale* qui peuvent ne pas répondre à des critères de *trouble de stress post-traumatique* du DSM ou de la CIM, mais qui peuvent néanmoins entraver le fonctionnement au quotidien lors d'activités sociales, professionnelles ou familiales.
- En classant les *problèmes de santé mentale* dans la catégorie des « *blessures* » aussi légitimes que les blessures physiques, le terme peut réduire la stigmatisation associée aux termes comme *troubles mentaux* ou *problèmes de santé mentale*.

Pour le grand public

- N'est pas actuellement un *diagnostic* dans le DSM ou la CIM.
- Actuellement utilisé principalement au Canada pour réduire la stigmatisation associée au mot « *trouble* ».
- À l'heure actuelle, ce terme est le plus souvent utilisé dans les milieux militaires et de la *sécurité publique au Canada*.
- Renvoie en général à un *problème de santé mentale* survenu à la suite de l'exposition à un ou à plusieurs *événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique*.
- A été utilisé par certaines personnes pour désigner *trouble de stress post-traumatique*, mais a également été utilisé par certaines personnes pour désigner d'autres *troubles mentaux*.

Blessure de stress professionnel / Blessure de stress organisationnel

Pour les experts

- Ne sont pas actuellement des *diagnostics* dans le DSM ou la CIM.
- Des concepts en évolution dont les experts continuent à discuter.
- Selon un point de vue, les facteurs de stress professionnel se divisent en facteurs de stress opérationnels et en facteurs de stress organisationnels; toutefois, les termes sont nouveaux et les définitions demeurent imprécises.
- Pour éviter toute confusion, l'acronyme « *BSO* » devrait être réservé à *blessure de stress opérationnel*.

Pour le grand public

- Ne sont pas actuellement des *diagnostics* dans le DSM ou la CIM.
- Selon un point de vue, les facteurs de stress professionnel peuvent être classés comme opérationnel ou organisationnel; toutefois, les termes sont nouveaux et les définitions demeurent imprécises.
- Souvent utilisé à tort de façon interchangeable avec *blessure de stress opérationnel*; par conséquent, dans la mesure du possible, n'utilisez l'acronyme *BSO* que pour *blessure de Stress opérationnel uniquement* et soyez toujours précis si vous faites référence aux *blessures de stress professionnel*, aux *blessures de stress organisationnel* ou aux *blessures de stress opérationnel*.



Blessure en santé mentale / Blessure psychologique

Pour les experts

- N'est pas actuellement un *diagnostic* dans le DSM ou la CIM.
- Désigne tout type de *trouble mental*, et non seulement ceux qui surviennent à la suite d'une exposition à un ou plusieurs *événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique*.
- Par *blessure*, on entend un état aigu et non des états chroniques qui peuvent survenir à la suite d'un *traumatisme* physique ou *psychologique*; cependant, dans le langage populaire, une *blessure* peut aussi être un état chronique découlant d'une *blessure* aiguë, p. ex., une *blessure de stress opérationnel*.
- Utilisé couramment pour gérer la stigmatisation liée au langage connexe comme les *troubles mentaux*.
- Les *troubles mentaux* ou autres *problèmes de santé mentale* sont souvent causés par des mécanismes autres que l'exposition à un *facteur de stress traumatique sur le plan psychologique*. Par exemple, les *troubles mentaux* tels que les troubles dépressifs caractérisés, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité, la schizophrénie ou d'autres troubles psychotiques.

Pour le grand public

- La *blessure en santé mentale* et la *blessure psychologique* sont d'autres façons de désigner les *problèmes de santé mentale*, y compris les *troubles mentaux*, surtout lorsqu'on croit que les *problèmes de santé mentale* ou les *troubles mentaux* sont causés par l'exposition à des *événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique* et d'autres facteurs de *stress*.
- Les *blessures en santé mentale* et les *blessures psychologiques* ne sont pas des catégories de *diagnostic* dans les manuels du DSM ou de la CIM.
- Le mot « *blessure* » a été utilisé dans les efforts visant à lutter contre la stigmatisation à l'égard des *troubles mentaux*, en particulier le *trouble de stress post-traumatique*.

Blessure morale

Pour les experts

- N'est pas actuellement un *diagnostic* dans le DSM ou la CIM.
- Un concept en évolution qui continue d'être discuté entre experts.
- Selon un point de vue, une *blessure morale* est un type de *traumatisme psychologique* caractérisé par un sentiment de culpabilité, la honte et une crise spirituelle intenses.
- Peut découler d'une violation grave des convictions morales profondes, des normes d'éthique, des croyances spirituelles, de l'expérience d'une grave trahison ou du fait d'avoir été témoin d'atrocités commises par des personnes dignes de confiance.
- A été décrit comme une *blessure à l'identité* (Nash, 2016), à l'être central, à l'esprit et à la personnalité qui entraîne des relations brisées (Brémault-Phillips et coll. 2019).

Pour le grand public

- N'est pas actuellement un *diagnostic* dans les manuels du DSM ou de la CIM.
- Le concept de *blessure morale* fait encore l'objet de débats entre experts.
- Serait un type de *problème de santé mentale* qui résulte d'une violation des croyances et des valeurs morales profondément ancrées.
- A été décrit comme une *blessure à l'identité*, à l'être central, à l'esprit et à la personnalité qui entraîne des relations brisées.



***Blessure traumatique sur le plan psychologique /
Stress traumatique sur le plan psychologique /
Facteur de stress traumatique sur le plan psychologique***

Pour les experts

- Un *événement traumatique sur le plan psychologique* est un événement stressant qui peut causer un *traumatisme psychologique*.
- L'exposition à certains types d'*événements traumatiques sur le plan psychologique* est incluse dans les critères du DSM et de la CIM pour le *diagnostic de trouble de stress aigu* ou de *trouble de stress post-traumatique*.
- Ces termes sont souvent précédés du mot « potentiellement » dans le but de souligner l'importance de la perception individuelle dans un contexte particulier pour déterminer si un événement est un *facteur de stress traumatique sur le plan psychologique*.
- Il peut s'agir, par exemple, de menaces importantes, de préjudice à soi-même ou à ses proches, de l'exposition à la guerre en tant que combattant ou civil, de menaces d'agression ou d'agressions physiques effectives, de menaces ou de violence sexuelle effectives, le fait d'être enlevé ou d'être pris en otage, la torture, les catastrophes naturelles ou d'origine humaine, ou d'autres blessures physiques graves subies lors d'accidents de la route ou de travail.
- L'exposition à un *facteur de stress potentiellement traumatique sur le plan psychologique* peut être directe (p. ex., événement vécu directement ou en tant que témoin) ou indirecte, par personne interposée ou secondaire (p. ex., être témoin des conséquences d'un événement traumatique, découvrir le *traumatisme* vécu par un proche, ou dans le cadre d'un soutien ou de soins fournis à une autre personne, de façon professionnelle ou personnelle).
- Ce ne sont pas toutes les personnes exposées à un événement ou à un *facteur de stress potentiellement traumatique sur le plan psychologique* qui développeront des *traumatismes psychologiques*.
- La plupart des *incidents critiques* seraient des *événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique*, mais tous les *événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique* ne seraient pas des *incidents critiques*.

Pour le grand public

- Les choses qui peuvent causer des *traumatismes sur le plan psychologique* comme le *trouble de stress post-traumatique* et d'autres types de *problèmes de santé mentale*.
- Ces termes sont souvent précédés du mot « potentiellement » dans le but de souligner l'importance de la perception individuelle dans un contexte particulier pour déterminer si un événement est un *facteur de stress traumatique sur le plan psychologique*.
- Il y a souvent un élément de menace importante pour la sécurité physique de la personne ou des autres qui peut être associé à des sentiments de peur intense, d'horreur ou d'impuissance.
- Il peut s'agir, par exemple, de certaines *expériences négatives de l'enfance*, d'accidents de la route, d'actes de violence sexuelle ou d'autres types de violence, de décès inattendus ou de menaces de décès chez des êtres chers, de blessures corporelles graves, de combats militaires, de catastrophes naturelles, d'exposition à des corps ou des risques environnementaux.
- La plupart des *incidents critiques* seraient des *événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique*, mais tous les *événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique* ne seraient pas des *incidents critiques*.



Croissance post-traumatique (CPT)

Pour les experts

- N'est pas actuellement un *diagnostic* dans le DSM ou la CIM.
- Fait référence aux changements personnels positifs qui peuvent résulter du travail d'une personne pour faire face aux conséquences psychologiques de l'exposition à un *traumatisme* ou à un *événement potentiellement traumatique sur le plan psychologique*.
- Les principales dimensions de la *croissance post-traumatique* comprennent l'amélioration des relations (p.ex., augmentation de l'empathie, de l'humilité et de l'altruisme); les changements dans la perception de soi (p. ex., *résilience* personnelle, force, acceptation accrue de la vulnérabilité et limitations); les changements dans la philosophie de vie (p. ex., réévaluation de l'importance) et les changements spirituels ou existentiels (Tedeschi, Park et Calhoun, 1998; Tedeschi, Calhoun et Groleau, 2015)
- La *croissance post-traumatique* n'est pas seulement un retour au niveau de fonctionnement d'avant le *traumatisme*, mais une croissance positive au-delà des niveaux de fonctionnement d'avant le *traumatisme*.
- La *croissance post-traumatique* et le *stress post-traumatique* peuvent survenir chez la même personne en même temps.

Pour le grand public

- N'est pas actuellement un *diagnostic* dans les manuels du DSM ou de la CIM.
- Fait généralement référence aux changements personnels positifs qui peuvent résulter de la lutte d'une personne pour gérer les conséquences d'être exposée à un ou plusieurs *événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique*.
- Les changements personnels positifs peuvent inclure une nouvelle appréciation de la vie et des possibilités futures, un nouveau sens de la force personnelle, de meilleures relations avec les autres (p. ex., une nouvelle orientation vers l'aide aux autres) et un changement spirituel ou existentiel.
- La *croissance post-traumatique* n'est pas seulement un retour au niveau de fonctionnement d'avant le *traumatisme*, mais une croissance positive au-delà des niveaux de fonctionnement d'avant le *traumatisme*.

Diagnostic

Pour les experts

- Un *diagnostic* consiste à expliquer l'état de *santé mentale* ou physique d'une personne au moyen de l'examen et de la prise en compte de divers types de données probantes.
- Le *diagnostic* est également une conclusion tirée au sujet de la nature d'un état de *santé*, d'une maladie ou d'un trouble.
- Les critères pour établir le *diagnostic* d'un *trouble mental* comprennent les critères énumérés dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) ou dans la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM).
- Le mot « *diagnostic* » renvoie de manière générale à toute conclusion justifiable par un membre d'une profession de la santé réglementée dans son champ de pratique, et non seulement aux formulations présentées dans le DSM ou la CIM.
- Un *diagnostic* de *problème de santé mentale* ne devrait pas être posé sans tenir compte des *diagnostics* différentiels de problèmes de santé physique qui pourraient expliquer l'état de *santé* de la personne. De plus, des troubles de santé physique peuvent également accompagner les *troubles mentaux*.

