




1re édition

GUIDE DE PRATIQUE POUR
L'ÉVALUATION ET LE TRAITEMENT
COGNITIVO-COMPORTEMENTAL DU
TROUBLE DU STRESS POST-
TRAUMATIQUE

Prairie, Corinne
Caron, Geneviève
Turcotte, Julie
Ngo, Thanh-Lan
Goulet, Jean



Éditeur : Jean Goulet – tccmontreal
2021

Éditeur : Jean Goulet – tccmontreal
Montréal, QC, Canada
2021

ISBN 978-2-924935-18-7

Dépôt légal 2^e trimestre 2021

Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2021

Bibliothèque et Archives Canada 2021

1^{re} édition

À PROPOS DE CE GUIDE DE PRATIQUE

Ce guide de pratique s'adresse aux cliniciens qui cherchent des informations concises et pratiques concernant le trouble de stress post-traumatique (TSPT) chez l'adulte, plus particulièrement sur le traitement de ce trouble par la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Il s'inspire principalement des pratiques employées dans le domaine de la thérapie par l'exposition prolongée. La rédaction de la présente version a été complétée au printemps 2020.

Nous référons les lecteurs à l'ouvrage de Chaloult et coll. (2008) pour une présentation pratique des principes fondamentaux et techniques de base de TCC. Il est préférable que la TCCT (TCC centrée sur le trauma) soit offerte par des cliniciens qui possèdent une bonne connaissance de l'état de stress post-traumatique et de la TCC. Après une formation sur la TCCT, des supervisions de groupe par les pairs ou en individuel par un thérapeute expérimenté sont essentielles pour éviter de nuire au patient par l'utilisation non judicieuse des concepts et techniques décrites dans ce guide.

Par ailleurs, les étapes de traitement présentées dans ce guide ont été basées principalement sur les guides à l'intention des thérapeutes «Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique» de Dre Pascale Brillon (2017) et «Prolonged Exposure Therapy for PTSD – Emotional Processing of Traumatic Experiences» de Edna. B. Foa (2019).

Ce guide se veut être un outil de travail sans toutefois avoir la prétention d'être complet. Il peut faire l'objet de corrections et de modifications futures. Par ailleurs, il ne peut remplacer des ouvrages ou des formations plus poussés dans le domaine du traitement du trouble de stress post-traumatique. Il est à noter que ce guide n'est pas conçu pour le traitement des patients ayant été victimes d'abus sexuels ou physiques à répétition dans l'enfance. Il est suggéré de se référer à des ouvrages traitant spécifiquement des traumatismes complexes puisque ce guide n'aborde pas ce sujet.

À PROPOS DES AUTEURS

Corinne Prairie est médecin résidente en psychiatrie à l'Université de Montréal depuis 2016. Elle a complété son doctorat en médecine à l'Université de Montréal.

Geneviève Caron est médecin résidente en psychiatrie à l'Université de Montréal depuis 2016. Elle a complété son doctorat en médecine à l'Université de Sherbrooke.

Julie Turcotte est médecin psychiatre. Elle pratique au département de psychiatrie du CIUSSS du Nord de l'île de Montréal. Elle est cheffe médicale de la Clinique des Troubles Anxieux du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. Elle est professeure adjointe de clinique au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

Than-Lan Ngô est médecin psychiatre. Elle pratique au département de psychiatrie du CIUSSS du Nord de l'île de Montréal. Elle est professeure au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

Jean Goulet est médecin psychiatre. Il pratique au département de psychiatrie de la Cité de la Santé de Laval et au département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Coeur de Montréal. Il est professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|----|
| À PROPOS DE CE GUIDE DE PRATIQUE | 3 |
| À PROPOS DES AUTEURS | 4 |
| TABLE DES MATIÈRES | 5 |
| SECTION I – INTRODUCTION | 10 |
| I.I Brève description du trouble de stress post-traumatique | 10 |
| I.II Épidémiologie | 11 |
| I.III Facteurs de risque | 11 |
| I.IV Comorbidités | 12 |
| SECTION II - ÉVALUATION DU TSPT | 15 |
| II.I Critères diagnostiques du DSM-5 | 15 |
| II.II Distinction entre TSPT et trouble stress aigu | 18 |
| II.III Inventaires et échelles de mesure utilisés au moment de l'évaluation | 20 |
| II.III.I Dépistage du TSPT | 21 |
| II.III.I.I Histoire Traumatique – Liste des événements de vie | 21 |
| II.III.I.II Inventaire de détresse péritraumatique (PDI) | 21 |
| II.III.I.III Questionnaire des expériences de dissociation péritraumatique (PDEQ) | 21 |
| II.III.I.IV Échelle IES-R (Impact of Event Scale-Revised) | 22 |
| II.III.I.V Questionnaire PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DMS-5) | 22 |
| II.III.I.VI Échelle modifiée des symptômes traumatiques (EMST) | 22 |
| II.III.II Dépistage des comorbidités | 23 |
| II.III.II.I Inventaire de Beck pour la dépression | 23 |
| II.III.II.II Inventaire de Beck pour l'anxiété | 23 |
| SECTION III - TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE | 25 |
| III.I Antidépresseurs | 25 |
| III.II Autres antidépresseurs | 25 |
| III.III Antipsychotiques atypiques | 26 |
| III.IV Anticonvulsivants | 26 |
| III.V Bloqueurs des récepteurs alpha-1 | 26 |
| III.VI Bloqueurs des récepteurs bêta-adrénergiques | 27 |

| | |
|--|----|
| III.VII 3,4-méthylènedioxyméthamphétamine (MDMA) | 27 |
| III.VIII Benzodiazépines | 28 |
| III.VIII Tableau résumé des recommandations pour le traitement pharmacologique du TSPT selon les lignes directrices canadiennes de 2014. | 29 |
| SECTION IV- TSPT SELON LE MODÈLE COGNITIVO-COMPORTEMENTAL | 30 |
| IV.I Notions de base | 30 |
| IV.I.I Modèle comportemental | 30 |
| IV.I.I.I Conditionnement classique | 30 |
| SCHÉMA - Conditionnement classique | 31 |
| IV.I.I.II Conditionnement opérant | 32 |
| SCHÉMA - Conditionnement opérant | 33 |
| IV.I.II Modèle cognitif | 34 |
| SCHÉMA - Chaîne: événement, pensée, émotions | 34 |
| SCHÉMA - Interaction entre pensées, émotions, comportements et réactions | 34 |
| SCHÉMA - Modèle cognitif de Beck | 35 |
| IV.I.II.I Croyances fondamentales | 35 |
| IV.I.II.II Croyances intermédiaires | 36 |
| IV.I.II.III Distorsions cognitives | 36 |
| IV.I.II.IV Pensées automatiques et attributions | 36 |
| IV.II Modèles explicatifs du TSPT selon certains auteurs | 37 |
| IV.II.I Modèle d'Horowitz (1986, 1993) | 37 |
| IV.II.II Modèle de Janoff-Bulman (1992) | 37 |
| IV.II.III Modèle de Joseph, Williams et Yule (1995) | 37 |
| IV.II.IV Modèle de Jones et Barlow (1990) | 38 |
| IV.II.V Modèle de Foa, Stekette & Rothbaum (1989) | 38 |
| IV.II.VI Modèle de Rothschild (2000, 2010) | 39 |
| IV.II.VII Modèle de Ehlers et Clark (2000) | 39 |
| IV.II.VIII Modèle de Resick et Schnicke (1992) | 40 |
| IV.III Modèle explicatif du TSPT | 41 |
| IV.III.I Schéma synthèse | 44 |
| SCHÉMA - Synthèse du modèle explicatif présenté ci-haut | 44 |

| | |
|--|----|
| IV.IV Facteurs de maintien cognitivo-comportementaux | 45 |
| IV.IV.I Évitement | 45 |
| IV.IV.II Comportements sécurisants | 45 |
| IV.IV.III Hypervigilance | 46 |
| IV.IV.IV Dissociation et détachement affectif | 46 |
| IV.IV.V Émotions négatives envahissantes | 46 |
| IV.V Efficacité de la TCCt du TSPT | 47 |
| SECTION V - LA PSYCHOTHÉRAPIE POUR LE TRAITEMENT DU TSPT | 49 |
| V.I Aperçu des grandes étapes du traitement | 49 |
| V.III Évaluation | 50 |
| V.IV Psychoéducation au patient | 50 |
| V.V Établir les objectifs | 51 |
| V.VI Traitement pharmacologique et des comorbidités | 51 |
| V.VII Hygiène de vie | 52 |
| V.VIII Stratégies d'apaisement | 52 |
| V.VIII.I Techniques d'ancrage | 53 |
| V.VIII.II La cohérence cardiaque | 54 |
| V.VIII.III Respiration diaphragmatique | 55 |
| V.VIII.IV Pleine conscience et méditation | 55 |
| V.VIII.V Techniques de relaxation de Jacobson | 56 |
| V.VIII.VI Distraction | 56 |
| V.IX Stratégies émotionnelles | 57 |
| V.X Restructuration cognitive | 59 |
| Étape 1 : Prendre conscience des pensées associées à des émotions négatives. | 59 |
| Étape 2 : Remise en question des pensées dysfonctionnelles | 60 |
| Étape 3: Compléter la tarte des hypothèses au besoin (voir section VII.XII) | 61 |
| Exemple - Tarte des hypothèses | 62 |
| Étape 4 : Identification des distorsions cognitives | 62 |
| Étape 5 : Identification de pensées alternatives plus fonctionnelles | 63 |
| Étape 6 : Remise en question des croyances fondamentales dysfonctionnelles | 63 |
| V.XI Exposition prolongée | 64 |

| | |
|--|----|
| V.XI.I Objectif de la thérapie par exposition prolongée | 65 |
| V.XI.II Risques et contre-indications | 65 |
| V.XI.III Composantes du traitement par exposition prolongée | 66 |
| V.XI.III.I Exposition <i>in vivo</i> | 68 |
| Déroulement de l'exposition graduée <i>in vivo</i> | 69 |
| A. Psychoéducation | 69 |
| B. Liste et hiérarchie des stimuli conditionnés | 70 |
| C. Planification des exercices d'exposition <i>in vivo</i> | 71 |
| V.XI.III.II Exposition par imagination | 72 |
| Déroulement de l'exposition par imagination | 73 |
| A. Psychoéducation | 73 |
| B. Déroulement de la première séance | 74 |
| C. Déroulement des séances suivantes: les «points chauds» | 75 |
| D. Exercices à domicile | 76 |
| V.XI.III.III Problèmes rencontrés durant la thérapie par exposition | 77 |
| Situation A: Patient ne veut pas faire de l'exposition ou non adhérent aux exercices | 77 |
| Situation B: Patient très/trop anxieux | 78 |
| Situation C: Patient qui dissocie en cours d'exposition | 78 |
| Situation D: Patient ne développe pas d'anxiété durant l'exposition | 79 |
| Situation E: Patient ne développe pas d'habituation | 80 |
| V.XII Maintien et prévention des rechutes | 80 |
| SECTION VI - PRINCIPALES ÉTAPES DU TRAITEMENT PAR EXPOSITION PROLONGÉE | 81 |
| VI.I 1 ^{re} à 2 ^e ENTREVUES (ou plus) | 82 |
| VI.II 3 ^e à 5 ^e ENTREVUES (ou plus) | 84 |
| VI.III 6 ^e et/ou 7 ^e ENTREVUES (ou plus) | 86 |
| VI.IV 8 ^e à 19 ^e ENTREVUES (ou plus) | 88 |
| VI.V 20 ^e ENTREVUE ET ENTREVUES DE CONSOLIDATION | 91 |
| SECTION VII – INSTRUMENTS DE MESURE ET OUTILS DE TRAITEMENT | 92 |
| VII.I Liste des événements de vie | 93 |
| VII.II Inventaire de détresse péritraumatique (PDI) | 94 |

| | |
|---|-----|
| VII.III Questionnaire des expériences de dissociation péritraumatique (PDEQ) | 95 |
| VII.IV Échelle IES-R (Impact of Event Scale-Revised) | 96 |
| VII.V Questionnaire PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DMS-5) | 98 |
| VII.VI Inventaire de Beck pour la dépression | 100 |
| VII.VII Inventaire de Beck pour l'anxiété | 102 |
| VII.VIII Aide-Mémoire pour l'évaluation du TSPT | 104 |
| VII.IX Exercice - Échelle de gradation des émotions | 105 |
| VII.X Exercice – Grille d'auto-observation de la restructuration cognitive | 106 |
| VII.XI Exercice – Restructuration cognitive avec questionnement socratique | 107 |
| VII.XII Exercice – Tarte des hypothèses | 108 |
| VII.XIII Exercice – Hiérarchie des stimuli et des situations | 109 |
| VII.XIV Exercice – Étapes de progression de l'exposition à une situation | 110 |
| VII.XV Exercice – Grille d'auto-observation d'exposition in vivo | 111 |
| VII.XVI Exercice – Grille des NAS durant l'exposition par imagination | 112 |
| VII.XVII Exercice – Graphique des NAS durant l'exposition par imagination | 113 |
| VII.XVIII Exercice – Hiérarchie des «points chauds» | 114 |
| VII.XIX Exercice - Grille d'auto-observation d'exposition par imagination | 115 |
| VII.XX Fiche thérapeutique – Résumé de la thérapie avec les outils | 116 |
| VII.XXI Fiche de prévention des rechutes | 117 |
| SECTION VIII – RÉFÉRENCES POUR LES PATIENTS | 118 |
| VIII.I Livres | 118 |
| VIII.II Sites internet et applications | 118 |
| VIII.III Groupes de soutien | 119 |
| SECTION IX - BIBLIOGRAPHIE | 120 |

SECTION I – INTRODUCTION

I.1 Brève description du trouble de stress post-traumatique

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est un problème de santé mentale que peuvent développer certaines personnes après avoir vécu ou assisté à un événement mettant leur vie (ou la vie d'autres personnes) en danger. L'événement en question peut être, par exemple, une catastrophe naturelle, un accident de voiture, une agression sexuelle, etc. Ce trouble entraîne souvent une détresse psychologique importante ainsi que des conséquences dans les différentes sphères de la vie (familiale, sociale et professionnelle) chez les gens qui en sont atteints. Les symptômes du trouble de stress post-traumatique sont multiples et catégorisés en 4 principaux types de manifestations. Elles sont présentes de façon plus ou moins importante selon les personnes atteintes.