Pour le grand public

- Une explication concernant la *santé mentale* ou physique d'une personne donnée par un professionnel de la *santé* qualifié dans le cadre de son champ d'exercice.
- Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) ou la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM) fournissent des critères de *diagnostic* des *troubles mentaux*.



Épuisement professionnel

Pour les experts

- Actuellement un *diagnostic* dans la CIM.
- L'*Épuisement professionnel* est décrit par l'Organisation mondiale de la santé comme un « phénomène lié au travail » et est inclus dans la Classification internationale des maladies (CIM-11). La CIM-11 définit l'*Épuisement professionnel* comme étant « un syndrome conceptualisé comme résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été correctement géré ». « Le terme d'*Épuisement professionnel* désigne spécifiquement des phénomènes relatifs au contexte professionnel et ne doit pas être utilisé pour décrire des expériences dans d'autres domaines de la vie. » (Organisation mondiale de la santé, 2018)
- Il s'agit d'un « syndrome psychologique en réponse aux facteurs de stress interpersonnel chroniques au travail. Les trois dimensions clés de cette réponse sont un épuisement écrasant, un sentiment de cynisme et de détachement du travail et un sentiment d'inefficacité et de manque d'accomplissement » (Maslach, Leiter et Schaufeli, 2009) [traduction libre].
- Peut aussi entraîner un changement négatif dans la réaction face aux autres, y compris la dépersonnalisation, des attitudes inappropriées envers les collègues de travail, l'irritabilité, la perte d'idéalisme et le repli sur soi (Maslach, Leiter et Schaufeli, 2008).
- Les facteurs organisationnels sous-jacents à l'*Épuisement professionnel* sont les suivants : « charge de travail élevée, manque de contrôle ou d'influence sur les politiques et les procédures de l'organisme, iniquité dans la structure organisationnelle et la discipline, faible soutien des pairs et de la supervision, et mauvaise formation en milieu de travail » (Barak, Nissly et Levin, 2001; Maslach et Leiter, 1997; Newell et MacNeil, 2010) [traduction libre].
- Différent de la *fatigue de compassion*, du *stress vicariant* et du *traumatisme vicariant* parce que l'*Épuisement professionnel* n'est pas nécessairement ou exclusivement lié à l'exposition à des événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique ou à des expériences traumatiques complexes, ou à des expériences négatives de l'enfance.

Pour le grand public

- Actuellement un *diagnostic* dans la CIM.
- *Problème de santé mentale* qui peut survenir lorsque la personne subit un *stress professionnel* continu en milieu de travail, particulièrement un *stress organisationnel* (p. ex., conflit continu avec les superviseurs ou les collègues, nombre élevé d'heures supplémentaires, pauses insuffisantes).
- Peut se produire lorsque la personne semble éprouver un ou plusieurs des états suivants : épuisement accablant, cynisme, détachement du travail, sentiment d'inefficacité ou absence de récompense dans son travail.



Événement traumatique / Stress traumatique / Facteur de stress traumatique

Pour les experts

- N'est pas actuellement un *diagnostic* dans le DSM ou la CIM.
- Dans le contexte des discussions sur la *santé mentale*, fait généralement référence à un *événement potentiellement traumatique sur le plan psychologique*.
- Le DSM et la CIM précisent les types *d'événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique* qui servent de critères pour le *diagnostic de trouble de stress post-traumatique* (pour en savoir plus, voir *événement traumatique sur le plan psychologique*).
- Pour plus de clarté, le mot « psychologique » ou « physique » devrait être utilisé, comme dans « *événement traumatique sur le plan physique* », ou « *événement potentiellement traumatique sur le plan psychologique* », car tous les *événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique* ne sont pas nécessairement traumatiques sur le plan physique, et les événements traumatiques sur le plan physique ne le sont pas nécessairement sur le plan psychologique.

Pour le grand public

- N'est pas actuellement un *diagnostic* dans le DSM ou la CIM.
- Dans le contexte des discussions sur la *santé mentale*, fait généralement référence à un *événement potentiellement traumatique sur le plan psychologique*.
- L'utilisation de ces termes sans préciser « sur le plan psychologique » ou « sur le plan physique » peut prêter à confusion quant à la nature du *stress* ou de *l'événement potentiellement traumatique*.

Expériences négatives de l'enfance (ENE)

Pour les experts

- « Les *expériences négatives de l'enfance* sont définies sur le plan opérationnel comme des événements de l'enfance, de gravité variable et souvent chroniques, qui se produisent dans la famille ou l'environnement social d'un enfant et qui causent des préjudices et de la détresse, perturbant ainsi sa *santé* et son développement physique ou psychologique » (Kalmakis et Chandler, 2014) [traduction libre].
- Des exemples comprennent, entre autres, l'exposition à la violence psychologique, physique, ou sexuelle, à la négligence psychologique ou physique, à la violence conjugale ou au dysfonctionnement au sein du ménage (c.-à-d., séparation des parents, membre de la famille ayant des antécédents de *troubles mentaux*, de consommation de substances, d'incarcération ou de tentative de suicide).

Pour le grand public

- *Expériences d'événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique* dans la vie familiale ou sociale d'un enfant qui perturbent sa *santé*, lui causant du tort ou de la détresse.
- Comprend, entre autres, la négligence émotive ou physique, la violence émotive, physique ou sexuelle ou la violence au sein du ménage.
- Peut prédisposer les enfants à des *problèmes de santé mentale* plus tard dans la vie.



Fatigue de compassion

Pour les experts

- N'est pas actuellement un *diagnostic* dans le DSM ou la CIM.
- Un *problème de santé mentale* caractérisé par des réactions psychologiques indésirables chez les personnes qui prodiguent des soins à d'autres, associé au *stress* causé par les soins, l'empathie et l'investissement, à la fois physique et psychiatrique, liés à la prise en charge de personnes souffrantes.
- La *fatigue de compassion* se manifeste notamment par un sentiment d'impuissance, de confusion et de perte de compassion ou d'empathie envers les personnes traitées ou aidées, ainsi que par un sentiment d'isolement par rapport aux collègues et au soutien social habituel.
- La *fatigue de compassion* peut survenir à la suite d'une exposition unique ou d'une accumulation d'expositions à un *traumatisme*.
- Parfois associée au *stress vicariant* ou au *traumatisme vicariant*, mais considérée comme différente de l'*Épuisement professionnel*.

Pour le grand public

- N'est pas actuellement un *diagnostic* dans le DSM ou la CIM.
- Un type de *problème de santé mentale* qui peut survenir chez les aidants naturels et les professionnels aidants.
- Lié au *stress* de prendre soin d'autres personnes qui sont en détresse ou qui souffrent.
- Crée un sentiment d'impuissance, de confusion ou de perte graduelle de compassion et d'empathie pour les autres, et le sentiment d'être isolé de ses collègues et des autres personnes.

Incident critique

Pour les experts

- N'est pas actuellement un *diagnostic* dans le DSM ou la CIM.
- *Événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique* qui sont courants dans certains groupes, comme le *personnel de la sécurité publique*.
- Les *incidents critiques* sont perçus comme suscitant des « réactions émotionnelles anormalement fortes susceptibles de nuire à la capacité des répondants de fonctionner sur les lieux de l'incident ou plus tard » et peuvent comprendre « tous les cas de garde physique (arrestations), toutes les poursuites en véhicule ou à pied, toutes les interventions programmées (urgences), tous les accidents d'automobile nécessitant un travail physique et tous les appels qui représentent une menace active pour les personnes ou les biens » (Mitchell 1983, p. 36) [traduction libre].
- Le terme « *incident critique* » a été utilisé pour distinguer les expositions courantes dans l'exercice de leurs fonctions, des expositions jugées plus susceptibles d'être problématiques.
- D'après les résultats des travaux de recherche actuels, les perceptions individuelles, plutôt qu'un sous-ensemble précis *d'événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique*, pourraient servir de facteurs déterminants pour établir si l'exposition *potentiellement traumatique sur le plan psychologique* devient problématique.

Pour le grand public

- N'est pas actuellement un *diagnostic* dans le DSM ou la CIM.
- *Événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique* qui peuvent être vécus par le *personnel de la sécurité publique*, mais qui peuvent néanmoins susciter des réactions émotionnelles exceptionnellement fortes.
- Peut survenir lorsqu'une personne est submergée par l'ampleur, la gravité, le lien personnel ou l'étendue de l'exposition à un *événement potentiellement traumatique sur le plan psychologique*.
- Souvent utilisé à tort de façon interchangeable avec un *événement traumatique* ou un *traumatisme sur le plan psychologique*.



Maladie mentale

Pour les experts

- Lorsque ce terme est utilisé, il désigne les *troubles mentaux*, diagnostiqués ou non diagnostiqués.
- La gravité varie de légère à grave.
- Associé à une détresse importante dans le cadre d'activités sociales, professionnelles ou autres.

Pour le grand public

- Autre terme pour *trouble mental*.
- Peut être considéré comme inexact ou stigmatisant.
- Associé à une détresse importante dans le cadre d'activités sociales, professionnelles ou autres.

Mieux-être

Pour les experts

- Beaucoup de personnes et organismes ont des conceptions différentes du terme « *mieux-être* ».
- Le Cadre du continuum du *mieux-être* mental des Premières Nations (CCMEMP) définit le *mieux-être* mental comme un équilibre entre les aspects mental, physique, spirituel et émotionnel (Santé Canada et Assemblée des Premières Nations, 2014). Il y a renforcement de cet équilibre chez les individus qui : ont un but dans leur vie quotidienne, que ce but passe par l'éducation, l'emploi, la prestation de soins ou une façon d'être et de faire ancrée dans la culture; qui entretiennent à l'égard de leur avenir et de celui de leur famille un espoir découlant de leur volonté de vivre leur vie en se fondant sur la connaissance de soi, des valeurs autochtones uniques et une croyance en l'esprit; qui éprouvent un sentiment d'appartenance et d'attachement relativement à leur famille, à leur communauté et à leur culture; et qui ont le sentiment que la vie a un sens et qui comprennent de quelle façon leur vie et celles des membres de leur famille et de leur communauté s'inscrivent dans la création et dans une histoire riche.

- Il y a eu beaucoup de chevauchement entre les termes « *mieux-être* », « *santé* » et « *bien-être* », y compris l'utilisation des termes de façon interchangeable.
- Le cadre de *mieux-être* d'Anciens Combattants Canada permet de distinguer les mots de cette façon :
 1. *Bien-être* : défini comme dans le cadre composite de type surordonné d'ACC.
 2. *Santé* : un domaine du *bien-être*, influencé par le *bien-être* dans les autres domaines et influençant ce dernier.
 3. *Mieux-être* : modes de vie pour atteindre un bon état de *bien-être*, en particulier dans le domaine de la *santé*.

Pour le grand public

- Beaucoup de personnes et d'organismes ont des conceptions différentes du terme « *mieux-être* ». Il est peu probable qu'une définition consensuelle soit possible pour le moment.
- Le Cadre du continuum du *mieux-être* mental des Premières Nations (CCMEMP) définit le *mieux-être* mental comme un équilibre entre l'esprit, le corps, l'âme et les émotions. Dans ce cadre, le *mieux-être* mental s'enrichit lorsqu'une personne a un but, un sentiment d'appartenance, et un sens.



Personnel de la sécurité publique (PSP)

Pour les experts

- La définition du *personnel de la sécurité publique* continue d'évoluer.
- Actuellement, le terme est principalement utilisé au Canada.
- Terme général désignant le personnel qui assure la sûreté et la sécurité des Canadiens.
- Le *PSP* comprend, sans toutefois s'y limiter, les agents des services frontaliers, les agents des communications en sécurité publique, les travailleurs correctionnels, les pompiers (professionnels et volontaires), les gestionnaires autochtones des mesures d'urgence, les agents du renseignement opérationnel, les paramédics, les policiers (municipaux, provinciaux et fédéraux) et le personnel de recherche et sauvetage.
- Historiquement
 1. Dans le rapport de 2016 du Comité permanent de la sécurité publique et nationale intitulé « santé mentale et sécurités des collectivités », Sécurité publique Canada a indiqué que le terme « agent de la sécurité publique » est « employé dans un sens large pour désigner le personnel de première ligne chargé d'assurer la sécurité des Canadiens », notamment les *premiers répondants* et les *trois services d'intervention d'urgence* (c.-à-d., les pompiers, les paramédics et les policiers), le personnel de recherche et sauvetage, les agents des services correctionnels, les agents des services frontaliers, les agents du renseignement opérationnel et les gestionnaires autochtones des mesures d'urgence.
 2. D'après la rétroaction à propos du mot « agent » dans le terme « agent de la sécurité publique », de nombreux groupes professionnels censés être inclus se sont sentis exclus parce qu'ils ne s'identifiaient pas à la fonction d'agent; par conséquent, le terme « *personnel de la sécurité publique* » a été adopté pour désigner les personnes exerçant à titre professionnel des fonctions publiques liées au domaine de la sécurité publique.

Pour le grand public

- La définition du *personnel de la sécurité publique* continue d'évoluer.
- Tous les *premiers répondants* peuvent également être désignés sous le nom de *personnel de la sécurité publique*.
- Terme général comprenant le personnel qui assure la sûreté et la sécurité des Canadiens.
- Le *PSP* comprend, sans toutefois s'y limiter, les agents des services frontaliers, les agents des communications en sécurité publique, les travailleurs correctionnels, les pompiers (professionnels et volontaires), les gestionnaires autochtones des mesures d'urgence, les agents du renseignement opérationnel, les paramédics, les policiers (municipaux, provinciaux et fédéraux) et le personnel de recherche et sauvetage.

Personnes ayant une expérience vécue / Experts d'expérience

Pour les experts

- Personnes atteintes ou qui étaient atteintes d'un *trouble mental* ou d'un *problème de santé mentale*, ou qui se rétablissent d'un tel trouble ou d'un tel problème.
- Peut également comprendre des personnes exposées à un *facteur de stress* ou à un *événement potentiellement traumatique sur le plan psychologique*.
- Peut également inclure les proches ou d'autres personnes de soutien qui s'occupent de personnes qui vivent, ou ont subi un *trouble mental* ou un *problème de santé mentale*, ou qui s'en rétablissent ou qui sont exposées à un *facteur de stress* ou à un *événement potentiellement traumatique sur le plan psychologique*.

Pour le grand public

- Personnes atteintes ou qui étaient atteintes d'un *trouble mental* ou d'un *problème de santé mentale*, ou qui se rétablissent d'un tel trouble ou d'un tel problème.



Premier répondant

Pour les experts

- La définition de « *premier répondant* » continue à évoluer.
- Une personne ayant une formation spécialisée qui est parmi les premiers à arriver et à fournir une assistance sur les lieux d'une situation d'urgence, tel un accident, une catastrophe naturelle ou une attaque terroriste. Historiquement, les *premiers répondants* ont traditionnellement inclus les paramédics, les techniciens médicaux d'urgence, les policiers, les pompiers et le personnel de sauvetage.
- D'autres membres qui ont une formation spécialisée dans des organismes liées à ce type de travail, y compris les responsables en communications de sécurité publique (p. ex., le personnel des centres d'appels 911) et les agents correctionnels sont également considérés comme des *premiers répondants*.

Pour le grand public

- La définition de « *premier répondant* » continue à évoluer.
- Une personne ayant une formation spécialisée qui est parmi les premiers à arriver et à fournir une assistance sur les lieux d'une situation d'urgence, tel un accident, une catastrophe naturelle ou une attaque terroriste. Historiquement, les *premiers répondants* incluaient les paramédics, les techniciens médicaux d'urgence, les policiers, les pompiers et le personnel de sauvetage.
- D'autres membres qui ont une formation spécialisée dans des organismes liées à l'assistance professionnelle sur les lieux d'une situation d'urgence (p. ex., les responsables des communications en sécurité publique comme le personnel des centres d'appels 911), peuvent également être considérés comme *premiers répondants*.

Problème de santé mentale / Difficultés d'ordre psychologique

Pour les experts

- Terme général qui inclut les *troubles mentaux*, les symptômes non diagnostiqués qui pourraient s'expliquer par des *diagnostics de troubles mentaux*.
- Comprend également les états de mauvaise *santé mentale* qui ne répondent pas aux critères de *diagnostic des troubles mentaux* du DSM ou de la CIM, y compris, les réactions cohérentes sur le plan de la culture aux *facteurs de stress* courants et aux comportements sociaux déviants avec lesquels la personne peut ou non bien fonctionner.
- Certaines personnes préfèrent utiliser « *difficultés d'ordre psychologique* » plutôt que « *problèmes de santé mentale* » dans le but de réduire la stigmatisation.

Pour le grand public

- Tout état de mauvaise *santé mentale*.
- Comprend les réactions normales aux *facteurs de stress* quotidiens, ainsi que les *troubles mentaux*.
- Certaines personnes préfèrent utiliser « *difficultés d'ordre psychologique* » plutôt que « *problèmes de santé mentale* » dans le but de réduire la stigmatisation.



Résilience

Pour les experts

- Généralement utilisé pour décrire le concept d'adaptation ou de rebondissement après un événement ou une expérience négative.
- Défini de différentes façons comme quelque chose que l'on possède, que l'on développe ou que l'on utilise, reflétant un manque de consensus sur les qualités ou les composantes propres qui composent la *résilience*.
- Peut faire référence à la *résilience* des individus, mais peut aussi faire référence à la *résilience* des groupes (p. ex., familles, équipes, organismes).
- La *résilience* a été utilisée pour décrire la capacité de s'adapter et de maintenir ou de revenir à des niveaux antérieurs de bon état de *bien-être* chez des individus ou des groupes (p. ex., familles, équipes, organismes).
- La *résilience* peut être influencée par des facteurs internes individuels, et par des facteurs créés par des groupes (p. ex., familles, équipes, organismes).
- La *résilience* n'est pas constante, mais peut varier au fil du temps en raison de facteurs internes ou externes.

Pour le grand public

- La capacité d'une personne à s'adapter aux défis ou à se remettre après une mauvaise expérience.
- Cette capacité peut être d'avantage soutenue ou compromise par les groupes auxquels une personne appartient (p. ex., par sa famille, son équipe, son organisme).
- La *résilience* n'est pas toujours constante, mais elle peut varier au fil du temps en raison de facteurs internes ou externes (p. ex., le milieu de travail).

Rétablissement

Pour les experts

- Il n'existe pas de définition universellement acceptée de ce terme, mais le concept est largement approuvé.
- Fait référence au cheminement personnel contextualisé et autodéterminé vers le *bien-être* lorsqu'une personne souffre d'un *trouble mental*, d'un état de *santé* physique chronique, ou de douleur chronique.
- Un processus de changement continu qui améliore le *bien-être* de la personne, y compris la réduction des symptômes, mais qui lui permet aussi de mener une vie valorisante où elle a une *santé mentale* positive, est optimiste et remplie d'espoir et participe et contribue (Commission de la santé mentale du Canada, 2017; Collège des médecins de famille du Canada, 2018).

Pour le grand public

- Le cheminement personnalisé vers un mode de vie qui permet à une personne ayant un *problème de santé* physique ou *mentale* d'avoir une *santé mentale* positive et un état de *bien-être* sain.



Santé

Pour les experts

- Le fonctionnement physique, mental, social et certains disent spirituel d'une personne, qui peut varier de « pauvre » à « bon » (Huber, 2010; Huber, Knottnerus, Green, van der Horst, Jadad, Kromhout ... et Smid, 2011; Thompson, MacLean, Roach, Banman, Mabior et Pedlar 2016; Thompson, Heber, VanTil, Simkus, Carrese, Sareen et Pedlar, 2019).
- La *santé* peut être décrite subjectivement, comme la description qu'une personne fait de sa *santé*, de son *bien-être* psychologique ou de sa qualité de vie liée à la *santé*.
- La *santé* peut aussi être décrite objectivement, comme à l'aide des observations d'un membre de la famille ou d'un professionnel de la *santé*.

Pour le grand public

- Désigne la façon dont une personne fonctionne physiquement, mentalement, socialement et spirituellement.
- Peut être décrite comme la façon dont la personne perçoit sa propre *santé* ou la façon dont les autres perçoivent la *santé* d'une personne.

Santé mentale

Pour les experts

- L'adjectif « *mental* » fait référence aux pensées (contenu représentatif) et aux sentiments (émotions) et au fonctionnement cérébral connexe.
- La *santé mentale* varie sur un continuum qui va de « mauvaise » à « bonne ». La bonne *santé mentale* est un état de *bien-être* psychologique. Une bonne *santé mentale* permet généralement aux gens de fonctionner, de réaliser leurs capacités, de composer avec le *stress* normal de la vie et de contribuer à leur collectivité.
- La gravité des *troubles mentaux* se situe sur un continuum différent de celui de la *santé mentale* et varie de légère à grave (Keyes, 2010). Une personne peut être en bonne *santé mentale* même si elle a reçu un *diagnostic* de *trouble mental*. Inversement, mais plus souvent, une personne peut avoir une mauvaise *santé mentale*, mais ne pas répondre aux critères diagnostiques d'un trouble mental en particulier, décrits dans le DSM ou dans la CIM.
- La *santé mentale* est influencée par une grande variété de déterminants, et pas seulement par des *événements* et des *facteurs de stress potentiellement traumatiques sur le plan psychologique*.