- Les symptômes de **Reviviscence** avec la présence chez les gens atteints de «flashbacks» intrusifs; de cauchemars répétitifs en lien avec le trauma; de réactions dissociatives et/ou de réactions de détresse et/ou physiologiques marquée en présence d'éléments évoquant le trauma.
- Les symptômes d'**Évitement** avec la présence chez les gens atteints d'efforts persistants pour éviter des pensées, des situations, des endroits, des odeurs, etc. évoquant le traumatisme.
- Les symptômes d'**Altération négative des cognitions et de l'humeur** avec la présence chez les gens atteints d'une difficulté à se rappeler des éléments du traumatisme; de croyances négatives exagérées concernant soi-même; de distorsions cognitives persistantes en lien avec la cause et les conséquences du trauma; d'un état émotionnel négatif persistant (crainte, honte, blâme, etc.); d'un sentiment de détachement; d'une réduction de l'intérêt pour les activités de la vie normale et/ou d'une incapacité à ressentir des émotions positives.
- Les symptômes d'**Hyperactivation** avec la présence chez les gens atteints d'hypervigilance; d'accès de colère; d'irritabilité; de réactions de sursaut exagérées; de comportement irréfléchi ou autodestructeur; de problème de concentration et/ou de perturbation du sommeil.

Les symptômes doivent être d'une durée de plus d'un mois. Ils peuvent apparaître peu de temps après le traumatisme ou des années plus tard, par exemple, suite à un événement qui « réactive » le traumatisme.

I.II Épidémiologie

Similairement aux autres pays dans le monde (Kessler et coll., 2017), on estime que 76% de la population canadienne adulte a été exposée à un traumatisme au cours de sa vie (van Ameringen et coll., 2008). Les probabilités de développer un TSPT suite à un événement traumatique varient en fonction du sexe de la personne et du type de trauma vécu (Shalev, et coll., 2017).

Au Canada, on estime que 9.2% de la population rencontrera les critères diagnostics de TSPT au cours de leur vie et que les femmes sont deux fois plus atteintes que les hommes (12.8% vs 5.3%) (van Ameringen et coll., 2008).

De façon générale, les personnes victimes d'agression physique ou sexuelle sont plus susceptibles d'avoir un TSPT que celles ayant vécu des événements de nature accidentelle (Kessler et coll., 2017). En effet, selon l'étude de van Ameringen et coll. (2008), la prévalence à vie de TSPT chez les femmes ayant vécu une agression sexuelle était d'environ 26%, en comparaison avec une prévalence à vie de 2,5 % pour les femmes ayant été impliqué dans un accident grave de véhicule motorisé. De plus, apprendre la mort subite d'un proche semblait particulièrement susceptible d'entraîner les symptômes d'un TSPT, soit une prévalence à vie d'environ 30% (van Ameringen et coll., 2008).

I.III Facteurs de risque

Il semble qu'une majorité des gens soient en mesure de retrouver une vie normale quelques semaines à quelques mois après un événement traumatique. Toutefois, certaines personnes sont plus à risque que d'autres de développer des symptômes de TSPT par l'influence de divers facteurs qui sont discutés dans la présente section.

Il semble que les personnes un peu plus à risque de développer un TSPT sont celles ayant (1) un historique d'abus et de difficultés dans l'enfance; (2) des antécédents personnels et familiaux de maladie psychiatrique; (3) des antécédents de traumatismes antérieurs; (4) un faible statut socioéconomique; (5) un bas niveau d'éducation; (6) une limitation cognitive. De plus, les femmes, les jeunes et les minorités visibles seraient également plus à risque (Brewin et coll., 2000).

Toutefois, les facteurs le plus souvent associés au développement du TSPT sont les circonstances entourant le traumatisme et le contexte de vie de la personne après le traumatisme. Ainsi, les facteurs péritraumatiques influençant l'apparition d'un TSPT durant l'événement traumatique seraient (1) la sévérité du trauma; (2) la perception que sa vie est en danger; (3) la présence d'un état de dissociation; (4) d'une réaction de stress physique intense; (5) et d'une grande détresse émotionnelle. Pour ce qui est du contexte post-traumatique, le fait d'avoir (1) un manque de soutien social; (2) une situation de vie angoissante et (3) des symptômes de trouble de stress aigu et (4) des symptômes dépressifs sont associés à un plus grand risque de développement d'un TSPT (Ozer et coll., 2008). Un soutien social adéquat en post-événement traumatique a été démontré particulièrement important pour la prévention du développement de ce trouble.

TABLEAU - Facteurs de risque¹

| Facteurs prédisposants | Facteurs en lien avec le traumatisme | Facteurs post-traumatiques |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Abus et enfance difficile • Maladies psychiatriques personnels et dans la famille • Traumatismes antérieurs • Faible statut socioéconomique • Bas niveau scolaire • Limitation cognitive • Femmes et jeunes • Minorités ethniques | <ul style="list-style-type: none"> • Sévérité • Perception de danger de mort • État dissociatif • Réactions physiologiques de stress importantes • Grande détresse affective | <ul style="list-style-type: none"> • Manque de soutien social • Situation de vie angoissante • Présente d'un état de stress aigu • Symptômes dépressifs |

I.IV Comorbidités

Environ 75 % des gens souffrants de TSPT ont au moins un autre trouble psychiatrique associé (trouble dépressif, trouble anxieux, trouble de l'usage de l'alcool/drogue, etc.) (Katzman et coll., 2014). Selon une étude canadienne (van Ameringen et coll., 2008), 74% des gens avec un TSPT ont également souffert d'au moins un épisode dépressif dans leur vie. Cette étude a également démontré un taux de trouble de l'usage de l'alcool de 28% et de substance de 25.5%. Ces taux étant comparativement plus haut que dans la population en général (van Ameringen et coll., 2008). Selon l'étude

¹ Adapté du livre «Les troubles liés aux événements traumatiques» de Bond, S, Belleville, G et Guay, S (2019).

épidémiologique de Pietrzak et coll. (2011), le risque de présenter un trouble anxieux (trouble d'anxiété généralisé, trouble panique avec ou sans agoraphobie, phobie sociale et phobie spécifique), un trouble bipolaire type II et un trouble dépressif majeur serait environ deux fois plus important chez les personnes avec TSPT que celles n'en ayant pas.

La présence plus élevée de troubles psychiatriques comorbides pourrait s'expliquer par un risque accru chez certains clients d'être exposés à un traumatisme (par exemple, prise d'alcool et accident d'automobile) ou encore à une moins bonne capacité à composer avec le trauma de façon optimale. Réciproquement, il est aussi probable que le TSPT lui-même entraîne un risque accru de développer d'autres troubles psychiatriques (Bond et coll., 2019).

Les gens souffrants de TSPT ont également plus de risque d'être atteints de problèmes de santé physique. Par exemple, l'association entre la douleur chronique et le trouble de stress post-traumatique a maintes fois été démontrée dans diverses études (Löwe et coll., 2011; Villano et coll., 2007; Sareen et coll., 2007). De plus, une étude épidémiologique canadienne (Sareen et coll., 2007) a démontré que le fait d'avoir un diagnostic de TSPT entraîne un risque accru de présenter de l'arthrite, des migraines, des problèmes respiratoires, des maladies inflammatoires de l'estomac, un cancer, etc. Le risque était multiplié de 2 à 3 fois dépendamment de la maladie. L'étude a démontré une association particulièrement forte entre le syndrome de fatigue chronique et le TSPT (presque 6 fois plus de risque). D'autres études suggèrent aussi que l'exposition à un événement traumatique ou que souffrir d'un TSPT est associé à des maladies cardiovasculaires et pulmonaires, des maladies gastro-intestinales, de l'arthrite, un diabète de type 2 et des maladies auto-immunes (Spitzer et coll., 2009; Husarewycz et coll., 2014; Roberts et coll., 2015; Song et coll., 2018; O'Donovan et coll., 2015).

Le lien entre le TSPT et les maladies physiques est en partie expliqué par des facteurs de risque communs (par exemple, une faible scolarité et un faible revenu) et certaines habitudes de vie (par exemple, prise excessive d'alcool, baisse des activités) (Bond et coll., 2019). De plus, certains chercheurs suggèrent un modèle explicatif physiologique dans lequel il existerait un lien entre le TSPT et un état inflammatoire accru pouvant favoriser l'apparition de certaines maladies dites inflammatoires (Cohen et coll., 2012; Gill et coll., 2009).

Compte tenu des symptômes du TSPT et des problèmes psychiatriques et physiques qui lui sont associés, il n'est pas surprenant de constater que les patients qui souffrent de ce trouble présentent un faible niveau de fonctionnement et une diminution de leur qualité de vie comparativement à

d'autres personnes ne souffrant pas de TSPT (Sareen et coll., 2007). De plus, le risque de suicide augmente de 2 à 3 fois (Sareen et coll., 2005).

SECTION II - ÉVALUATION DU TSPT

II.I Critères diagnostiques du DSM-5

Pour les adultes, les adolescents et les enfants âgés de plus 6 ans.

Critère A: Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes

1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques;
2. En étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes;
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels;
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. Intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

N.B. : Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

Critère B: Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. N.B.: Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme;
2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/ aux événements. N.B.: Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable;
3. Réactions dissociatives (p. ex. Flashbacks [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent

survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement). N.B.: Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques traumatisme au cours du jeu;

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques;
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

Critère C: Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes

1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse;
2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

Critère D: Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues);
2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex., «je suis mauvais», «on ne peut faire confiance à personne», «le monde entier est dangereux», «mon système nerveux est complètement détruit pour toujours»);
3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes;
4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte);

5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités;
6. Sentiments de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres;
7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiment affectueux).

Critère E: Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets;
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur;
3. Hypervigilance ;
4. Réaction de sursaut exagérée;
5. Problèmes de concentration;
6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

Critère F: La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

Critère G: La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Critère H: La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. Médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble de stress post-traumatique; de plus et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants:

1. Dépersonnalisation : Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex., sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).

2. Déréalisation : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. Le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé).

N.B.: Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. Période d'amnésie [blackouts], manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou à une autre affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe).

Spécifier si:

À expression retardée: Si l'ensemble des critères de diagnostic n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats).

II.II Distinction entre TSPT et trouble stress aigu

Pour les adultes, les adolescents et les enfants âgés de plus 6 ans.

Critère A: Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou plus) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques;
2. En étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes;
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques est/sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. N.B.: Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels;
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême à des caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. Intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants). N.B. : Cela ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

Critère B: Présence de neuf (ou plus) des symptômes suivants de n'importe laquelle des cinq catégories suivantes: symptômes envahissants, humeur négative, symptômes dissociatifs, symptômes d'évitement et symptômes

d'éveil, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques en cause:

Symptômes envahissants

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
N.B.: Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.
N.B.: Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
3. Réactions dissociatives (p. ex. flashback [scènes rétrospectives]) au cours desquelles l'individu se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)
N.B.: Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

Humeur négative

5. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux.)

Symptômes dissociatifs

6. Altération de la perception de la réalité, de son environnement ou de soi-même (p. ex. se voir soi-même d'une manière différente, être dans un état d'hébétéude ou percevoir un ralentissement de l'écoulement du temps).
7. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas en raison d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).

Symptômes d'évitement

8. Efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
9. Efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs,

des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

Symptômes d'éveil

10. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).
11. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets;
12. Hypervigilance;
13. Difficultés de concentration;
14. Réaction de sursaut exagérée;

Critère C: La durée de la perturbation (des symptômes du critère B) est de 3 à 1 mois après l'exposition au traumatisme.

N.B.: Les symptômes débutent typiquement immédiatement après le traumatisme, mais ils doivent persister pendant au moins 3 jours et jusqu'à 1 mois pour répondre aux critères diagnostiques du trouble.

Critère D: La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

Critère E: La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale (p. ex. lésion cérébrale traumatique légère), et n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref.

II.III Inventaires et échelles de mesure utilisés au moment de l'évaluation

Vous retrouverez les échelles mentionnées ici à la section VII du présent document.