Pour le grand public

- Fait référence aux idées et aux sentiments d'une personne.
- La *santé mentale* existe dans un continuum qui va de « mauvaise » à « bonne ». Lorsqu'une personne a une bonne *santé mentale*, elle connaît ses capacités, s'adapte bien au *stress* normal, travaille bien et contribue à sa collectivité.
- Les personnes qui ont reçu un *diagnostic* de *trouble mental* peuvent bien composer avec le trouble tout en ayant une bonne *santé mentale*.
- D'un autre côté, une personne peut avoir une mauvaise *santé mentale* sans avoir reçu de *diagnostic* de *trouble mental*.
- La *santé mentale* est influencée par une grande variété de facteurs, et non seulement par des événements et des *facteurs de stress potentiellement traumatiques sur le plan psychologique*.



Stress / Facteur de stress / Événement stressant

Pour les experts

- Le *stress* décrit l'expérience qu'une personne vit lorsqu'elle est touchée par un ou plusieurs *facteurs de stress*, qui est souvent caractérisée par une détresse psychologique et des changements physiologiques (p. ex., augmentation de la fréquence cardiaque, respiration peu profonde, tension musculaire).
- Le *stress* est une expérience courante et un certain *stress* peut être une bonne chose si ce dernier mène à la croissance et à l'adaptation; cependant, le *stress* peut entraîner un *traumatisme psychologique*.
- Un *facteur de stress* est une force physique, radiologique, biologique, socioéconomique ou psychologique qui agit sur une personne lors d'événements tels qu'un accident de la route, la perte d'une relation importante, la perte d'un emploi, la confrontation avec un agresseur, une perte financière ou à la suite d'*expériences négatives de l'enfance*.
- Un *événement stressant* est un incident durant lequel un *facteur de stress* agit sur une personne et provoque une expérience émotionnelle accompagnée de changements biochimiques, physiologiques et comportementaux prévisibles.
- Présentant un risque de confusion, le mot *stress* est souvent utilisé comme synonyme, parfois à tort, de *stress traumatique*, de *traumatisme psychologique*, de problème de *santé mentale* ou de *trouble mental* associé à l'expérience d'un *événement stressant*.
- En général, les termes *stress*, *facteur de stress* et *événement stressant* sont souvent utilisés de façon interchangeable et renvoient souvent à un *événement potentiellement traumatique sur le plan psychologique* ou à une *expérience négative de l'enfance*.

Pour le grand public

- Le *stress* désigne la façon dont une personne se sent ou a l'air lorsqu'elle est affectée par un facteur de *stress*.
- Le *stress* est une expérience courante et un certain *stress* peut être une bonne chose si ce dernier mène à la croissance et à l'adaptation; cependant, le *stress* peut entraîner un *traumatisme psychologique*.
- Un *facteur de stress* est quelque chose qui exerce une pression physique ou mentale sur une personne.
- Une personne qui vit un *événement stressant* est touchée par un ou plusieurs *facteurs* qui lui causent du *stress*. Si l'expérience est suffisamment grave, le *stress* peut entraîner un *traumatisme psychologique* qui peut mener à un *problème de santé mentale*, comme le *trouble de stress post-traumatique*.
- Présentant un risque de confusion, le mot *stress* est souvent utilisé indistinctement, parfois à tort, de *stress traumatique*, de *traumatisme psychologique*, de *problème de santé mentale* ou de *trouble mental* associé à l'expérience d'un *événement stressant*.
- Les termes *stress*, *facteur de stress* et *événement stressant* sont souvent utilisés de façon interchangeable et renvoient souvent à un *événement potentiellement traumatique sur le plan psychologique* ou à une *expérience négative de l'enfance*.



Stress post-traumatique (SPT)

Pour les experts

- N'est pas actuellement un *diagnostic* dans le DSM ou la CIM.
- A été utilisé pour désigner le *stress* ou les *problèmes de santé mentale* découlant de l'exposition à un *facteur de stress* ou à un *événement potentiellement traumatique sur le plan psychologique*.
- Ce terme a été utilisé pour désigner spécifiquement le *trouble de stress post-traumatique*, mais il a également été utilisé pour désigner des *problèmes de santé mentale* présentant certaines caractéristiques du *trouble de stress post-traumatique* qui ne répondent pas aux critères du *diagnostic de trouble de stress post-traumatique*, mais qui peuvent néanmoins entraver le fonctionnement au quotidien lors d'activités sociales, professionnelles ou familiales.
- Peut se développer peu de temps après une exposition à un *événement potentiellement traumatique sur le plan psychologique* ou progressivement au fil du temps à la suite d'expositions cumulatives.
- Ne fait pas référence aux réactions à des événements stressants ou à des changements importants dans la vie qui ne sont pas des *facteurs de stress* ou des *événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique*; ne fait donc pas référence aux réactions normales aux *facteurs de stress* courants.
- Souvent utilisé à tort de façon interchangeable avec d'autres termes comme le *Trouble de stress post-traumatique*; ainsi, dans la mesure du possible, l'utilisation d'un autre terme plus précis sera plus juste et plus utile.

Pour le grand public

- N'est pas actuellement un *diagnostic* dans le DSM ou la CIM.
- A été utilisé pour désigner le *stress* ou les *problèmes de santé mentale* découlant de l'exposition à un *facteur de stress* ou à un *événement potentiellement traumatique sur le plan psychologique*.
- A été utilisé pour désigner spécifiquement le *trouble de stress post-traumatique*, mais a également été utilisé pour désigner les *problèmes de santé mentale* qui suivent l'exposition à un *événement potentiellement traumatique sur le plan psychologique* et qui entravent le fonctionnement au quotidien lors d'activités sociales, professionnelles ou familiales.
- Souvent utilisé à tort de façon interchangeable avec d'autres termes; ainsi, dans la mesure du possible, l'utilisation d'un autre terme plus précis sera plus juste et plus utile.

Stress traumatique vicariant ou secondaire

Pour les experts

- N'est pas actuellement un *diagnostic* dans le DSM ou la CIM.
- Le *stress* qui peut survenir à la suite d'une exposition indirecte à un *événement potentiellement traumatique sur le plan psychologique* ou chez une personne qui a subi un *traumatisme* (p. ex., être témoin des conséquences d'un *événement traumatique*, découvrir le *traumatisme* vécu par un proche, ou dans le cadre d'un soutien ou de soins fournis à une autre personne, de façon professionnelle ou personnelle).
- N'est pas actuellement un *diagnostic* dans le DSM ou la CIM.
- *Stress* ressenti par une personne lorsqu'elle apprend qu'une autre personne a subi un *traumatisme*.

Pour le grand public



Syndrome de stress post-traumatique

Pour les experts

- N'est pas actuellement un *diagnostic* dans le DSM ou la CIM.
- Peut être considéré comme inexact ou stigmatisant.
- Souvent utilisé à tort de façon interchangeable avec plusieurs autres termes; ainsi, dans la mesure du possible, l'utilisation d'un autre terme plus précis sera plus juste et plus utile.
- Voir aussi *blessure de stress post-traumatique*, *trouble de stress post-traumatique* et *stress post-traumatique*.

Pour le grand public

- N'est pas actuellement un *diagnostic* dans le DSM ou la CIM.
- Peut être considéré comme inexact ou stigmatisant.
- Souvent utilisé à tort de façon interchangeable avec plusieurs autres termes; ainsi, dans la mesure du possible, l'utilisation d'un autre terme plus précis sera plus juste et plus utile.
- Voir aussi *blessure de stress post-traumatique*, *trouble de stress post-traumatique* et *stress post-traumatique*.

Traumatisme / Blessure traumatique

Pour les experts

- N'est pas actuellement un *diagnostic* dans le DSM ou la CIM.
- Le *traumatisme* peut être (a) physique, c'est-à-dire une blessure aux tissus vivants causée par un agent physique, biologique ou radiologique extrinsèque, ou (b) psychologique, c'est-à-dire un état psychique ou comportemental perturbé par un *stress* mental ou émotionnel grave.
- Dans le contexte de la *santé mentale*, le *traumatisme* est l'expérience d'une personne au cours d'un événement si affligeant pour elle qu'il la bouleverse sur le plan émotionnel. Le *traumatisme* psychologique grave est considéré comme l'étiologie (la cause) du *trouble de stress post-traumatique*.
- Une personne peut subir un *traumatisme* physique sans subir de *traumatisme* psychologique, comme dans le cas d'un *traumatisme* physique mineur qui cause une lacération, une entorse, une infection cutanée ou un coup de soleil mineur. D'autre part, le *traumatisme* physique grave qui cause un poly *traumatisme* instable touchant plusieurs organes est généralement associé à un *traumatisme psychologique*. On a émis l'hypothèse que les *traumatismes* physiques du système nerveux central, comme les lésions cérébrales traumatiques pénétrantes ou contondantes, peuvent également contribuer à des séquelles psychiatriques comme le *trouble de stress post-traumatique*.

- Les *expériences stressantes sur le plan psychologique* ne sont pas nécessairement *traumatisantes*. Les gens peuvent se sentir *stressés* sans subir de *traumatisme*.
- Par *blessure*, on entend un état aigu et non des états chroniques qui peuvent survenir à la suite d'un *traumatisme* physique ou psychologique. Cependant, dans le langage populaire, une *blessure* est souvent utilisée pour décrire un état chronique découlant d'une *blessure* aiguë, p. ex., une *blessure de stress opérationnel*.

Pour le grand public

- N'est pas actuellement un *diagnostic* dans le DSM ou la CIM.
- Un « *traumatisme* » est quelque chose qui cause un préjudice physique, émotionnel, spirituel ou psychologique. Dans le contexte de la *santé mentale*, le *traumatisme* est l'expérience d'une personne au cours d'un événement si affligeant pour elle qu'il la bouleverse sur le plan émotionnel.
- Dans le contexte de la *santé mentale*, le *traumatisme psychologique* est considéré comme la cause d'un trouble mental comme le *trouble de stress post-traumatique*.
- Les *expériences stressantes sur le plan psychologique* ne sont pas nécessairement *traumatisantes*. Les gens peuvent se sentir *stressés* sans subir de *traumatisme*.



Traumatisme complexe

Pour les experts

- N'est pas actuellement un *diagnostic* dans le DSM ou la CIM.
- *Traumatisme psychologique* résultant de l'exposition à de multiples *événements traumatiques* ou à un seul *événement traumatique* prolongé, en particulier lorsque l'événement était difficile à fuir, comme des abus sexuels ou physiques répétés dans l'enfance, de la violence familiale prolongée, la torture, l'esclavagisme, des campagnes de génocide (Greeson, Briggs, Kisiel, Layne, Ake, Ko, Gerrity, Steinberg, Howard, Pynoos et Fairbank, 2011; Briere et Scott, 2015; National Child Traumatic Stress Network, 2019).
- Peut entraîner des problèmes de *santé mentale*, entre autres, le *trouble de stress post-traumatique* et *TSPT complexe*, selon la gravité de la réaction à l'exposition initiale.
- Souvent utilisé à tort de façon interchangeable avec le *TSPT complexe*, mais le *traumatisme complexe* est une expérience causale qui peut mener au *TSPT complexe*.