Il faut documenter les symptômes du patient par le biais de différents inventaires et échelles lors de l'évaluation initiale du patient, mais également périodiquement en cours de traitement. Cela permet ainsi de mesurer l'efficacité du traitement et de permettre au patient de suivre l'évolution de ses symptômes.

Il existe diverses échelles de mesure pour faire l'évaluation des symptômes du TSPT, de sa sévérité et des comorbidités fréquemment associées.

II.III.I Dépistage du TSPT

II.III.I.I Histoire Traumatique – Liste des événements de vie

(voir section VII.I)

Il s'agit d'un questionnaire de 19 items concernant les événements traumatiques qui peuvent survenir dans la vie d'une personne. Ce questionnaire aborde différents types de traumatismes (p. ex. actes criminels, catastrophes, traumatismes physiques ou sexuels, etc.).

II.III.I.II Inventaire de détresse péritraumatique (PDI)

(voir section VII.II)

Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation de 13 items qui est utilisée pour établir le niveau de détresse et les réactions de détresse émotionnelle d'une personne au moment d'un traumatisme et dans les minutes et les heures qui le suivent. Cette échelle est utilisée pour vérifier si les personnes qui ont vécu un événement traumatique sont à risque de développer un TSPT. Ainsi, un patient rencontré peu de temps après un traumatisme et ayant un résultat élevé à cette échelle devrait sans doute être ré-évalué après quelques semaines pour vérifier l'évolution de la symptomatologie.

Chaque item est coté de 0 à 4, 0 étant «pas du tout vrai» et 4 étant «extrêmement vrai». Le score de l'inventaire est obtenu en faisant la somme de la cote des 13 items. Un score plus grand ou égal à 15 est indicatif d'une détresse significative.

II.III.I.III Questionnaire des expériences de dissociation péritraumatique (PDEQ)

(voir section VII.III)

Il s'agit d'un questionnaire autorapporté comportant 10 items. Ce questionnaire permet d'évaluer les réactions de dissociation d'une personne au moment d'un traumatisme et dans les minutes et les heures qui le suivent.

Chaque item est coté de 1 à 5, 1 étant «pas du tout vrai» et 5 étant «extrêmement vrai». Le score de l'inventaire est obtenu en faisant la somme de la cote des 11 items. Un score plus grand ou égal à 15 est indicatif de réactions de dissociation significatives.

II.III.I.IV Échelle IES-R (Impact of Event Scale-Revised)

(voir section VII.IV)

Il s'agit d'une échelle autoadministrée de 22 items qui permet d'évaluer la présence, au cours des sept derniers jours, des symptômes d'intrusion, d'évitement et d'hyperréactivité neurovégétative suite à un événement significatif pour la personne. Chacun des items représente une difficulté qui peut être éprouvée par une personne ayant vécu un événement traumatique.

Chaque item est coté de 0 à 4, 1 étant «pas du tout» et 4 étant «énormément». Le score de l'inventaire est obtenu en faisant la somme de la cote des 22 items.

L'interprétation des scores va comme suit :

| | |
|--------------|---|
| 1 à 11: | Peu de symptômes. Aucune action n'est requise. |
| 12 à 32 : | Bon nombre de symptômes. À surveiller. |
| 33 et plus : | Niveau significatif de symptômes. Une évaluation plus approfondie est requise. |

II.III.I.V Questionnaire PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DMS-5)

(voir section VII.V)

Il s'agit d'un questionnaire de 20 items à être complété par le client. Il permet d'évaluer les symptômes de TSPT au cours du dernier mois.

Chaque item est coté de 0 à 4, 0 étant «pas du tout» et 4 étant «extrêmement». Le score de l'inventaire est obtenu en faisant la somme de la cote des 20 items. Un score de 33 et plus est suggestif d'un TSPT.

II.III.I.VI Échelle modifiée des symptômes traumatiques (EMST)

Cette échelle autoadministrée est la traduction québécoise (Stephenson et coll., 1995) validée de l'échelle *Modified PTSD Symptom Scale-Self Report*. Elle comporte 17 items, selon les 17 items du TSPT selon le DSM-IV. Chaque item est évalué selon une échelle de fréquence de 0 («pas du tout») à 3 («5

fois ou plus par semaine/presque toujours») et une échelle de sévérité de 0 («pas du tout perturbant») à 4 («extrêmement perturbant»).

Il est possible d'obtenir cette échelle dans le guide de pratique «Comment aider les victimes souffrant de TSPT» de Dre Pascale Brillon (2015) et dans l'annexe de l'article «[Validation de la version québécoise de l'échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post-traumatique auprès d'un échantillon clinique](#)» de Guay et coll. (2002) publié dans la *Revue québécoise de psychologie*.

II.III.II Dépistage des comorbidités

II.III.II.I Inventaire de Beck pour la dépression

(voir section VII.VI)

L'inventaire de Beck pour la dépression est utilisé pour évaluer la présence et l'intensité des symptômes de la dépression. Il est composé de 21 items comportant chacun entre trois à cinq énoncées ayant une cote d'intensité de 0 à 3. La personne doit choisir l'énoncé de chaque item qui correspond le plus à son état. Le résultat final est la somme de la cote d'intensité de chaque énoncé choisi pour les 21 items.

L'interprétation des résultats va comme suit :

| | |
|--------------|-----------------------------|
| 0 à 9 : | Normal |
| 10 à 19 : | Dépression légère |
| 20 à 25 : | Dépression modérée |
| 26 à 29 : | Dépression modérée à sévère |
| 30 à 40 : | Dépression sévère |
| 41 ou plus : | Dépression très sévère |

II.III.II.II Inventaire de Beck pour l'anxiété

(voir section VII.VII)

L'inventaire de Beck pour l'anxiété permet l'évaluation des symptômes d'anxiété fréquents. Il s'agit d'un inventaire comprenant 21 items sur des symptômes d'anxiété cotés en intensité de 0 («pas du tout») à 3 («Beaucoup. Je pouvais à peine le supporter»).

L'interprétation des résultats va comme suit :

| | |
|--------------|--------------------------|
| 0 à 9 : | Normal |
| 10 à 19 : | Anxiété légère |
| 20 à 25 : | Anxiété modérée |
| 26 à 29 : | Anxiété modérée à sévère |
| 30 à 40 : | Anxiété sévère |
| 41 ou plus : | Anxiété très sévère |

SECTION III - TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

La médication peut s'avérer utile pour diminuer les symptômes thymiques et l'hypervigilance des personnes atteintes d'un TSPT. De plus, les médicaments peuvent être utilisés pour soulager les troubles mentaux comorbides en lien avec le TSPT, tels qu'un épisode de dépression majeure, un trouble d'anxiété généralisé, etc.

III.I Antidépresseurs

Les antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) (*fluoxetine*, *paroxetine*, *sertraline*) et de la recapture de la sérotonine-norépinéphrine (IRSN) (*venlafaxine XR*) sont les premières lignes de traitement pharmacologique du TSPT (Katzman et coll., 2014). De plus, l'ISRS *fluvoxamine* fait partie de la seconde ligne de traitement. Ils sont généralement bien tolérés et ne comportent pas de risque de dépendance. La réponse débute après quatre semaines environ, mais peut prendre jusqu'à 12 semaines avant de produire son plein effet. Malgré une bonne tolérabilité, des effets secondaires peuvent être présents, entre autres, des symptômes digestifs (nausées, diarrhées, etc.), une prise de poids (*paroxetine*), des dysfonctions sexuelles, etc. Il faut aussi prendre en considération les interactions potentielles avec d'autres médicaments pris par le patient. Ces médicaments sont également utiles pour le traitement de la dépression qui est souvent comorbide au TSPT.

III.II Autres antidépresseurs

Les antidépresseurs tricycliques (ATC) tels que l'*imipramine*, l'*amitriptyline* et la *desipramine* ont démontré quelques bénéfices pour le traitement du TSPT. Par contre, ils sont beaucoup moins prescrits compte tenu de leurs profils d'effets secondaires (effets anticholinergiques, blocage alpha-adrénergique, délai de conduction, etc.) et de leur plus grande dangerosité en cas de surdose. Il est à noter que l'*imipramine* a le meilleur niveau d'évidence pour le traitement du TSPT de sa classe.

Quelques études ont démontré une certaine efficacité de l'utilisation de la *phenelzine*, un inhibiteur de monoamine-oxydase (IMAO) pour le TSPT. Cependant, cette molécule est beaucoup moins utilisée à cause des effets secondaires potentiels et les restrictions alimentaires nécessaires lors de son utilisation.

Les données scientifiques sont moins probantes ou plus contradictoires pour les antidépresseurs suivants : *escitalopram*, *duloxetine*, *bupropion*, *moclobemide*, *mirtazapine*. Ils constituent des choix de deuxième ou de troisième intention. De plus, jusqu'à présent les études ne supportent pas l'efficacité du *citalopram* dans le traitement du TSPT (Katzman et coll., 2014).

III.III Antipsychotiques atypiques

Les antipsychotiques atypiques tels que la *risperidone*, l'*aripiprazole*, la *quetiapine* ont démontré une certaine efficacité dans le traitement du TSPT. La *risperidone* présente les meilleures évidences d'efficacité surtout lorsqu'il est utilisé en traitement adjuvant. Par contre, il faut considérer les risques d'effets secondaires importants reliés à la prise d'un antipsychotique atypique, tels que la prise de poids, les perturbations métaboliques, les dysfonctions sexuelles, etc.

III.IV Anticonvulsivants

Les données sont moins convaincantes ou plus contradictoires pour le traitement du TSPT avec les anticonvulsivants. Il y a quelques évidences pour l'utilisation en monothérapie du *topiramate*, de la *lamotrigine* et de la *carbamazepine*. Ces traitements sont très peu utilisés en clinique étant donné le manque d'évidence et leurs effets secondaires potentiels.

III.V Bloqueurs des récepteurs alpha-1

Selon un essai clinique randomisé de 304 patients (vétérans souffrant d'un TSPT chronique et cauchemars fréquents associés) de 2018 (Raskind et coll., 2018), le groupe ayant reçu le *prazosin* n'a pas démontré d'amélioration statistiquement significative pour la qualité du sommeil et pour le soulagement des cauchemars en comparaison avec le placebo sur une période totale de 26 semaines. Malgré que des études ont démontré des résultats contradictoires, le *prazosin* peut être utilisé pour les cauchemars traumatiques et l'amélioration de la qualité du sommeil chez les personnes avec TSPT.

Le *prazosin* agit en bloquant les récepteurs adrénergiques alpha-1 ce qui réduit l'activité noradrénergique et, par le fait même, le système sympathique (Zak et Karippot, 2020).

Le *prazosin* est généralement débuté à une dose de 1 mg au coucher. La dose peut être progressivement augmentée jusqu'à un maximum de 15 mg selon l'efficacité et la tolérance (Zak et Karippot, 2020). Les patients avec tension artérielle basse et hypotension orthostatique doivent être traités avec prudence en surveillant la tension et en demandant l'avis d'un médecin expert en médecine physique au besoin. L'arrêt brutal du *prazosin* doit être évité, car cela peut entraîner une hypertension de rebond; les patients doivent être avertis en conséquence.

Quelques études cliniques de type essai ouvert ont également démontré certains bénéfices à l'utilisation de la *clonidine* pour les patients présentant des symptômes de TSPT réfractaire (Katzman et coll., 2014).

III.VI Bloqueurs des récepteurs bêta-adrénergiques

Quelques petites études randomisées et de type essai ouvert ont démontré un bénéfice à l'utilisation du *propranolol* lors de thérapies brèves de réactivation des traumatismes. En effet, cette médication semble réduire la reconsolidation des mémoires traumatiques et, par conséquent, améliore les symptômes post-traumatiques à court et long terme (Brunet et coll., 2011).

Plus récemment, un essai clinique randomisé publié dans *The American Journal of Psychiatry* (Brunet et coll., 2018) supporte l'efficacité du *propranolol* pris préalablement à une séance de thérapie brève de réactivation du traumatisme. Dans cette étude à double aveugle d'une durée de 6 semaines, 60 patients ont été assignés aléatoirement à recevoir un traitement de *propranolol* ou un placebo 90 minutes avant une séance hebdomadaire de thérapie de réactivation du traumatisme. Le groupe de participants ayant reçu le *propranolol* a montré une amélioration significative des symptômes de TSPT en comparaison avec le groupe de participants ayant reçu le placebo.

III.VII 3,4-méthylènedioxyméthamphétamine (MDMA)

Il existe un nombre croissant d'études portant sur l'utilisation de la MDMA comme «catalyseur» thérapeutique lors des séances de psychothérapie (Morgan, 2020). En effet, il semble que les effets psychoactifs de la MDMA permettraient de réduire la sévérité des symptômes (Hoskins et coll., 2021) et un meilleur travail en thérapie, par exemple, en réduisant l'anxiété et la crainte des patients (Amoroso et Workman, 2016). L'avancement des connaissances par rapport à l'utilisation de la MDMA dans le TSPT permettra de mieux définir son utilisation dans le futur.