Pour le grand public

- N'est pas actuellement un *diagnostic* dans le DSM ou la CIM.
- *Traumatisme psychologique* grave résultant de types *d'événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique*.
- Souvent utilisé à tort de façon interchangeable avec le *TSPT complexe*.

Traumatisme psychologique / Blessure traumatique sur le plan psychologique / Traumatisé sur le plan psychologique

Pour les experts

- N'est pas actuellement un *diagnostic* dans le DSM ou la CIM.
- *Traumatisme* causé par l'exposition à un *événement traumatique sur le plan psychologique* (Briere et Scott, 2015; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2019).
- Les manifestations de la *blessure traumatique* peuvent correspondre à un ou plusieurs *troubles mentaux*, mais peuvent aussi correspondre à des *problèmes de santé mentale* pour lesquels il n'existe aucune catégorie de *diagnostic* dans le DSM ou la CIM.
- Le *traumatisme psychologique* est une expérience unique vécue par une personne.

Pour le grand public

- N'est pas actuellement un *diagnostic* dans le DSM ou la CIM.
- Le *traumatisme psychologique* est une expérience unique vécue par une personne qui peut se présenter différemment pour chacune.
- Tout *trouble mental* ou autre *problème de santé mentale* résultant de l'exposition à un *événement traumatique sur le plan psychologique*.
- Voir aussi *troubles mentaux, blessure de santé mentale, blessures de stress post-traumatique, trouble de stress post-traumatique, trouble de stress aigu*.



Traumatisme vicariant ou secondaire

Pour les experts

- N'est pas actuellement un *diagnostic* dans le DSM ou la CIM.
- Le *traumatisme psychologique* qui peut survenir à la suite d'une exposition indirecte à un *événement potentiellement traumatique sur le plan psychologique* ou d'un contact avec une personne qui a subi un *traumatisme* (p. ex., être témoin des conséquences d'un *événement traumatique*, découvrir le *traumatisme* vécu par un proche, ou dans le cadre d'un soutien ou de soins fournis à une autre personne, de façon professionnelle ou personnelle).
- C'est « la transformation qui se produit chez le thérapeute à la suite d'un engagement empathique en ce qui concerne les expériences traumatiques du client et leurs séquelles » (Pearlman et Mac Ian, 1995) [traduction libre].
- A été conceptualisé comme étant exacerbé, et peut-être même enraciné, par l'engagement ouvert de l'empathie, ou le lien avec le client qui est inhérent aux relations de thérapie (Pearlman et Saakvitne, 1995b; Trippany, Kress et Wilcoxon, 2004).
- Témoigne de l'exposition des thérapeutes au matériel traumatique du client et englobe les troubles cognitifs subis par les thérapeutes (Figlet, 1995; McCann et Pearlman, 1990; Trippany, Kress et Wilcoxon, 2004).

Pour le grand public

- N'est pas actuellement un *diagnostic* dans le DSM ou la CIM.
- Les *traumatismes psychologiques* qui peuvent survenir chez les personnes qui sont indirectement exposées à un *événement potentiellement traumatique sur le plan psychologique* (p. ex., être témoin des conséquences d'un *événement traumatique*, découvrir le *traumatisme* vécu par un proche, ou dans le cadre d'un soutien ou de soins fournis à une autre personne traumatisée, de façon professionnelle ou personnelle).

Trois services d'intervention d'urgence

Pour les experts

- Sous-ensemble du *personnel de la sécurité publique*.
- Désigne en particulier les pompiers, les paramédics et les policiers.

Pour le grand public

- Le *personnel de la sécurité publique* qui est composé des pompiers, des paramédics et des policiers.



Trouble de stress aigu (TSA)

Pour les experts

- Les critères diagnostiques sont fournis pour le TSA dans le DSM et la CIM.
- *Trouble mental* qui peut survenir après une exposition à des *facteurs de stress* psychologique lors de certains types d'*événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique*, perçus comme une menace grave pour soi-même ou pour autrui.
- Comme pour *trouble de stress post-traumatique*, les symptômes peuvent comprendre (sans toutefois s'y limiter) :
 1. Souvenirs involontaires récurrents ou réactions physiologiques importantes;
 2. Incapacité de ressentir des émotions positives;
 3. Difficulté à se rappeler et évitement de *l'événement traumatique sur le plan psychologique*;
 4. Hyperexcitation;
 5. Parfois des sentiments persistants de détachement persistants.
- Les expériences ont duré trois jours ou plus, mais moins d'un mois, et causent une détresse ou une déficience cliniquement significative dans des domaines importants du fonctionnement social, professionnel ou autre.
- Les symptômes et les signes ne sont pas mieux expliqués par un autre problème de *santé mentale* ou physique ou par les effets d'une substance.
- Peut évoluer vers le *trouble de stress post-traumatique* et d'autres types de *traumatismes psychologiques*.

Pour le grand public

- Les critères diagnostiques sont fournis pour le TSA dans le DSM et la CIM.
- *Trouble mental* qui survient après une exposition à des facteurs de *stress* psychologique lors de certains *événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique*.
- Les symptômes peuvent comprendre (sans toutefois s'y limiter) :
 1. Souvenirs envahissants de l'événement;
 2. Incapacité d'avoir des sentiments positifs;
 3. Difficulté à se souvenir de l'événement; évitement des rappels de l'événement, troubles du sommeil ou vigilance excessive;
 4. Parfois sentiment que les choses ne sont pas réelles.
- Les symptômes apparaissent dans le mois qui suit *l'événement potentiellement traumatique sur le plan psychologique* et peuvent se transformer en *trouble de stress post-traumatique* après un mois; toutefois, le *trouble de stress aigu* n'est pas un préalable au *trouble de stress post-traumatique*.
- Le *diagnostic* de *trouble de stress aigu* est posé si l'état de la personne n'est pas mieux expliqué par un autre *trouble* physique ou *mental*.



Trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Pour les experts

- Les critères *diagnostiques* sont fournis pour le *trouble de stress post-traumatique* dans le DSM et la CIM.
- *Trouble mental* qui peut survenir après une exposition à certains types *d'événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique*, perçus comme une menace grave pour soi-même ou pour autrui.
- Parmi les symptômes, mentionnons :
 1. Souvenirs involontaires intrusifs, rappels d'images, cauchemars ou détresse lors de l'exposition aux déclencheurs de l'événement traumatique;
 2. Évitement des rappels de l'événement traumatique;
 3. Humeurs et pensées négatives persistantes, liées à l'événement, comme la peur, la méfiance, la honte ou le détachement;
 4. Troubles du sommeil, hypervigilance, réaction de sursaut, irritabilité ou colère;
 5. Dissociation parfois importante, avec amnésie ou diminution de la réponse aux stimuli externes.
- Les expériences durent plus d'un mois et causent une détresse ou une déficience cliniquement significative dans des domaines importants du fonctionnement social, professionnel ou autre.
- Les symptômes et les signes ne sont pas mieux expliqués par un autre problème de *santé mentale* ou physique, ou par les effets d'une substance.

Pour le grand public

- Les critères *diagnostiques* sont fournis pour le *trouble de stress post-traumatique* dans le DSM et la CIM.
- *Trouble mental* qui survient après une exposition à des *facteurs de stress psychologique* lors de certains types *d'événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique*.
- Le *trouble de stress post-traumatique* peut comprendre différentes combinaisons de troubles du sommeil, de rappels d'images, de déclencheurs, de souvenirs vifs et réguliers, de souvenirs intrusifs, d'évitement des rappels de *l'événement traumatique sur le plan psychologique* et d'évitement de penser à *l'événement traumatique sur le plan psychologique*, de difficultés à se rappeler certaines parties de *l'événement traumatique sur le plan psychologique*, de pensées constamment négatives, de mauvaise humeur, de colère, de sentiments de ne pas avoir le moral et d'avoir du mal à établir un contact émotionnel avec sa famille ou ses amis proches.
- Les expériences durent plus d'un mois, et causent une détresse ou une déficience significative dans des domaines importants du fonctionnement social, professionnel ou autre.
- Le *diagnostic de trouble de stress post-traumatique* est posé si l'état de la personne n'est pas mieux expliqué par un autre *trouble* physique ou *mental*.

Trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT-C)

Pour les experts

- Actuellement un *diagnostic* dans la CIM.
- Répond à toutes les exigences diagnostiques du *trouble de stress post-traumatique*, avec des critères supplémentaires, comme il est précisé dans la CIM.
- Les principales différences entre le *TSPT-C* et le *trouble de stress post-traumatique* sont la nature prolongée de *l'événement potentiellement traumatique sur le plan psychologique* (p. ex., l'exposition à un camp de concentration) et les distorsions subséquentes du sentiment de soi et de l'identité personnelle et sociale fondamentale de la personne, ainsi qu'une dysrégulation émotionnelle importante. Le *trouble de stress post-traumatique* est plus généralement associé à un *événement traumatique* distinct ou à un ensemble *d'événements traumatiques*.

- Décrit par Judith Herman (1992, 1995 et 2015).

Pour le grand public

- Actuellement un *diagnostic* dans la CIM.
- Un type de *trouble de stress post-traumatique* qui résulte *d'événements traumatiques* graves répétés auxquels la personne ne peut généralement pas échapper, souvent à cause *d'expériences négatives de l'enfance*.
- Les personnes atteintes de cette condition souffrent d'une perte profonde de leur sens de l'identité et ont beaucoup de difficulté à contrôler leurs émotions.



Troubles mentaux

Pour les experts

- Une perturbation cliniquement significative de la cognition, de la maîtrise des émotions ou du comportement d'une personne qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-tendant un *diagnostic* de fonctionnement mental lorsque l'état de la personne répond aux critères diagnostiques du DSM ou de la CIM.
- Associé à une détresse importante dans le cadre d'activités sociales, professionnelles ou d'autres activités.
- Les causes des *troubles mentaux* sont considérées comme multiples et interdépendantes, non linéaires et liées à diverses combinaisons d'événements *traumatiques* ou *potentiellement traumatiques sur le plan psychologique*, à la génétique, à la biologie, à l'alimentation, aux facteurs socioéconomiques, aux problèmes de santé physique, aux facteurs environnementaux physiques et autres.
- Les symptômes et les signes ne sont pas mieux expliqués par un problème de santé physique ou les effets d'une substance.
- Les réponses courantes ou adaptées sur le plan culturel à un *facteur de stress* courant ou à une perte, comme la mort d'un proche, qui ne correspondent pas à des critères de *diagnostic* acceptés ne constituent pas des *troubles mentaux*.
- Les comportements déviant de la norme sociale (qu'ils soient politiques, religieux ou sexuels) et les conflits installés surtout entre un individu et la société ne sont pas des *troubles mentaux* à moins que ces comportements et ces conflits résultent d'un dysfonctionnement de l'individu qui correspond aux critères de *diagnostic* acceptés.