III.VIII Benzodiazépines

Les benzodiazépines ne sont généralement pas recommandées dans le traitement du TSPT (Katzman et coll., 2014), toutefois elles sont encore très souvent prescrites. Certaines données suggèrent qu'elles pourraient même aggraver les symptômes de TSPT. De plus, il y a un manque de données sur leur efficacité dans cette indication. Des études suggèrent qu'elles peuvent diminuer les bénéfices des exercices d'exposition (Rothbaum et coll., 2014).

III.VIII Tableau résumé des recommandations pour le traitement pharmacologique du TSPT selon les lignes directrices canadiennes de 2014.²

| Ligne de traitement | Monothérapie | Traitement adjuvant |
|------------------------|--|--|
| Première ligne | Fluoxétine (20-80 mg), Paroxétine (20-60 mg), Sertraline (50-250 mg), Venlafaxine XR (75-300 mg) | |
| Deuxième ligne | Fluvoxamine (100-300 mg), Mirtazapine (15-45 mg), Phénelzine (15-90 mg) | Eszopiclone (1-3 mg), Olanzapine (5-20 mg), Risperidone (0.5-4 mg) |
| Troisième ligne | Amitriptyline (25-300 mg), Aripiprazole (2-30 mg), Bupropion SR (100-300 mg), Buspirone (10-60 mg), Carbamazépine (100-1600mg), Desipramine (25-300 mg), Duloxétine (60-120 mg), Escitalopram (10-20 mg), Imipramine (25-300 mg), Lamotrigine (25-200 mg), Memantine (5-20 mg), Moclobémide (300-600 mg), Quétiapine (50-800 mg), Reboxétine (8-12 mg), Risperidone (0.5-4 mg), Tianeptine (37.5 mg), Topiramate (25-400 mg), Trazodone (100-600 mg) | Aripiprazole (2-30 mg), Clonidine, Gabapentin, Levetiracetam, Pregabaline, Quétiapine (50-800 mg), Reboxétine (8-12 mg), Tiagabine (4-16 mg) |
| Non recommandé | Alprazolam, Citalopram, Clonazépam, Desipramine, Divalproex, Olanzapine, Tiagabine | Bupropion SR, Guanfacine, Topiramate, Zolpidem |

² Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., Van Ameringen, M., Canadian Anxiety Guidelines Initiative Group on behalf of the Anxiety Disorders Association of Canada/Association Canadienne des troubles anxieux and McGill University, Antony, M. M., Bouchard, S., Brunet, A., Flament, M., Grigoriadis, S., Mendlowitz, S., O'Connor, K., Rabheru, K., Richter, P. M., Robichaud, M., & Walker, J. R. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. BMC psychiatry, 14 Suppl 1(Suppl 1), S1. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>

Savard, P. & Bugeaud, É. (2016) *Les troubles anxieux à l'ère du DSM-5*. Psycho PAP. <https://www.psychopap.com/wp-content/uploads/2020/02/anxi%C3%A9t%C3%A9recommandations.pdf>

Stein, M. B. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder in adults. In UpToDate, Roy-Byrne, PP (ed), UpToDate, Waltham, MA, 2021

Lexicomp. UpToDate, Inc.; March 22, 2021.

SECTION IV- TSPT SELON LE MODÈLE COGNITIVO-COMPORTEMENTAL

IV.I Notions de base

Avant de présenter un modèle cognitivo-comportemental pouvant expliquer le développement d'un TSPT, il est pertinent de réviser certaines notions de base concernant les modèles comportementaux et cognitifs. Il s'agit d'un court résumé de la théorie de base de ces modèles afin de pouvoir appliquer les concepts de façon spécifique au TSPT dans les sous-sections suivantes. Afin d'obtenir des notions plus approfondies sur le modèle cognitivo-comportemental en général, il est suggéré de consulter des manuels qui traitent spécifiquement de ce sujet. (Chaloult, L., Ngo, T. L., Goulet, J., & Cousineau, P. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale: théorie et pratique*. Gaëtan Morin Éditeur)

IV.I.I Modèle comportemental

Selon le modèle comportemental, les comportements ont un impact sur les symptômes d'une maladie, leur intensité et leur persistance et vice-versa. Ces interrelations découlent d'un certain apprentissage qui peut être désappris, autrement dit qui est réversible. On parle en général de conditionnement classique et de conditionnement opérant.

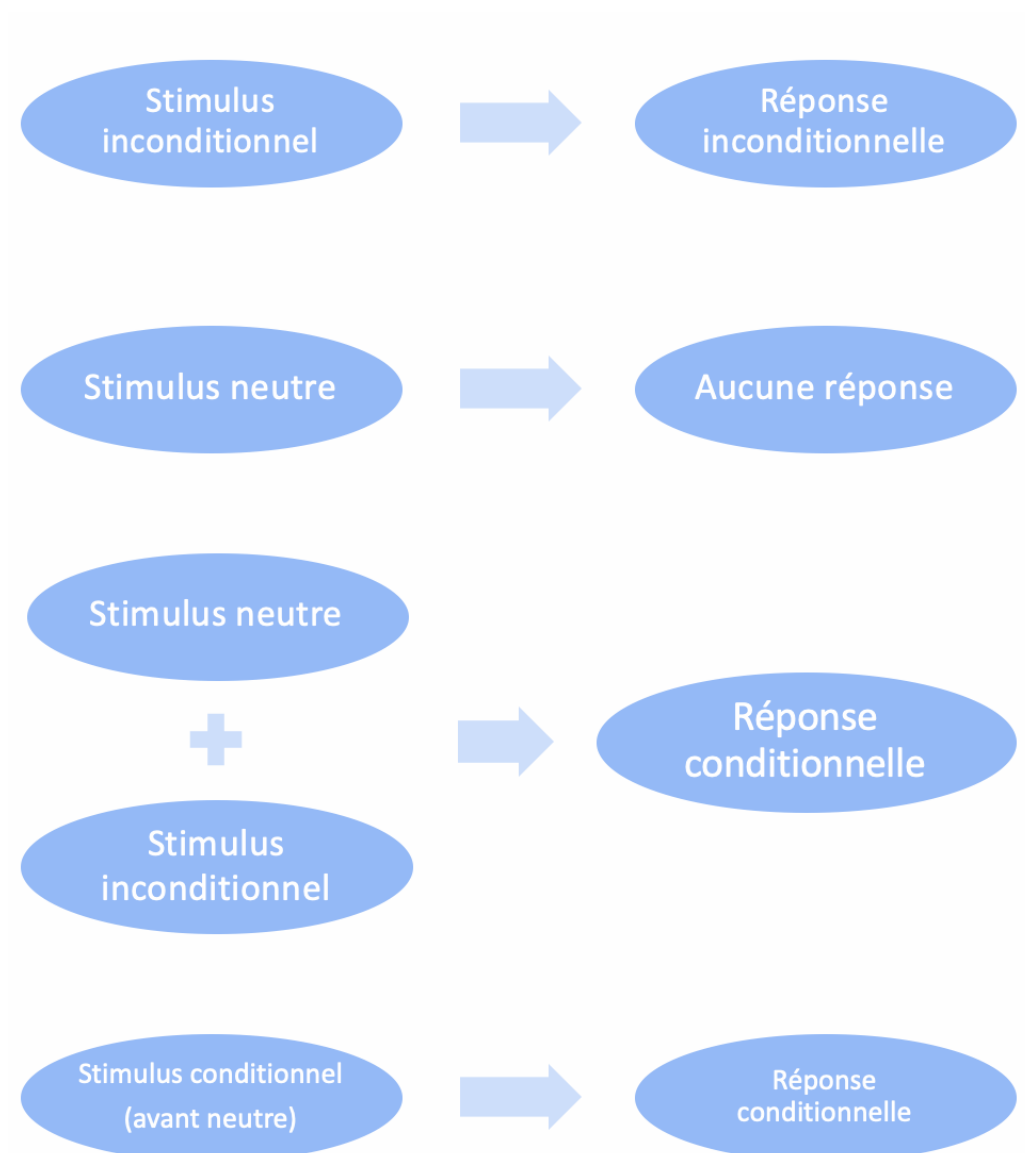
IV.I.I.I Conditionnement classique

Selon les préceptes du conditionnement classique, certains stimuli (non conditionné) provoquent une réponse inconditionnelle, ou réflexe, par exemple sursauter quand il y a un bruit fort, saliver à la vue de nourriture ou éternuer quand une plume nous chatouille le nez. Aucun apprentissage n'est nécessaire pour obtenir cette réponse. On parle de stimulus inconditionnel lorsqu'il est question du stimulus qui induit la réponse ou la réaction. Cette réaction provoquée par le stimulus inconditionnel se nomme réponse inconditionnelle. Aucun apprentissage n'a été nécessaire pour que le stimulus induise une réponse.

Si un stimulus neutre, c'est-à-dire ne provoquant aucune réponse, est apparié de façon répétée à un stimulus inconditionnel, il peut finir par provoquer la même réponse que le stimulus inconditionnel. Cette réponse sera alors nommée réponse conditionnelle. Par exemple, dans une expérience décrite par John B. Watson, le petit Albert est exposé à un son de cloche soudain

(stimulus inconditionnel), entraînant les pleurs de ce dernier (réponse inconditionnelle). Il est par la suite mis en présence de stimuli (neutres) comme un rat , un lapin, un chien des masques, ce qui n'entraîne aucune réaction. Par la suite, il est exposé de façon répétée à un des stimuli neutres, en même temps que le son de la cloche (stimulus inconditionnel), ce qui cause une crise de pleurs. Progressivement, la seule vue d'un stimulus neutre (par exemple le lapin en peluche) entraîne une crise de pleurs, même s'il n'y a pas de cloche. C'est la réponse conditionnée.

SCHÉMA - Conditionnement classique



D'autres principes s'ajoutent au concept du conditionnement classique (Chaloult, 2008) :

- Il y a un phénomène d'extinction lorsqu'il y a diminution puis disparition de la réponse conditionnelle si le stimulus conditionnel n'est plus jamais apparié au stimulus inconditionnel.
- Il y a aussi le phénomène de généralisation lorsque le stimulus conditionnel «contamine» d'autres stimuli plus ou moins similaires. Ceux-ci induisent donc eux aussi la réponse conditionnelle. Par exemple, une personne qui a peur du bruit d'un coup de fusil vient à avoir peur lorsqu'elle entend le son de feux d'artifice.

L'exposition par imagination et l'exposition *in vivo* sont des stratégies thérapeutiques utilisées dans le traitement du TSPT qui découlent du modèle du conditionnement classique. Ces stratégies doivent être appliquées durant une période prolongée, à une fréquence rapprochée et de manière répétée afin d'induire les phénomènes d'extinction et d'habituation des symptômes (ou réponses conditionnelles). Ces techniques seront abordées de façon plus approfondie dans la section V du document.

IV.1.1.II Conditionnement opérant

Le conditionnement opérant découle du principe général que les conséquences, positives ou négatives, d'un comportement conditionnent et influencent ce comportement. Ainsi, si un comportement entraîne des conséquences positives, il y aura plus de probabilités de se reproduire. Il s'agit du renforcement.

Le renforcement est dit positif si la conséquence dudit comportement est agréable, une récompense en quelque sorte. Par exemple, si un enfant reçoit les félicitations de ses parents après un bon résultat d'examen, il risque de vouloir répéter l'expérience.

Le renforcement est dit négatif quand sa conséquence est le retrait de quelque chose d'aversif. Par exemple, si quelqu'un souffrant d'anxiété sociale quitte l'école avant de faire sa présentation, son anxiété diminuera. Si un tel évitement est répété à plusieurs reprises avec le même résultat (retrait de l'anxiété), il y a fort à parier que ce comportement se répétera.

Le concept du renforcement négatif est important pour la compréhension de l'évitement chez les personnes souffrant d'un TSPT. Lorsque la victime se retrouve dans une situation qui active sa "structure de peur" et que le signal de danger est déclenché, elle fuit la situation et sa

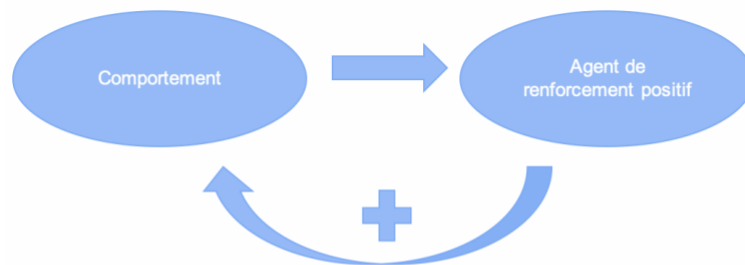
détresse diminue. Elle se met à éviter les situations, les pensées ou les stimuli qui déclenchent cette détresse. C'est alors qu'un renforcement négatif se développe entre la détresse et l'évitement. Par exemple, suite à un accident d'automobile, une personne peut cesser de prendre la voiture pour éviter la détresse. Ainsi la personne apprend que la détresse ne survient pas si elle continue de ne pas prendre sa voiture.

Lorsque le comportement est suivi d'un stimulus déplaisant et que ce stimulus provoque une diminution de la fréquence du comportement, on parle alors de punition.

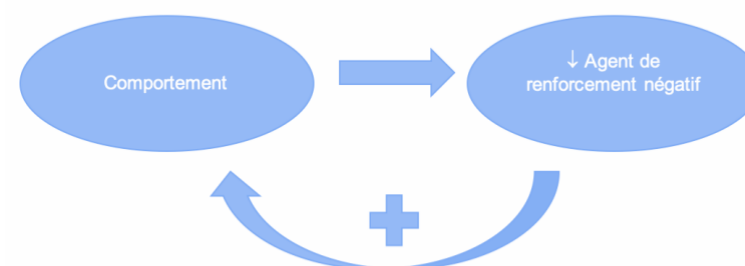
Si le comportement n'est plus suivi de la conséquence/de la réaction (c'est-à-dire que rien ne se passe après le comportement), il finit par diminuer et par disparaître. Il s'agit du phénomène de l'extinction.

SCHÉMA - Conditionnement opérant

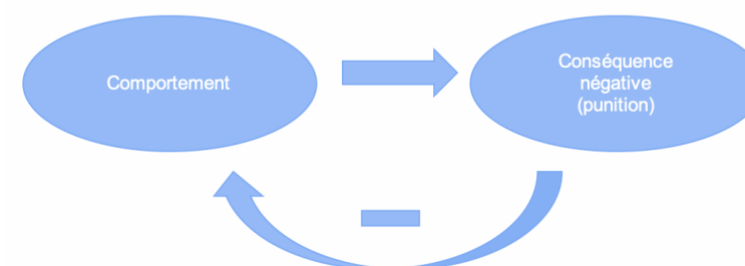
Renforcement positif



Renforcement négatif



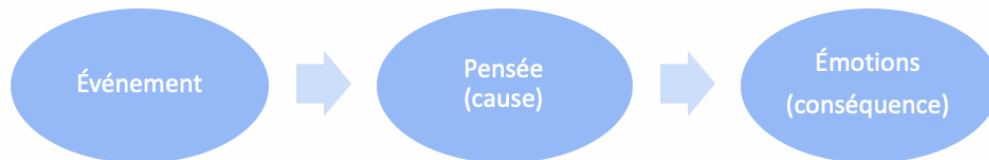
Punition



IV.I.II Modèle cognitif

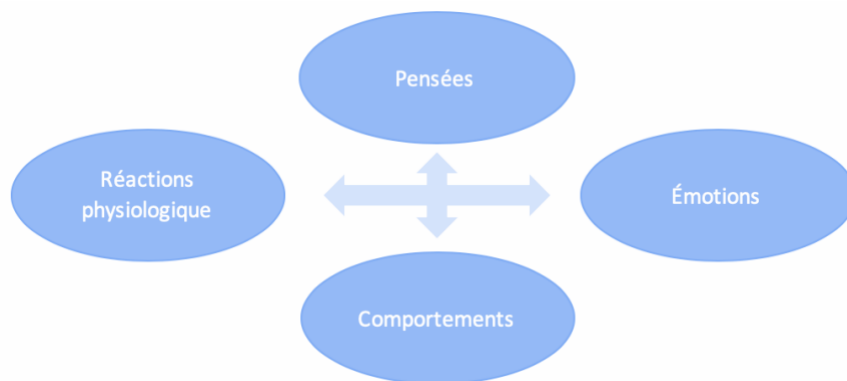
Selon le modèle cognitif, les émotions ne sont pas causées par les événements, mais plutôt par l'interprétation qu'en fait une personne donnée.

SCHÉMA - Chaîne: événement, pensée, émotions



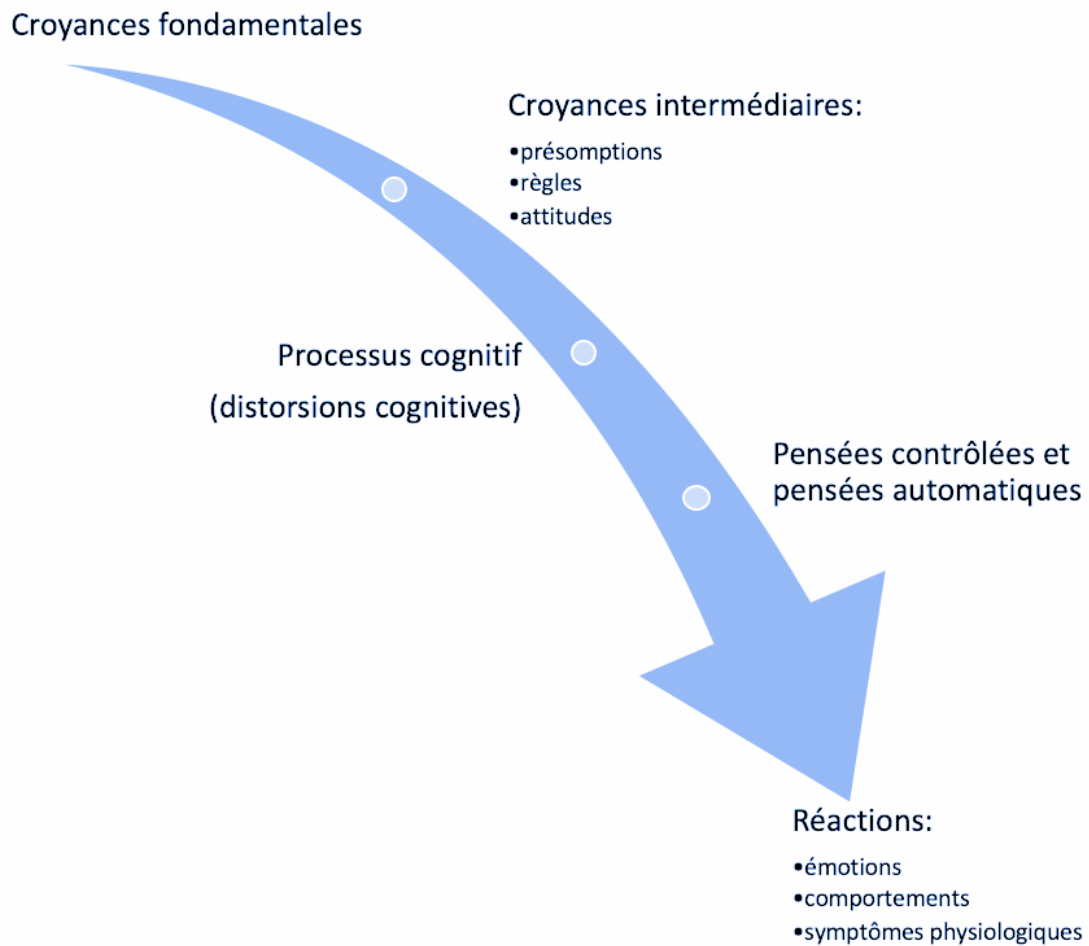
À cela s'ajoute le principe suivant, il y a une interrelation entre les pensées d'une personne, ses émotions ainsi que ses comportements et réactions physiologiques. C'est-à-dire que dans un environnement donné, chacun de ces quatre éléments peut s'influencer l'un et l'autre de façon positive (ou fonctionnelle) ou négative (dysfonctionnelle).

SCHÉMA - Interaction entre pensées, émotions, comportements et réactions



Selon Beck, la manière dont une personne perçoit et structure le monde qui l'entoure influence ses émotions et ses comportements. Pour aider les victimes souffrant d'un TSPT à modifier leurs cognitions néfastes, il est important de bien comprendre leurs processus cognitifs. Le schéma ci-bas illustre le modèle cognitif de Beck (adapté de J.S. Beck, 1995). Ce modèle permet de conceptualiser les différents types de cognitions des victimes et ainsi pouvoir intervenir avec des stratégies cognitives appropriées.

SCHÉMA - Modèle cognitif de Beck



IV.I.II.I Croyances fondamentales

Les croyances fondamentales sont une façon de concevoir et de percevoir le monde, les autres, soi et la réalité qui est propre à chaque personne. Ses croyances se construisent en fonction du tempérament et de l'environnement de la personne. Elles sont décrites comme étant absolues. Les individus vont alors interpréter leur expérience de vie en fonction de leur croyance fondamentale et en ignorant les interprétations les contredisant de façon à confirmer leurs préceptes. Lors d'un événement traumatique, il est possible que les croyances fondamentales de la personne soient ébranlées avec une atteinte du sentiment de cohérence interne (ex.: «le monde est bon» devient «le monde est mauvais»).

IV.I.II.II Croyances intermédiaires

Les croyances intermédiaires incluent les présomptions, les règles et les attitudes qui sont trois éléments interreliés (Chaloult, 2008). Elles découlent des croyances fondamentales. Des croyances fondamentales peuvent amener l'individu à formuler des hypothèses considérées avec certitude plutôt que probable malgré un manque de preuve, il s'agit des présomptions. Par exemple, «si j'ai un échec à mon examen, je ne réussirai pas dans la vie». Les règles sont des énoncés qui imposent une manière d'agir au monde, aux autres et/ou à l'individu. Une instruction comme «je dois me promener durant le jour pour être en sécurité» est un exemple de règle. Finalement, les présomptions et les règles qui y sont associées induisent des réactions plus ou moins prédictibles et récurrentes face aux événements de la vie. On parle alors des attitudes. Cet état d'être se fait sentir par le contenu des pensées ou encore par les comportements.

IV.I.II.III Distorsions cognitives

Les distorsions cognitives viennent influencer la perception de la réalité des personnes. Il existe de nombreux types de distorsions cognitives. Nous présentons ici des exemples de distorsions cognitives fréquemment rencontrées chez les victimes de TSPT :

1. Inférence arbitraire: tirer une conclusion sans preuve.
2. Personnalisation: s'attribuer une responsabilité exagérée ou injustifiée. Par exemple, s'attribuer une responsabilité exagérée dans la cause des événements traumatiques.
3. Raisonnement émotif: se fier à ses émotions pour tirer une conclusion. Par exemple, associer la peur à un vrai danger.
4. Attention sélective: tirer une conclusion à partir d'un détail d'une situation en ignorant les autres aspects.
5. Surgénéralisation: utiliser un élément particulier d'une situation particulière pour tirer une conclusion et de la généraliser à l'ensemble des autres situations.
6. Catastrophisation: surestimer le risque d'une situation.
7. Pensée dichotomique: voir une situation comme «tout blanc ou tout noir» sans nuance.

IV.I.II.IV Pensées automatiques et attributions

Les pensées automatiques sont des réflexions personnelles égosyntones qui surgissent de façon spontanée et sans raisonnement logique en réponse à différents événements de vie. Les victimes de TSPT présentent beaucoup de pensées automatiques «dysfonctionnelles» qui entraînent de la

détresse et des symptômes traumatiques. Par exemple, «les autres ne me comprennent pas», «je ne peux pas m'en sortir», «les hommes sont tous dangereux», etc.

Les attributions sont des interprétations et des justifications par rapport à un événement, un symptôme, un fait, etc. Les victimes de TSPT tentent souvent d'expliquer les événements traumatiques, leurs symptômes et la réaction des autres via des attributions erronées qui leur causeront de la détresse. Par exemple, «je mérite ce qui m'arrive parce que j'ai été imprudent», «je ne sors pas de la maison parce que je n'ai pas la volonté de m'en sortir», «la société ne veut pas aider les victimes parce que l'aide est difficile à obtenir».

IV.II Modèles explicatifs du TSPT selon certains auteurs

Le modèle explicatif du TSPT et sa symptomatologie sont présentés ci-haut se base sur différents modèles cognitifs et/ou comportementaux d'auteurs et de théoriciens des dernières décennies. Voici un résumé de quelques-uns de ces modèles.

IV.II.I Modèle d'Horowitz (1986, 1993)

Ce modèle postule que les symptômes du TSPT proviennent d'une réaction à la quantité importante d'information qui est impossible à intégrer adéquatement pour la victime lors d'un l'événement traumatique. Cela expliquerait par exemple, la présence de «flashbacks», sentiments négatifs, etc. Ainsi, l'amélioration des symptômes découle de l'intégration du trauma, comme dans un processus de deuil. Le processus pouvant être «normal» ou «pathologique» et étant influencé par les mécanismes de défense de la victime, ses traits de personnalité, etc.

IV.II.II Modèle de Janoff-Bulman (1992)

Ce modèle se penche sur l'invalidation des conceptions fondamentales de la personne ayant vécu un événement traumatique par rapport à sa croyance en un monde bienveillant, juste et logique et en sa valeur personnelle. Selon l'auteur, la différence entre les conceptions de base de la victime et ses nouvelles perceptions entraîne des symptômes de TSPT.

IV.II.III Modèle de Joseph, Williams et Yule (1995)

Ce modèle stipule que le TSPT provient principalement de l'interprétation des causes et des conséquences de l'expérience traumatique

par la victime. De plus, l'événement traumatique ne pouvant être analysé, ses représentations sont stockées dans la mémoire immédiate et contribuent aux symptômes de reviviscences et de souvenirs intrusifs. Les représentations de l'événement seront interprétées différemment par les individus selon leur personnalité, leurs schémas cognitifs, etc. Les auteurs expliquent que les symptômes intrusifs et l'interprétation de l'événement de la victime contribuent à des états émotionnels négatifs et à une grande détresse. Enfin, le contexte social et le soutien social de la personne influencent la capacité de ses stratégies de gestion du stress.