Pour le grand public

- Type de problème de *santé mentale* qui répond aux critères de *diagnostic* acceptés et publiés dans le DSM ou la CIM.
- Les critères de *diagnostic* comprennent les troubles de fonctionnement dans les activités sociales, professionnelles ou autres.
- Un *diagnostic* de *trouble mental* peut être posé si les critères de *diagnostic* expliquent le mieux l'état actuel d'une personne.
- On pense que les *troubles mentaux* sont causés par l'interaction de différentes combinaisons de facteurs, p. ex., des événements ou des *facteurs de stress potentiellement traumatiques sur le plan psychologique*, génétiques, biologiques, socioéconomiques, physiques ou environnementaux, ou des problèmes de santé physique.
- Une personne peut recevoir plus d'un *diagnostic* de trouble mental à la fois.
- Ne comprend pas les réactions normales aux *facteurs de stress* courants comme la perte d'un être cher, les pressions en milieu de travail, le fait de vivre avec un problème de *santé* physique ou la douleur chronique.
- *Trouble mental* est actuellement le terme préféré plutôt que *maladie mentale*.



Violence interpersonnelle

Pour les experts

- Un ou plusieurs comportements dans lesquels une personne cause un *traumatisme physique* ou un traumatisme *psychologique* à une autre personne, y compris, mais sans s'y limiter, les mauvais traitements infligés aux enfants, la violence conjugale, les mauvais traitements infligés aux personnes âgées, les agressions commises par des étrangers, ainsi que la violence liée aux crimes contre les biens, en milieu de travail et autres établissements.
- Les *événements potentiellement traumatiques* qui impliquent de la *violence interpersonnelle* peuvent causer des problèmes de *santé mentale* plus graves ou plus complexes (y compris des *troubles mentaux*) en raison de la trahison interpersonnelle et de la rupture affective. D'autres *facteurs de stress* ou *événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique* (p. ex., catastrophes naturelles, incendies d'un bâtiment) peuvent également entraîner une gravité et une complexité semblables des *problèmes de santé mentale*; cependant, la nature personnelle et relationnelle de la *violence interpersonnelle* entraîne souvent des *problèmes de santé mentale*.

Pour le grand public

- Comportement physique ou psychologique préjudiciable envers une autre personne.
- Type *d'événement* ou de *facteur de stress potentiellement traumatique sur le plan psychologique*.
- Peut contribuer à des *problèmes de santé mentale* chez la personne qui a causé le préjudice ou chez la personne qui a subi le préjudice.
- Des exemples de *violence interpersonnelle* comprennent la violence conjugale, la violence envers les personnes âgées et la violence au travail.



Références

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Barak, M.E.M., Nissly, J.A., & Levin, A. (2001). Antecedents to retention and turnover among child welfare, socialwork, and other human service employees: What can we learn from the past research? A review and metaanalysis. *Social Service Review*, 75(4), 625-661.
- Bémault-Phillips, S., Pike, A., Scarella, F., Cherwick, T. (2019). Spirituality and moral injury among military personnel: A mini-review. *Frontiers in Psychiatry*, 10: 276. doi: 10.3389/fpsy.2019.00276; pmid: 31110483
- Briere, J., & Scott, C. (2015). Complex trauma in adolescents and adults: Effects and treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 38, 515-527. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2015.05.004>
- Carleton, R. N., Afifi, T. O., Turner, S., Taillieu, T., Duranceau, S., LeBouthillier, D. M., Sareen, J., Ricciardelli, R., MacPhee, R. S., Groll, D., Hozempa, K., Brunet, A., Weekes, J. R., Griffiths, C. T., Abrams, K. J., Jones, N. A., Beshai, S., Cramm, H. A., Dobson, K. S., Hatcher, S., Keane, T. M., Stewart, S. H., & Asmundson, G. J. G. (2018). Mental disorder symptoms among public safety personnel in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 63(1), 54-64. doi: 10.1177/0706743717723825
- College of Family Physicians of Canada. (2018). *Recovery-oriented mental health and addiction care in the patient's medical home*. Retrieved from https://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/BAG_Mental_Health_ENG_web.pdf
- Federal Framework on Posttraumatic Stress Disorder Act (2018) S.C. 2018, c. 13. Retrieved from <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/F-7.38/page-1.html>
- Figley, C.R. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B.H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers and educators* (pp. 3-28). Lutherville, MD: Sidran.
- Greeson, J.K., Briggs, E.C., Kisiel, C.L., Layne, C.M., Ake, G.S., Ko, S.J., Gerrity, E.T., Steinberg, A.M., Howard, M.L., Pynoos, R.S., & Fairbank, J.A. (2011). Complex trauma and mental health in children and adolescents placed in foster care: findings from the National Child Traumatic Stress Network. *Child Welfare*, 90(6), 91-108.
- Health Canada and Assembly of First Nations. (2014). *First Nations Mental Wellness Continuum Framework*. Retrieved from <https://www.canada.ca/en/indigenous-services-canada/services/first-nations-inuit-health/reports-publications/health-promotion/first-nations-mental-wellness-continuum-framework-summary-report.html>
- Herman, J. L. (1995). Complex PTSD. *Psychotraumatology* (87-100). Springer.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress* 5(3), 377-391.
- Herman, J. L. (2015). *Trauma and recovery: The aftermath of violence – From domestic abuse to political terror*. New York, NY: Hachette UK.
- Huber M. (2010). *Invitational conference “Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health”* (Report of the meeting December 10-11, 2009). Netherlands Organization for Health Research and Development. The Hague, Netherlands.



- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A.R., Kromhout, D. ... Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 26(343):d4163.
- Interagency Working Group on Youth Programs. (2019). *Promotion & Prevention*. Retrieved from <https://youth.gov/youth-topics/youth-mental-health/mental-health-promotion-prevention>
- Kalmakis, K.A., & Chandler, G.E. (2014). Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), 1489-1501.
- Keyes, C. L. (2010). Flourishing. (eds I. B. Weiner and W. E. Craighead). *In the Corsini encyclopedia of psychology* doi:10.1002/9780470479216.corpsy0363
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet*, 360(9339), 1083-1088.
- Maslach, C., & Leiter, M.P. (1997). *The truth about burnout*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Maslach, C., Leiter, M.P., & Schaufeli, W. (2008). Measuring burnout, In *The Oxford handbook of organizational well being*. Berkeley, CA: Oxford University Press.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131-149.
- Mental Health Commission of Canada. (2017). *Declaring our commitment to recovery*. Retrieved from www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/201703/Recovery_Declaration_march_2017_eng.pdf
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes: The critical incident *Stress* debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, 8(1), 36-39.
- Nash WP. (2016). *Identity and imagination in moral injury and moral repair*. Presented at the 2016 forum of the Canadian Institute for Military and Veteran Health Research, Vancouver, BC.
- National Child Traumatic Stress Network. (2019). *What is childhood trauma?* Retrieved from <https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma>
- Newell, J.M., & MacNeil, G.A. (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic *Stress*, and compassion fatigue. *Best Practices in Mental Health*, 6(2), 57-68.
- Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 558.
- Pearlman, L.A., & Saakvitne, K.W. (1995b). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic *Stress* disorders In C. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 150-177). New York, NY: Brunner/Mazel.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2019). *Trauma and violence*. Retrieved from <https://www.samhsa.gov/trauma-violence>
- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (1998). Posttraumatic growth: Conceptual issues. In *Posttraumatic growth* (pp. 9-30). New York, NY: Routledge.

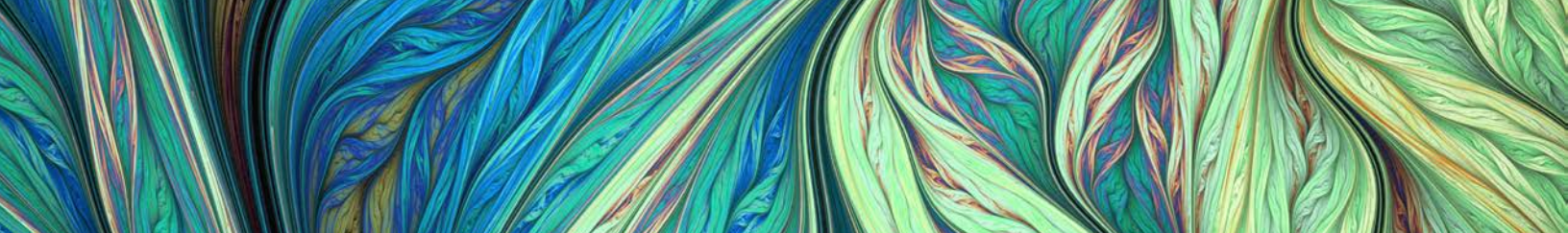


- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G., & Groleau, J. M. (2015). Clinical applications of posttraumatic growth In S. Joseph (2nd ed.), *Positive psychology in practice: Promoting human flourishing in work, health, education and everyday life* (pp. 503-518). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Thompson, J. M., Heber, A., VanTil, L., Simkus, K., Carrese, L., Sareen, J., & Pedlar, D. (2019). Life course well-being framework for suicide prevention in Canadian Armed Forces Veterans. *Journal of Military, Veteran and Family Health*, 5(2), 176-194.
- Thompson JM, MacLean MB, Roach MB, Banman M, Mabior J, Pedlar D. (2016). *A well-being construct for veterans' policy, programming and research* (Research Directorate Technical Report). Retrieved from https://cimvhr.ca/vac-reports/data/reports/Thompson%202016_Well-Being%20Construct%20for%20Veterans%20policy,%20programming,%20and%20research.pdf
- Trippany, R. L., Kress, V. E. W., & Wilcoxon, S. A. (2004). Preventing vicarious trauma: What counselors should know when working with trauma survivors. *Journal of Counseling & Development*, 82(1), 31-37.
- World Health Organization. (2018). *Canadian coding standards for version 2018 ICD 11*. Canada: World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th Revision). Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>



Le domaine de la santé mentale est en constante évolution; le glossaire est un « *document évolutif* » qui sera révisé au fil du temps pour tenir compte de nouvelles connaissances.