IV.II.IV Modèle de Jones et Barlow (1990)

Ce modèle conceptuel intègre les facteurs étiologiques de nature biologique, comportementale et cognitive. Dans un premier temps, les auteurs considèrent la présence d'une composante génétique (histoire familiale de troubles mentaux, hyperactivation du système nerveux autonome, etc.) et d'une vulnérabilité psychologique individuelle (trouble de l'humeur précédant l'événement traumatique, etc.) prédisposant au TSPT. De plus, ils tiennent compte des facteurs liés au traumatisme lui-même (nature, sévérité, etc.). Le troisième facteur est l'alarme « apprise » soit une réponse conditionnée à des stimuli intéroceptifs (ex.: palpitations, tension musculaire, etc.) et extéroceptifs (ex.: lieu, odeurs, etc.) qui ont été associés au traumatisme. En plus de l'alarme « apprise », la personne avec un TSPT présente une appréhension anxieuse importante à l'éventuelle apparition de stimuli. La présence de distorsions cognitives et d'affects négatifs contribue à la persistance des souvenirs traumatiques et à l'instabilité émotionnelle. De ce fait, la personne va utiliser l'évitement et l'hypervigilance pour se protéger de stimuli potentiels, le tout menant vers plus d'alarmes apprises et de symptômes intrusifs via un mécanisme de rétroaction positive. Enfin le dernier facteur est en lien avec des variables modératrices telles que la présence d'un réseau de soutien et la capacité de gestion du stress.

IV.II.V Modèle de Foa, Stekette & Rothbaum (1989)

Ce modèle s'appuie sur la notion de structure cognitive propositionnelle de la peur. Les auteurs stipulent que la peur se décrit selon 3 systèmes de réponses (cognitive-affective, comportementale et physiologique) s'inscrivant le système neuronal de la mémoire à long terme. Cette interconnexion ayant pour objectif de préparer l'individu à se défendre ou fuir face à un danger. L'attribution d'une signification de danger et de peur à un lien stimulus-réponse autrefois considéré sécuritaire ou neutre est donc à la base du développement du TSPT. De plus, si l'événement traumatique est imprévisible et incontrôlable, les symptômes de TSPT seront plus intenses étant donné que la personne

aura plus de difficulté à discriminer entre un élément (situation, lieu, personne, etc.) sécuritaire versus dangereux. La modification de la structure de peur dans le TSPT entraîne plus de réactions anxieuses et de comportement d'évitement chez les personnes atteintes. De plus, les auteurs différencient le TSPT des autres phobies par l'intensité des réponses et la structure de peur qui est plus complexe, étendue, organisée et facile d'accès. Par conséquent, l'exposition à un stimulus déclenche souvent des symptômes intrusifs (reviviscences, cauchemars, etc.) et des réactions dans tous les systèmes neuronaux (affectif, physiologique, cognitif et comportemental).

IV.II.VI Modèle de Rothschild (2000, 2010)

Selon l'auteur, le TSPT résulte grandement de l'incapacité à différencier le présent du passé qui se caractérise par la présence de mémoires intrusives (flashbacks) et de sensations corporelles pénibles rappelant le traumatisme. Le modèle implique également la présence de réactions somatiques qui reflètent souvent la réponse du corps durant l'événement traumatique. Les gens souffrants de TSPT vont donc devenir hypervigilants et hyperréactifs aux stimuli potentiels et perdent leur capacité à avoir une «double conscience» distinguant le présent du passé. L'auteur parle de l'importance de reconnaître et de stabiliser les réactions dysfonctionnelles du système nerveux autonome sensoriel pour traiter le TSPT (par exemple, stabiliser les états d'hypervigilance, de dysrégulation émotionnelle et de dissociation). Entre autres, il utilise les sens extéroceptifs, autrement dit les «cinq sens», du patient pour ramener celui-ci dans le présent et diminuer la détresse en rencontre.

IV.II.VII Modèle de Ehlers et Clark (2000)

Dans ce modèle cognitif, les auteurs tentent d'expliquer la persistance des symptômes de TSPT en suggérant que l'événement traumatique a été analysé et intégré de manière à ce que les victimes continuent de percevoir, dans le présent, un sentiment de menace ou de danger. Cette perception de menace peut être envers le monde ou par rapport à sa propre vision de soi. Toujours selon les auteurs, ce sentiment persistant de menace découlerait de deux processus cognitifs.

Le premier processus est une analyse trop négative de l'événement traumatique et de ses séquelles. En effet, suite au traumatisme, la victime peut généraliser de façon excessive des situations comme dangereuses ou encore elle peut surévaluer le risque d'une prochaine catastrophe. Cela génère un sentiment de peur et éventuellement entraîne des comportements d'évitement qui maintiennent les symptômes du TSPT. Il y aurait aussi une interprétation négative ou erronée des symptômes initiaux de TSPT, de la réaction des autres

suite au traumatisme et des conséquences du traumatisme dans le quotidien de la victime. Les émotions négatives qui en découlent amènent une persistance des symptômes de TSPT et mènent la victime à faire l'usage de stratégies d'adaptation inappropriées et délétères qui elles aussi renforcent les symptômes de TSPT.

Le deuxième processus serait une perturbation dans les souvenirs autobiographiques de la victime. Ce changement serait causé par une faible intégration, élaboration et contextualisation de l'événement traumatique dans la mémoire, dans le temps, dans l'espace et par rapport aux souvenirs autobiographiques autres. Alors, le souvenir du trauma peut être difficile à évoquer intentionnellement, mais des souvenirs intrusifs peuvent être facilement déclenchés par les stimuli conditionnés, des stimuli qui ne sont souvent pas associés directement au traumatisme ou y sont associés de façon temporaire (ex : odeur, émotion). Une forte association se crée entre les stimuli et les réactions et le seuil de détection des stimuli réactivant les souvenirs traumatiques est abaissé. L'événement traumatique modifie la perception que la personne a d'elle-même en altérant les souvenirs autobiographiques.

La persistance du sentiment de menace mène aux symptômes intrusifs, de reviviscences, d'hypervigilance, d'anxiété, de dépression, etc. Afin d'améliorer les symptômes de TSPT, la personne doit intégrer et contextualiser le souvenir du trauma dans son expérience personnelle. L'interprétation biaisée du trauma et ses séquelles maintiennent un sentiment de danger doivent être modifiés. Les stratégies d'adaptation inadéquates empêchent d'élaborer le souvenir et amplifient les symptômes, c'est pourquoi elles doivent être abandonnées.

IV.II.VIII Modèle de Resick et Schnicke (1992)

Le modèle de Resick et Schnicke est un modèle cognitif du TSPT qui se base en partie sur la théorie du traitement des informations soit les processus qui permettent d'encoder les informations, les intégrer à la mémoire et les rappeler. Les personnes classent les informations dans des schémas afin de donner un sens au monde extérieur et afin d'analyser les nouvelles informations entrantes. À la différence de certains auteurs, comme Foa et coll. 1989, ces auteurs croient que le TSPT est plus que l'addition de souvenirs terrorisants. Ils suggèrent, en autres, que les souvenirs intrusifs, l'évitement et l'hypervigilance associés au TSPT pourraient être activés par d'autres émotions que l'anxiété ou la peur, comme la culpabilité, la colère, la honte, etc. Ces symptômes seraient aussi déclenchés par un conflit entre les schémas de pensée antérieurs au traumatisme et les nouvelles informations entourant l'événement traumatique. En effet, suite à un traumatisme, des changements peuvent survenir dans les schémas de la personne, altérant ainsi ses

perceptions du monde, des autres et de soi. Ces changements peuvent interférer avec le retour au fonctionnement antérieur.

Selon les auteurs, l'altération du fonctionnement de la personne souffrant de TSPT survient dans 5 sphères principalement : la sécurité, la confiance, le pouvoir, l'estime et l'intimité. Deux processus cognitifs, impliqués dans l'intégration de nouvelles informations pourraient être impliqués dans le développement des symptômes de TSPT : l'assimilation et la suraccommodation.

Les informations associées à un événement peuvent être modifiées et altérées en s'intégrant dans un schéma préexistant : c'est le principe d'assimilation. Par exemple, une personne, ayant comme schéma que des événements bons arrivent aux bonnes personnes et vice-versa, est victime d'un vol à arme blanche. Si le processus d'assimilation des informations associées au traumatisme n'a pu se faire, la perception que la personne a d'elle-même pourrait être modifiée de façon négative, par exemple celle-ci pourrait se dire qu'elle doit avoir fait quelque chose de mal.

La suraccommodation survient lorsque des schémas préexistants sont altérés de façon excessive pour intégrer les informations du traumatisme qui ne concordent pas avec le système de croyances personnelles. Par exemple, la personne victime d'un vol à arme blanche croit désormais que le monde est dangereux et qu'elle ne sera jamais en sécurité.

Les auteurs soutiennent que les symptômes du TSPT peuvent être améliorés en remettant en question les processus de pensée et les présomptions erronées et en travaillant principalement à identifier et modifier les points de blocage. C'est d'ailleurs le fondement de la thérapie du traitement cognitif du TSPT, qui a pour objectif principal de corriger l'assimilation inadéquate et la suraccommodation, entre autres en favorisant l'accommodation pour intégrer l'événement traumatique.

IV.III Modèle explicatif du TSPT

Plusieurs théoriciens ont tenté de formuler un modèle explicatif du développement d'un TSPT. Toutefois, aucun de ces modèles n'arrive à expliquer l'entière de la symptomatologie du TSPT. Dans la présente sous-section, nous tentons de faire une synthèse de différents modèles. Ces modèles incluent les versants comportementaux et cognitifs afin d'expliquer la plupart des symptômes pouvant être présents dans un TSPT tout en tenant compte de la variabilité interindividuelle. Ces différents modèles explicatifs sont

présentés succinctement en fonction de leurs auteurs dans la sous-section IV.III.

Lorsqu'un événement traumatique survient, de nombreux stimuli déplaisants et aversifs sont présents. Lors d'un événement traumatique, des stimuli qui étaient de prime abord neutres peuvent s'associer à des stimuli inconditionnels du traumatisme et déclencher une réponse semblable à celle vécue lors du trauma. Par exemple, si quelqu'un est victime d'un vol à main armée (stimulus inconditionnel) alors qu'il est au guichet automatique (stimulus neutre), une réponse de peur est déclenchée (réponse inconditionnelle). Si cette personne a développé un TSPT, le seul fait de passer devant un guichet automatique (stimulus conditionnel) pourrait déclencher une attaque de panique (réponse conditionnelle).

Par le principe de la généralisation, des stimuli plus ou moins similaires aux stimuli conditionnels peuvent être contaminés et éventuellement générer la réaction de peur (ou réponse conditionnelle). Ce modèle du conditionnement classique (Mowrer, 1960) permet d'expliquer les symptômes d'anxiété du TSPT ainsi que la genèse de stimuli, auparavant neutres, qui provoquent des réponses conditionnelles. Par exemple, une explosion déclenche un signal de danger et provoque une réponse d'anxiété et de peur chez un soldat. Lorsque celui-ci entend le bruit de feux d'artifice (stimulus initialement neutre), un signal de danger et une réaction d'anxiété sont générés.

Un réseau complexe de connexions se forme entre les stimuli associés au trauma, les interprétations qu'en fait la victime et les réactions émotionnelles et physiologiques. C'est ce que Foa et coll. (1989) appelle la «structure de peur». Le rôle primaire de cette structure serait de préparer à un danger potentiel, mais dans le contexte d'un TSPT, cette structure est dysfonctionnelle et a un seuil de sensibilité trop bas. Dès qu'un stimulus plus ou moins similaire à ceux du trauma survient, la structure de peur s'active et met en branle son réseau d'interconnexions. C'est ce qui est à l'origine des réactions physiologiques ou émotionnelles et des symptômes de reviviscences. Par exemple, durant une séance de magasinage, une femme victime d'un viol sent l'odeur d'un parfum qui lui rappelle celui porté par son agresseur. Cette odeur active alors sa structure de peur, le «système d'alarme» est déclenché par cette interprétation de danger. Il s'ensuit alors un sentiment de peur intense avec de l'anxiété importante. Son rythme cardiaque et sa respiration s'accroissent. Les souvenirs du viol refont surface sous forme de «flashbacks».

Selon Horowitz (Horowitz et coll., 1986), au moment du trauma, un trop-plein d'émotions et d'informations serait généré. Ce surplus d'activité occasionnerait une surcharge cognitive et empêcherait une analyse et une intégration appropriées. Ces éléments non intégrés occasionnent des

symptômes intrusifs et de reviviscences lorsqu'ils refont surface (Horowitz et coll., 1986) (Joseph et coll., 1995).

Clarke et Schnicke (1992) émettent aussi l'hypothèse qu'un conflit entre son système de croyances personnelles et les nouvelles informations associées à l'événement traumatique contribuerait à la genèse des symptômes de TSPT.

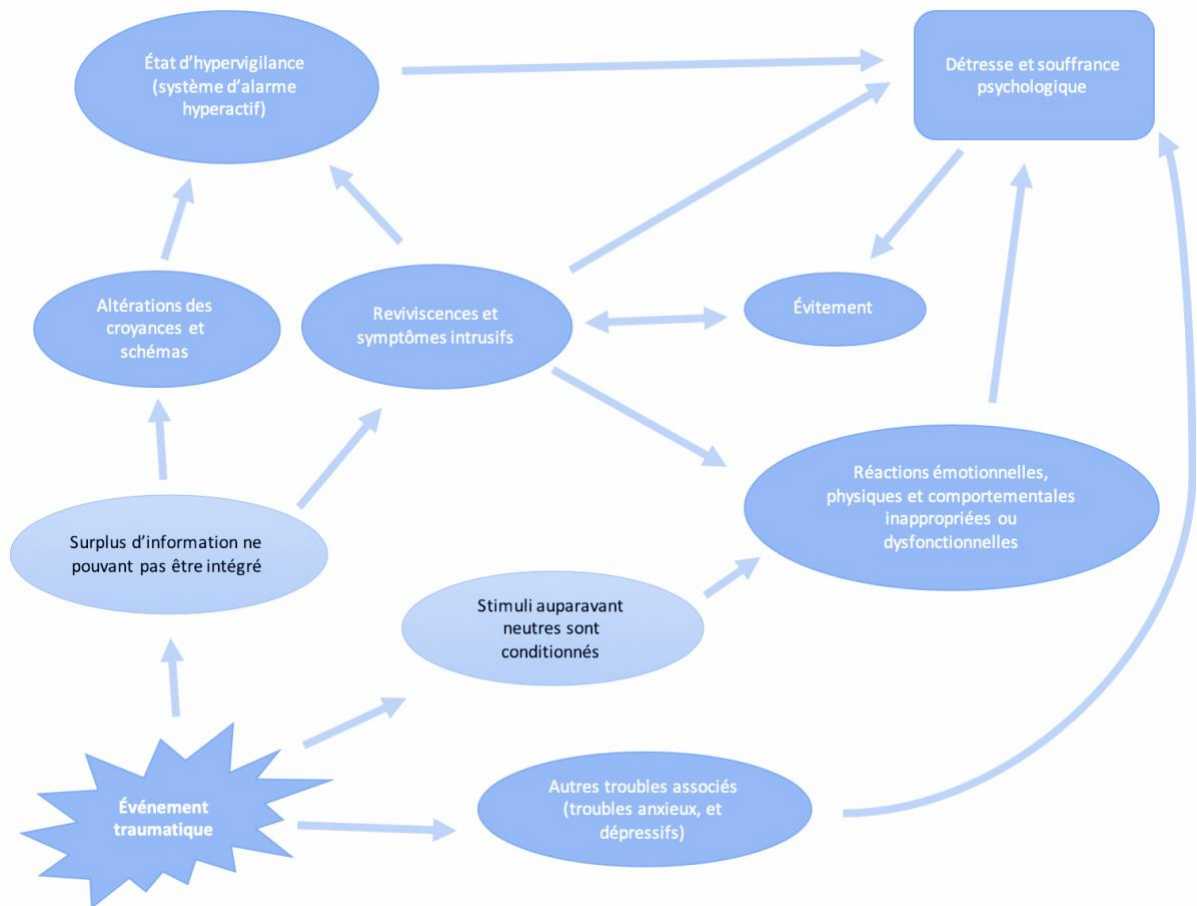
Dans le contexte du TSPT, la personne cherche à éviter des stimuli en lien à l'événement traumatique (lieux, situations, personnes, émotions, pensées, objets, etc.) afin de diminuer la probabilité que les réactions désagréables et dysfonctionnelles se produisent (c'est le renforcement négatif). Par exemple, suite à un accident de voiture ayant provoqué une grande réaction de détresse, une personne cesse d'utiliser sa voiture pour éviter de revivre cette détresse.

La personne alterne entre des périodes de symptômes de reviviscences et de l'évitement. Par les symptômes de reviviscences, elle cherche à comprendre ce qui lui est arrivé. Elle cherche aussi à interpréter l'événement traumatique pour que les informations qui y sont associées s'intègrent aux croyances ou schémas préexistants ou encore pour que ceux-ci s'adaptent aux éléments du trauma. (Joseph et coll., 1995). L'événement traumatique peut modifier la façon dont la victime perçoit le monde extérieur, les autres et elle-même. Elle peut alors tenter par tous les moyens d'éviter la détresse résultant de ce conflit, empêchant ainsi l'intégration du vécu traumatique.

Des suites du trauma, des symptômes dépressifs et un certain sentiment de perte de contrôle ou d'impuissance peuvent survenir secondairement aux interprétations que la victime fait de l'événement traumatique et de ce qui est à l'origine de cet événement ou la cause de celui-ci. (Joseph et coll., 1995) Par exemple, si la victime se croit responsable de ce qui lui est arrivé, elle pourrait développer une culpabilité hors de proportion menant à d'autres symptômes dépressifs. Le développement d'un TSPT est aussi influencé par la personnalité de l'individu et son contexte social. (Joseph et coll., 1995)

IV.III.I Schéma synthèse

SCHÉMA - Synthèse du modèle explicatif présenté ci-haut



IV.IV Facteurs de maintien cognitivo-comportementaux

Pour tenter de se protéger contre la peur, l'anxiété et les souvenirs difficiles, les personnes souffrant d'un TSPT peuvent utiliser certaines stratégies «de protection» qui peuvent offrir un soulagement à court terme et temporaire de leur détresse. Toutefois, ces stratégies contribuent au maintien et à l'amplification des symptômes de TSPT avec le temps.

IV.IV.I Évitement

Un des principaux facteurs de maintien du TSPT est l'évitement. Il s'agit d'ailleurs d'une des principales cibles thérapeutiques de la thérapie par exposition par imagination et in vivo. L'évitement s'évalue sur trois niveaux; émotionnel, cognitif et comportemental. L'évitement comportemental est plus facile à reconnaître par le thérapeute ou la victime, car il s'agit d'un comportement directement observable. À la différence de l'évitement comportemental, l'évitement émotionnel et l'évitement cognitif peuvent passer inaperçus. Via un processus de renforcement négatif, l'évitement, stratégie utilisée par la plupart des victimes pour apaiser la détresse ressentie, risque d'entraîner encore plus de comportements d'évitement et ainsi nuire encore davantage à l'intégration du traumatisme.

Voici quelques exemples d'évitement:

- Éviter de penser à l'événement traumatique, que ce soit certains détails, des moments précis ou un souvenir plus élaboré du trauma (cognitif);
- Éviter d'utiliser une voiture comme moyen de transport suite à un accident de voiture (comportemental);
- Conduire une voiture seulement le jour, car l'accident de voiture est survenu après le coucher du soleil (comportemental);
- Éviter un quartier où l'événement traumatique est survenu (comportemental);
- Éviter d'entrer en relation avec des hommes suite à un viol commis par un agresseur homme (comportemental);
- Éviter de prendre l'ascenseur, pour éviter le sentiment d'être pris au piège qui rappelle la période de séquestration de la victime (émotionnel).

IV.IV.II Comportements sécurisants

Les comportements sécurisants sont des moyens utilisés par la personne pour prévenir et diminuer leur sentiment de peur lorsqu'elle est exposée à un stimulus associé à l'événement traumatique. Voici des exemples:

- Demander d'être accompagné par un proche lors de sortie en soirée;
- Vérifier que la ceinture de sécurité est bien bouclée à plusieurs reprises durant un trajet en voiture;
- Changer les batteries d'un détecteur de fumée chaque semaine.

IV.IV.III Hypervigilance

L'hypervigilance est un état d'alerte que la personne développe pour tenter d'observer la présence de tout danger potentiel, de façon à pouvoir réagir rapidement si jamais sa vie ou sa sécurité étaient en péril.

IV.IV.IV Dissociation et détachement affectif

La dissociation est un phénomène qui peut se produire dans différentes circonstances, en particulier chez les gens présentant des symptômes post-traumatiques. Il s'agit en quelque sorte d'un mécanisme de défense qui protège la personne d'une angoisse ou d'une souffrance insupportable.

La personne en proie à un épisode dissociatif peut noter une altération de sa perception de l'environnement, du temps ou de son propre corps. Ainsi, elle peut avoir une impression d'un soi irréel ou étranger à elle-même et parfois d'être un observateur de sa propre personne (dépersonnalisation). Elle peut également avoir l'impression que le monde extérieur est irréel ou déformé, et parfois se sentir comme si elle était dans un rêve (déréalisation). Lors d'un événement traumatique, plusieurs victimes peuvent vivre un tel état dissociatif. Par la suite, la personne peut revivre des états dissociatifs qui sont souvent associés à des reviviscences du trauma.

La personne peut également développer un détachement affectif important pour se protéger des émotions négatives et des symptômes intrusifs ou de reviviscences associées au trauma.

IV.IV.V Émotions négatives envahissantes

De nombreuses émotions peuvent survenir dans le contexte d'un TPST. Certaines, comme la honte, la culpabilité et la colère plus particulièrement, peuvent prendre une telle ampleur qu'elles nuisent au rétablissement de la personne. Elles peuvent même étouffer les autres émotions nécessaires à l'intégration du trauma afin de favoriser la guérison du trouble. Il est donc important d'identifier la présence d'émotions envahissantes, car elles pourraient nuire durant le processus de thérapie par exposition par imagination et in vivo en empêchant l'expression d'autres émotions sous-jacentes.

IV.V Efficacité de la TCCT du TSPT

Il existe de multiples types de thérapie cognitivo-comportementale centrée sur le trauma (TCCT), c'est-à-dire que l'accent des interventions thérapeutiques est mis sur les pensées, les comportements et les émotions associées au traumatisme et les souvenirs de l'événement traumatique. Il s'agit des thérapies par exposition (*in vivo* et/ou par imagination), des thérapies cognitives (restructuration cognitive et thérapie par processus cognitif) et des thérapies cognitivo-comportementales mixtes (qui combinent des interventions cognitivo-comportementales différentes comme la psychoéducation, l'autosurveillance, la gestion du stress, la méditation pleine conscience, l'exposition, la restructuration cognitive, etc.) (Cusack et coll., 2016). Ces traitements ont été reconnus efficaces comme traitement pour le TSPT dans les lignes directrices de plusieurs organisations ([CANMAT 2014](#); [NICE 2018](#); [APA 2017](#); [Va/DoD 2017](#)).

Une revue systématique et méta-analyse incluant 116 études (Coventry et coll., 2020) concluait que les interventions psychologiques centrées sur le trauma étaient supérieures à celles non centrées sur le trauma pour la réduction des symptômes de TSPT. Selon les résultats de la méta-analyse, les interventions thérapeutiques combinant deux composantes ou plus, incluant au moins la restructuration cognitive et l'exposition par imagination, étaient les plus efficaces pour la réduction des symptômes de TSPT complexe.

Une revue Cochrane de 2013 (Bisson et coll., 2013), suggérait que la TCCT individuelle avait une efficacité supérieure à la liste d'attente et aux soins usuels pour le traitement du TSPT. De plus, la TCC centrée sur le trauma aurait été supérieure à la TCC non centrée sur le trauma, mais la qualité des études laissait à désirer.

Une revue systématique et méta-analyse de 2016 (Cusack et coll., 2016) concluait que la thérapie par exposition était très efficace et que la TCC (comme la Thérapie du traitement cognitif et la TCC mixte) était efficace, mais qu'il n'y avait pas suffisamment de preuve pour déterminer la supériorité de l'une des approches par rapport à l'autre.

Une revue systématique de l'AHRG (Agency for Healthcare Research and Quality) et du PCORI (Patient-Centered Outcomes Research Institute) (Forman-Hoffman et coll., 2016) concluait que les TCCT et les TCC mixtes étaient très efficaces, alors que la thérapie cognitive et la Thérapie du traitement cognitif étaient modérément efficaces.

Pour obtenir des informations concernant les interventions psychothérapeutiques centrées sur le trauma selon des données probantes, l'article de [Watkins et coll. de 2018](#) offre une synthèse de ces interventions ainsi que de leur modèle cognitivo-comportemental sous-jacent.

SECTION V - LA PSYCHOTHÉRAPIE POUR LE TRAITEMENT DU TSPT

Vous retrouverez les exercices mentionnés ici à la section VII du présent document.

Nous tenons à préciser que la **psychothérapie est un acte réservé et qu'elle ne devrait être entreprise que par des professionnels en santé mentale détenant une formation de psychothérapeute.**

V.I Aperçu des grandes étapes du traitement

Voici les 11 étapes du traitement que nous proposons et que nous décrirons ensuite dans les prochaines sous-sections:

- Étape 1 : Sécurité du patient
- Étape 2 : Évaluation
- Étape 3 : Psychoéducation au patient
- Étape 4 : Établissement des objectifs
- Étape 5 : Traitement pharmacologique et des comorbidités
- Étape 6 : Hygiène de vie
- Étape 7 : Stratégies d'apaisement
- Étape 8 : Stratégies émotionnelles
- Étape 9 : Restructuration cognitive
- Étape 10 : Exposition prolongée au traumatisme
- Étape 11 : Maintien et prévention des rechutes

Les étapes de traitement qui sont suggérées ici le sont à titre indicatif. Il est souvent nécessaire de retourner à des étapes antérieures du traitement pour consolider certains acquis ou connaissances, selon l'évolution du client.