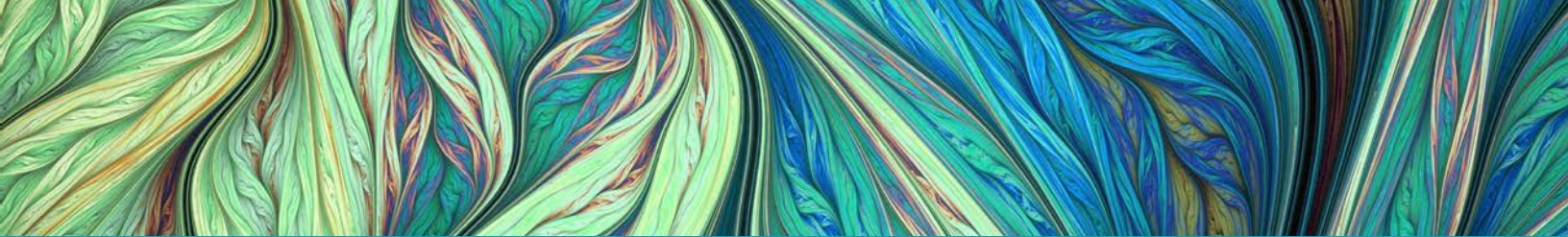


ANNEXE E

RÉFÉRENCES



- ¹ American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), cinquième édition. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2013.
- ² Foa E. Effective Treatments for PTSD: Second Edition. New York: The Guilford Press. 2009:606-613. Disponible : https://www.istss.org/ISTSS_Main/media/Documents/ISTSS_g18.pdf
- ³ Brennstuhl MJ, Tarquinio C, Montel S. Chronic Pain and PTSD: Evolving Views on Their Comorbidity. Perspectives in Psychiatric Care. Oct 2015;51(4):295-304. Disponible : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ppc.12093>
- ⁴ Panagioti M, Gooding PA, Triantafyllou K et al. Suicidality and posttraumatic stress disorder (PTSD) in adolescents: a systematic review and meta-analysis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2015; 50: 525. Disponible : <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0978-x>
- ⁵ Krysinska K, and Lester D. Post-Traumatic Stress Disorder and Suicide Risk: A Systematic Review, Archives of Suicide Research. 2010;14(1):1-23. Disponible : <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13811110903478997?journalCode=usui20>
- ⁶ Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique. Glossaire des termes – Une compréhension commune des termes courants utilisés pour décrire les traumatismes psychologiques – Version 2.0. Regina (SK): Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique; 25 Nov 2019. 32 p. Disponible : <http://hdl.handle.net/10294/9055>
- ⁷ Treatment for Posttraumatic Stress Disorder in Military and Veteran Populations: Initial Assessment. Committee on the Assessment of Ongoing Effects in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder; Institute of Medicine. Washington (DC): National Academies Press (US); 13 Jul 2012. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK201092/>
- ⁸ Beshai S, and Carleton RN. Les programmes de soutien par les pairs et les programmes d'intervention psychologique en situation de crise destinés aux premiers répondants canadiens. Regina (SK): University of Regina Collaborative Centre for Justice and Safety; 2016. Disponible : http://www.justiceandsafety.ca/rsu_docs/blue_paper_full_web_final_production_aug_16_2016.pdf
- ⁹ Shalev AY, Ankri Y, Gilad M, Israeli-Shalev Y, Adessky R, Qian M, and Freedman S. Long-Term Outcome of Early Interventions to Prevent Posttraumatic Stress Disorder. J Clin Psychiatry. 2016;77(5):e580–e587. Disponible : <https://doi.org/10.4088/JCP.15m09932>
- ¹⁰ Brewin CR, Andrews B, and Valentine JD. Meta-Analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2000;68:748–766. Disponible : <https://pdfs.semanticscholar.org/0376/fedb10b4fbf1f786f2eca716556e6d8151ff.pdf>



- ¹¹ Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, et al. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull.* 2003;129:52–73. Disponible : https://www.researchgate.net/publication/10927263_Ozer_EJ_Best_SR_Lipsey_TL_Weiss_DS_Predictors_of_posttraumatic_stress_disorder_and_symptoms_in_adults_a_meta-analysis_Psychol_Bull_129_52-73
- ¹² Sareen J. Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors, and treatment. *Revue canadienne de psychiatrie.* 2014;59(9): 460–467. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4168808/>
- ¹³ Van Amerigen M, Mancini C, Patterson B, and Boyle MH. Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neuroscience and Therapeutics CNS.* 13 Août 2008;14:171-81. Disponible : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1755-5949.2008.00049.x>
- ¹⁴ Statistique Canada. Tableau 13-10-0465-01: Indicateurs de la santé mentale. Ottawa (ON): Statistique Canada; 2019. Disponible : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310046501&request_locale=fr
- ¹⁵ Weeks M, Park SB, Ghanem S, Plebon-Huff S, Robert AM, MacKay H, and LeBlanc AG. A systematic review of the prevalence of post-traumatic stress disorder reported in Canadian studies. In R. Ricciardelli, R.N. Carleton, S. Bornstein, & A. Hall (Eds.). *Handbook of Posttraumatic Stress: Psychosocial, Cultural, and Biological Perspectives.* Kentucky (US): Routledge, Taylor & Francis Group; sous presse.
- ¹⁶ Olff M. Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: an update. *Eur J Psychotraumatol.* Sept 2017;8(sup4):1351204. Disponible : <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/20008198.2017.1351204>
- ¹⁷ Hourani H, Williams J, Bray R, and Kandel D. Gender differences in the expression of PTSD symptoms among active duty military personnel. *Journal of Anxiety Disorders.* Déc 2014;4;29(101-108). Disponible : <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.11.007>
- ¹⁸ Brady K, Killeen T, Brewerton T, and Lucerini S. Comorbidity of Psychiatric Disorders and Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry.* 2000;61(suppl 7):22-32. Disponible : <https://www.psychiatrist.com/jcp/article/Pages/2000/v61s07/v61s0704.aspx>
- ¹⁹ Manitoba Nurses Unions. *Helping Manitoba's wounded healers.* Winnipeg (MB): Manitoba Nurses Union; 2015. Disponible : <http://traumadoesntend.ca/wp-content/uploads/2015/04/75005-MNU-PTSD-BOOKLET-SCREEN.pdf>
- ²⁰ Reichert C. *C'est assez: des milieux de travail sécuritaires pour tous, première édition.* Ottawa (ON): La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers; Juin 2017. 44 p. Disponible : https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/05/CFNU_Enough-is-Enough_June1_FINALlow.pdf
- ²¹ Poulin C, Gouliquer L, and McWilliams J. Othering of full-time and volunteer women firefighters in the Canadian fire services. *Qualitative Sociology Review – Édition spéciale.* Fév 2019. 47p. Disponible: <https://p-sec.org/our-research/female-fire-fighters/>



- ²² Sareen J, Afifi TO, and Taillieu T. Événements traumatiques liés au déploiement et comportements suicidaires dans un échantillon représentatif sur le plan national des membres des Forces armées canadiennes. *Revue canadienne de psychiatrie*. Nov 2017;62(11):795–804. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5697623/>
- ²³ Forbes D, Pedlar D, Heber A, Jetly R, Richardson JD, Thompson JM, and Wessely S. Treatment of military-related post-traumatic stress disorder: Challenges, innovations, and the way forward. *International Review of Psychiatry*. Mai 2019;31(1):95-110. Disponible : <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09540261.2019.1595545>
- ²⁴ Sareen J, Henriksen C, Bolton S-L, Afifi TO, Stein MB, and Asmundson G. Adverse childhood experiences in relation to mood and anxiety disorders in a population-based sample of active military personnel. *Psychological Medicine*. 2013;43(1):73-84. Disponible : <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/adverse-childhood-experiences-in-relation-to-mood-and-anxiety-disorders-in-a-populationbased-sample-of-active-military-personnel/5845C725A07254E7F2E0BBB51177F1D5>
- ²⁵ Pearson C, Zamorski M, Janz T. Santé mentale dans les Forces armées canadiennes. Statistique Canada. Ottawa: Statistique Canada; 25 Nov 2014. 13 p. Disponible : https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-624-x/2014001/article/14121-fra.pdf?st=_Mld3gOG
- ²⁶ Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, Stein MB, Belik SL, Meadows G, Asmundson GJ. Combat and peacekeeping operations in relation to prevalence of mental disorders and perceived need for mental health care: findings from a large representative sample of military personnel. *Arch Gen Psychiatry*. Juil 2007;64(7): 843–852. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17606818>
- ²⁷ Thompson JM, VanTil L, Zamorski MA, Garber B, Dursun S, Fikretoglu D, et al. Mental health of Canadian Armed Forces Veterans – review of population studies. *Journal of Military, Veteran and Family Health*. 2016;1:70-86. Disponible : <https://jmvfh.utpjournals.press/doi/pdf/10.3138/jmvfh.3258>
- ²⁸ VanTil LD, Sweet J, Poirier A, McKinnon K, Sudom K, Dursun S, Pedlar D. Bien-être des vétérans de la Force régulière, conclusions des EVASM 2016. Charlottetown (Î.-P.-É): Direction de la recherche, Anciens combattants Canada; 23 juin 2017. Rapport technique. Disponible : http://publications.gc.ca/collections/collection_2017/acc-vac/V32-340-2017-fra.pdf
- ²⁹ Marmar CR, McCaslin SE, Metzler TJ, Best S, Weiss DS, Fagan J et al. Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1 Jan 2006;1071:1-18. Disponible : <https://doi.org/10.1196/annals.1364.001>
- ³⁰ Anders J and Kerstin S. Guilt, shame and need for a container: a study of post-traumatic stress among ambulance personnel. *Accident and Emergency Nursing*. 2004;12(4): 215-223. Disponible : <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0965230204000359?token=3F9C1F87BAA753E266E0521CA1C443578B2699EB221AB5EBBAC5DD3158CA885FD92A7ADB65796EF8A5FBCFB6FB264B7B>



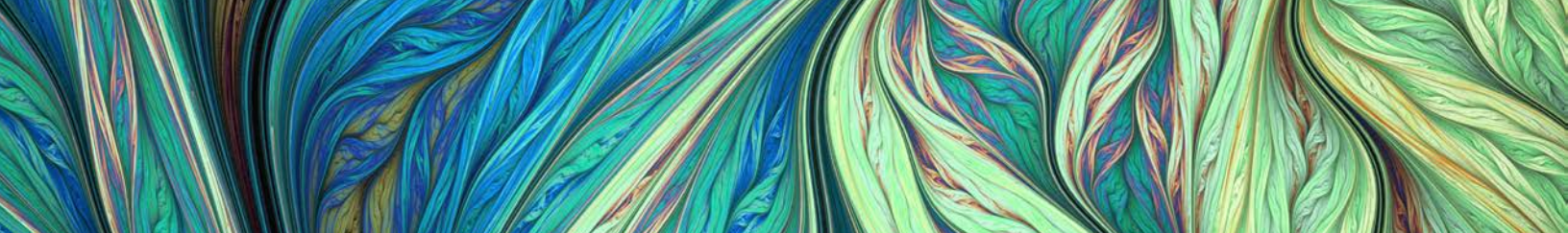
- ³¹ Carleton RN, Afifi TO, Turner S, Taillieu T, Duranceau S, LeBouthillier DM et al. Mental disorder symptoms among public safety personnel in Canada. *Revue canadienne de psychiatrie*. Janvier 2018;63(1):54-64. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28845686>
- ³² Bride B. Prevalence of Secondary Traumatic Stress among Social Workers. *Social Work*. Jan 2007; 52(1):63–70. Disponible : <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.63>
- ³³ de Boer JC, Lok A, van't Verlaat E, Duivenvoorden HJ, Bakker AB, and Smit BJ. Work-related critical incidents in hospital-based health care providers and the risk of post-traumatic stress symptoms, anxiety, and depression: A meta-analysis. *Social Science and Medicine*. Juil 2011;73(2): 316-326. Disponible : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.05.009>
- ³⁴ Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Disaster Technical Assistance Center. First Responders: Behavioral Health Concerns, Emergency Response, and Trauma [Supplemental Research Bulletin]. Mai 2018. Disponible : <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/dtac/supplementalresearchbulletin-firstresponders-may2018.pdf>
- ³⁵ Laposa JM, and Alden LE. Posttraumatic stress disorder in the emergency room: exploration of a cognitive model. *Behaviour Research and Therapy*. 2003; 41(1):49-65. Disponible : <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-0037213541&origin=inward&txGid=f4b764650990d606b68229970b37225a>
- ³⁶ Rapport du Comité permanent de la santé. Violence subie par les travailleurs de la santé au Canada. Ottawa (ON): Rapport du Comité permanent de la Santé, 41e législature, 1re session; Juin 2019. Disponible : <https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/42-1/HESA/rapport-29>
- ³⁷ Lonergan M, Leclerc M, Descamps M Pigeon S, and Brunet A. Prevalence and severity of trauma- and stressor-related symptoms among jurors: A review. *Journal of Criminal Justice*. 26 Juil 2016 ;47: 51-61. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S004723521630054X?via%3Dihub>
- ³⁸ Feinstein A, Owen J, Blair N. A hazardous profession: war, journalists, and psychopathology. *Am J Psychiatry*. Sept 2002 ; 159(9):1570-5. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12202279>
- ³⁹ Goodleaf S, and Gabriel W. The frontline of revitalization: Influences impacting aboriginal helpers. *Revue des enfants et des familles des Premiers peuples*. 2009; 4(2):18-29. Disponible : <http://journals.sfu.ca/fpcfr/index.php/FPCFR/article/view/135>
- ⁴⁰ Centre for Addiction and Mental Health. Police Mental Health: A Discussion Paper. Toronto (ON): Centre de toxicomanie et de santé mentale. 2018. 14 p. Disponible : <https://www.camh.ca/-/media/files/pdfs---public-policy-submissions/police-mental-health-discussion-paper-oct2018-pdf.pdf?la=en&hash=B47D58B5ACBE4678A90907E3A600BB447EE134BF>



- ⁴¹ Brown J and Fraehlich C. Aboriginal Family Services Agencies in High Poverty Urban Neighborhoods: Challenges Experienced by Local Staff. *Revue des enfants et des familles des Premiers peuples*. 2011;6(1):10-27. Disponible : <https://journals.sfu.ca/fpcfr/index.php/FPCFR/article/view/103>
- ⁴² Finklestein M, Stein E, Greene T, Bronstein I, and Solomon Z. Posttraumatic Stress Disorder and Vicarious Trauma in Mental Health Professionals. *Health & Social Work*. 2015;40(2):25-31. Disponible : <https://doi.org/10.1093/hsw/hlv026>
- ⁴³ Lerias D and Byrne MK. Vicarious traumatization: symptoms and predictors. *Stress and Health*. 6 Août 2003; 19(3):129–138. Disponible : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/smi.969>
- ⁴⁴ Minore B, Boone M, Katt M, Kinch P, Birch S, and Mushquash C. Les effets du roulement du personnel infirmier sur la continuité des soins dans les communautés autochtones isolées. *Canadian Journal of Nursing Research*. Juin 2005; 37(2):2. Disponible : <https://cjr.archive.mcgill.ca/article/view/1928/1922>
- ⁴⁵ Bombay A, Matheson K and Anisman H. The intergenerational effects of Indian Residential Schools: Implications for the concept of historical trauma. *Transcultural Psychiatry*. 2014;51(3) 320–338. Disponible : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4232330/pdf/10.1177_1363461513503380.pdf
- ⁴⁶ Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. Réclamer notre pouvoir et notre place [Rapport final en ligne]. 2019. 1,180 p. Disponible <https://www.mmiwg-ffada.ca/fr/final-report/>
- ⁴⁷ Aguiar W, and Halseth R. Peuples autochtones et traumatisme historique: Les processus de transmission intergénérationnelle. Prince George (C.-B.): Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; 2015. 32p. Disponible: <https://www.cnsa-nccah.ca/docs/context/RPT-HistoricTrauma-IntergenTransmission-Aguiar-Halseth-FR.pdf>
- ⁴⁸ Cutajar MC, Mullen PE, Ogloff JP, Thomas S, Wells D and Spataro J. Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse and Neglect*. Nov 2010;34(11):813-822. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20888636>
- ⁴⁹ Tang B, Liu X, Liu Y, Xue C, and Zhang L. A meta-analysis of risk factors for depression in adults and children after natural disasters. *BMC Public Health*. 19 Juin 2014;14(623). Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4077641/>
- ⁵⁰ Neria Y, Nandi A, Galea S. Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychol Med*. 2008;38(4):467–480. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4877688/>
- ⁵¹ Bellamy, S and Hardy C. Le syndrome de stress post-traumatique chez les Peuple autochtones du Canada: Examen des facteurs de risque, l'état actuel des connaissances et orientations pour de plus amples recherches. Prince George (C.-B.): Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; 2015. 26 p. Disponible : <https://www.nccih.ca/docs/emerging/RPT-Post-TraumaticStressDisorder-Bellamy-Hardy-FR.pdf>



- ⁵² Richmond CAM, Ross NA, and Bernier J. Exploring Indigenous Concepts of Health: The Dimensions of Métis and Inuit Health. Aboriginal Policy Research Consortium International (APRCi) 2007. 115p. Disponible : <https://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1329&context=aprci>
- ⁵³ Simpson L. La victimisation avec violence chez les lesbiennes, gais et bisexuels au Canada, 2014. Catalogue de Statistique Canada no. 85-002-X. Ottawa (ON): Statistique Canada; 2014. Disponible : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/85-002-x/2018001/article/54923-fra.pdf?st=VwsrqWzH>
- ⁵⁴ Roberts AL, Austin SB, Corliss HL, Vander Morris AK, and Koenen KC. Pervasive Trauma Exposure Among US Sexual Orientation Minority Adults and Risk of Posttraumatic Stress Disorder. *Am J Public Health*. 2010;100(12):2433-41. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2978167/>
- ⁵⁵ Bontempo DE, and D'Augelli AR. Effects of at-school victimization and sexual orientation on lesbian, gay, or bisexual youths' health risk behavior. *Journal of Adolescent Health*. 2002;30(5): 364-374. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X01004153?via%3Dihub>
- ⁵⁶ Friedman Mark, Marshal MP, Guadamuz T, Wei C, Wong CF, Saewyc EM, et al. A Meta-Analysis of Disparities in Childhood Sexual Abuse, Parental Physical Abuse, and Peer Victimization Among Sexual Minority and Sexual Nonminority Individuals. *Am J Public Health*. 2011; 101(8):1481-94. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3134495/>
- ⁵⁷ Mooney M. Recognizing, Treating, and Preventing Trauma in LGBTQ Youth. *Journal of Family Strengths*. 2017;17(2):16. Disponible : <http://digitalcommons.library.tmc.edu/jfs/vol17/iss2/16>
- ⁵⁸ Roberts AL, Rosario M, Corliss HL, Koenen KC, and Austin SB. Elevated Risk of Posttraumatic Stress in Sexual Minority Youths: Mediation by Childhood Abuse and Gender Nonconformity. *American Journal of Public Health*. 2012; 102(8):1587-1593. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3395766/>
- ⁵⁹ Ponka D and Wilkinson L. *Migration, Health and Survival: International Perspectives*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Limited; 2017:88-110. Disponible : <https://books.google.ca/books?hl=en&lr=&id=ELg9DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA88&dq=Ponka+D+%26+Wilkinson+L.+Migration,+Health+and+Survival:+International+Perspectives&ots=T2GXdyuGSI&sig=gDpMMK7ERqAzhWgiaNKNPwjAKO8#v=onepage&q&f=false>
- ⁶⁰ Fazel M, Wheeler J, and Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*. 2005;365(9467):1309-14. Disponible : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673605610276>
- ⁶¹ Baddoura C, and Merhi M. PTSD among children and adolescents in the Arab World. *The Arab Journal of Psychiatry*. 2015;26(2), 129-136. Disponible : https://www.researchgate.net/publication/283259696_PTSD_among_Children_and_Adolescents_in_the_Arab_World



- ⁶² Ghumman U, McCord CE, and Chang JE. Posttraumatic stress disorder in Syrian refugees: A review. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*. 2016;57(4): 246-253. Disponible : <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fcap0000069>
- ⁶³ Thabet AAM, Abed Y, and Vostanis P. Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2004; 45(3):533-542. Disponible : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1469-7610.2004.00243.x?sid=nlm%3Apubmed>
- ⁶⁴ Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, et al. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Journal de l'Association médicale canadienne*. 6 Sept 2011 ; 183(12):959–967. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3168672/>
- ⁶⁵ Bryant RA, Edwards B, Creamer M, O'Donnell M, Forbes D, Felmingham KL, et al. The effect of post-traumatic stress disorder on refugees' parenting and their children's mental health: a cohort study. *Mai 2018;3(5):249-258*. Disponible : [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(18\)30051-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(18)30051-3/fulltext)
- ⁶⁶ Torchalla I, Strehlau V, Li K, Linden IA, Noel F and Krausz M. Posttraumatic Stress Disorder and Substance Use Disorder Comorbidity in Homeless Adults: Prevalence, Correlates, and Sex Differences. *Psychology of Addictive Behaviors*. Août 2013 ;28(2):443-452. Disponible : https://www.researchgate.net/publication/255691892_Posttraumatic_Stress_Disorder_and_Substance_Use_Disorder_Corbidity_in_Homeless_Adults_Prevalence_Correlates_and_Sex_Differences
- ⁶⁷ Thunderbird Partnership Foundation. *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations*. Bothwell (ON): Thunderbird Partnership Foundation; 2015. <https://thunderbirdpf.org/fnmwc-full-report/?lang=fr>
- ⁶⁸ Inuit Tapiriit Kanatami. *Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits*. Ottawa (ON): Inuit Tapiriit Kanatami; 2016. 48 p. Disponible: <https://www.itk.ca/national-inuit-suicide-prevention-strategy/ber>