Avant de débuter tout suivi, il importe de :

- s'assurer de la sécurité du patient
- faire une **évaluation la plus complète possible** afin de s'assurer de la capacité du patient à s'impliquer dans le processus thérapeutique et d'appliquer les outils **sans effets délétères pour sa santé.**

V.II Sécurité du patient

Avant de débiter le traitement psychothérapeutique, il est prioritaire de s'assurer de la sécurité du patient. En effet, la priorité absolue est d'évaluer le contexte environnemental du client. Par exemple, il serait vain, voire nuisible, d'adresser le traumatisme d'une victime de violence conjugale encore aux prises avec son agresseur.

Peu importe le temps requis, la première étape est de s'assurer que la situation de vie du client soit sécuritaire pour celui-ci.

V.III Évaluation

Une fois la sécurité du client assurée, les premières entrevues seront consacrées à faire une bonne évaluation :

- 1) du fonctionnement prétrauma
- 2) des circonstances péritraumatiques
- 3) des symptômes et du fonctionnement post-traumatique, incluant la présence de conditions co-morbides.

À cet effet, les différents questionnaires ou inventaires mentionnés à la Section II.III peuvent s'avérer très utiles. Un aide-mémoire pour l'évaluation du TSPT est disponible à la section VII.VIII.

Il est souvent préférable de s'en tenir aux grandes lignes de l'événement traumatique lors des premières rencontres. Ainsi, l'alliance thérapeutique peut s'établir et le client pourra apprendre des stratégies d'autoapaisement avant d'aborder l'événement traumatique, lui permettant de reprendre un sentiment de contrôle.

V.IV Psychoéducation au patient

La psychoéducation au patient est une étape primordiale dans le processus psychothérapeutique. Il est important de bien présenter et surtout de normaliser les symptômes présentés par le client. Celui-ci présente des réactions et des émotions normales face à un événement anormal. Certains symptômes du TSPT peuvent être très difficiles à comprendre pour lui et ses proches. Par exemple, la personne qui présente des reviviscences ou des états dissociatifs ne comprend souvent pas ce qui lui arrive. Elle peut avoir l'impression de devenir «folle», ressentir de la honte ou se sentir encore une

fois sans aucun contrôle sur ce qui lui arrive. Plus la personne comprendra ses symptômes, plus elle sera en mesure de les accepter et de se sentir en contrôle par rapport à ceux-ci. Expliquer quels sont les symptômes du TSPT aux proches de la personne pourrait aussi leur permettre de mieux comprendre les réactions de celle-ci et ainsi, de lui offrir plus de soutien.

En plus de normaliser les symptômes post-traumatiques, il est important de normaliser les réactions de la victime vécues durant l'événement traumatique pour diminuer la honte, la culpabilité et le jugement qu'elle peut ressentir. Il est souvent très aidant d'expliquer au client les réactions primaires du cerveau animal face au danger, soient les réactions de fuir, combattre ou figer. Enfin, aider la personne à comprendre qu'elle ne possédait pas toutes les informations pour analyser la situation et qu'elle était dans un état émotionnel différent au moment du trauma peut être bénéfique. Présenter le modèle et une conceptualisation cognitivo-comportementale personnalisée. Donner un exemple.

V.V Établir les objectifs

Il est important de demander à la victime ses attentes face à la thérapie et de s'assurer que celles-ci soient réalistes. En effet, nombreuses sont les victimes souhaitant « oublier » ce qui leur est arrivé, effacer le traumatisme de leur mémoire, mais cette attente ne peut qu'être déçue. Il est plus réaliste de viser d'apprendre des stratégies pour mieux gérer la détresse résultant du traumatisme. L'analogie suivante peut être utilisée : les blessures profondes ne peuvent malheureusement pas disparaître, mais on peut les cicatriser, ce qui permet d'atténuer grandement la douleur et de retrouver un bon niveau de fonctionnement.

Bien entendu, une bonne évaluation initiale permettra au thérapeute d'avoir une vue d'ensemble des problématiques. Il sera alors plus facile de guider le patient par rapport aux cibles thérapeutiques à prioriser afin d'arriver à ses buts. Étant donné la complexité possible du traitement de personnes souffrant de TSPT, il est essentiel de structurer la thérapie avec des objectifs plus précis. Il est suggéré de commencer avec des objectifs plus «simples ou faciles» et d'augmenter la difficulté au fur et à mesure que la thérapie avance.

V.VI Traitement pharmacologique et des comorbidités

Avant de débiter la thérapie, il importe d'évaluer la présence de comorbidités physiques ou psychologiques. La présence de comorbidités peut nuire voire empêcher le processus thérapeutique, par exemple, dans le cas

d'un épisode de dépression majeure ou d'un trouble de l'usage de l'alcool sévère. Il est important de rechercher et de questionner spécifiquement les symptômes reliés à la dépression majeure, à l'insomnie, aux troubles anxieux, aux troubles de l'usage de l'alcool et de drogues ainsi que la présence d'idées suicidaires ou de gestes d'automutilation passés ou actuels. Il est également important de sonder la présence de douleur physique chronique et de troubles douloureux. L'utilisation d'échelles peut s'avérer très utile en ce sens.

Aussi, avant de débiter la thérapie, il peut s'avérer essentiel de donner des médicaments au patient pour que celui-ci puisse bénéficier des interventions de psychothérapie, par exemple en présence d'un trouble dépressif ou anxieux sévère. Certaines problématiques comorbides au TPST peuvent requérir des interventions spécifiques. Par exemple, en présence d'un trouble de l'usage de l'alcool ou de drogues, il est important de référer le patient vers des services d'aide spécialisée en toxicomanie. De plus, si le patient présente une insomnie sévère, des interventions de type cognitivo-comportementales en plus de la médication peuvent s'avérer utiles (cf. [le guide de pratique pour l'insomnie](#) du site internet TCC Montréal). Enfin, en présence de problèmes physiques et de douleur chronique, il peut être judicieux de demander au patient de prendre rendez-vous avec son médecin de famille pour recevoir des traitements appropriés.

V.VII Hygiène de vie

Les habitudes de vie de la victime peuvent avoir un impact sur sa santé mentale, son bien-être et le déroulement de la thérapie. Avant toute chose, il est donc important de promouvoir de saines habitudes de vie telles qu'une saine alimentation, une bonne hygiène de sommeil, une pratique quotidienne d'exercices physiques adaptée à la personne, une consommation limitée d'alcool, de caféine et de boissons énergisantes et un arrêt de la consommation de cannabis et des autres drogues.

V.VIII Stratégies d'apaisement

Les personnes souffrant de TSPT peuvent présenter des dysrégulations émotionnelles avec des états d'anxiété, de panique, d'hypervigilance et de dissociation. Ces états sont souvent accompagnés de flashbacks et d'autres réactions somatiques intrusives (odeurs, sensations physiques, etc.).

Avant d'envisager de débiter une exposition au traumatisme, il est important d'enseigner aux patients des techniques d'apaisement et de stabilisation des états de dysrégulation émotionnelle.

De plus, il est important que le thérapeute et le patient puissent reconnaître les symptômes précoces de dysrégulation de façon à pouvoir intervenir dès le début des symptômes (Rothschild, 2010). Voici quelques techniques permettant aux personnes de mieux gérer leurs émotions et états affectifs en lien avec leur TSPT.

V.VIII.I Techniques d'ancrage

Lorsqu'un patient présente un état de dysrégulation avec anxiété, panique et dissociation, des techniques d'ancrage peuvent lui être enseignées pour apprendre à s'apaiser. Il s'agit d'apprendre au client comment utiliser ses 5 sens pour se recentrer sur le moment présent, là où il est en sécurité.

Voici quelques exemples d'exercices d'ancrage et d'instructions à donner au client:

- Prenez 1 à 2 minutes pour observer votre environnement et tout ce qui se passe autour de vous :
 - Faire une liste ou dire à voix haute les différentes choses que vous voyez
 - Décrivez avec beaucoup de détails ce que vous voyez, comme si vous étiez en train de décrire votre environnement à quelqu'un au téléphone;
- Dirigez maintenant votre attention :
 - Essayez de remarquer tous les sons, loin ou proches, ainsi que les moments de silence.
- Vous pouvez aussi diriger votre attention vers les odeurs s'il y en a :
 - Les odeurs sont-elles constantes ? Intermittentes? Intenses ou subtiles?
- Dirigez maintenant votre attention sur ce que vous ressentez sur la surface de votre corps :
 - Si vous êtes dehors, prenez note de la sensation du vent ou du soleil sur votre peau; ou encore la sensation de vos vêtements sur votre peau; ou si vous êtes debout, remarquez la sensation de vos pieds sur le sol.
 - Si vous êtes assis, observez les sensations de votre dos sur le dossier, de vos mains sur les appuie-bras, de vos cuisses sur la chaise, de vos pieds sur le sol.

Si le patient dissocie en cours de séance de thérapie, il est important que le thérapeute maintienne un bon contact visuel avec le patient et parle d'une voix ferme, mais chaleureuse pour l'aider à rester en contact avec lui, avec le moment présent, avec l'endroit où il se trouve actuellement. Il est aussi possible de guider le patient dans l'un des exercices d'ancrage décrits ci-haut. Si une personne a tendance à dissocier en thérapie, il est important de maintenir avec celle-ci une bonne communication par rapport à son état affectif. De plus, il est nécessaire de respecter les limites de la victime par rapport à l'exposition pour éviter de précipiter un état dissociatif.

V.VIII.II La cohérence cardiaque³

La cohérence cardiaque (3-6-5) est une pratique personnelle de gestion du stress et des émotions. Lorsqu'on adopte une respiration lente, ample, régulière, abdominale à la fréquence particulière de 6 cycles par minute (5 sec. d'inspiration, 5 sec. d'expiration), il se produit un phénomène qu'on appelle la cohérence cardiaque. L'effet principal d'une séance de cohérence cardiaque est l'équilibrage, le recentrage émotionnel et la modulation du cortisol, l'hormone du stress. Cette technique pourrait permettre une diminution de la suractivation du système sympathique (souvent présent dans le TSPT) et ainsi conduire à une meilleure gestion de l'anxiété et de la réponse physiologique au stress chez les victimes.

Il est utile de maintenir cet état tout au long de la journée (3 séances quotidiennes espacées de 4 heures). La première séance, au lever, au moment où la sécrétion de cortisol est la plus importante de la journée, est la plus importante.

Des effets à long terme de la pratique régulière (3 fois par jour) apparaissent en moyenne 10-15 jours après avoir débuté une pratique régulière :

- Diminution de l'hypertension artérielle
- Diminution de l'anxiété et de la dépression
- Amélioration de la concentration et de la mémorisation
- Diminution des troubles de l'attention et de l'hyperactivité
- Meilleure tolérance à la douleur

Points importants pour une bonne pratique :

- La pratique doit être régulière : 3 fois 5 minutes par jour, tous les jours.

³ Adapté de O'Hare, D. (2019) Cohérence cardiaque 365 : Le guide de respiration antistress. France :Éditions Thierry Souccar.

- Il est préférable de pratiquer la cohérence cardiaque assis ou debout. L'important est d'avoir le dos bien droit. Posez les pieds au sol et les mains sur vos cuisses.
- Inspirez pendant 5 secondes, par le nez, de façon abdominale (imaginer l'air entrer dans votre ventre et le gonfler).
- Expirer pendant 5 secondes, souffler par la bouche, comme si vous vouliez éteindre une bougie d'un gâteau.

V.VIII.III Respiration diaphragmatique

La pratique de la respiration diaphragmatique chez les personnes anxieuses peut se montrer efficace pour la réduction du stress et des tensions musculaires via une certaine activation du système nerveux parasympathique. Il s'agit en fait une respiration plus naturelle que la respiration thoracique qui est associée à un état de stress plus important.

Pour débiter, la personne place une main sur son ventre et l'autre sur sa poitrine. Puis, la personne d'inspirer par le nez et d'expirer par la bouche lentement en comptant 4 secondes pour chaque inspiration et pour chaque expiration durant 5-10 minutes. Le but est d'éviter que le thorax se soulève et de sentir le mouvement de l'abdomen durant la respiration. L'exercice peut être répété 3-4x/jour.

Pour plus d'information, il est possible de consulter le document informatif sur la [respiration diaphragmatique](#) du Centre de santé et de consultation psychologique de l'Université de Montréal. De plus, les vidéos du physiothérapeute [Denis Fortier](#) sont une autre source d'information utile au besoin.

V.VIII.IV Pleine conscience et méditation

L'utilisation de techniques de type «pleine conscience» pour permettre au patient de décentrer son attention de ses symptômes et stimuli peut s'avérer utile. Par exemple, il peut s'agir de demander aux personnes de prendre quelques minutes pour examiner attentivement les détails de leur environnement en prenant le temps de décrire avec précision les objets, les sons et les odeurs qui les entourent. De plus, les personnes peuvent se focaliser sur leurs sensations corporelles, par exemple, des sensations de vêtements sur la peau. Les personnes peuvent également utiliser la pleine conscience à la maison.

Il faut se rappeler que les techniques de pleine conscience nécessitent un apprentissage et qu'il peut être difficile pour certains patients d'utiliser la

technique de prise de conscience avec l'environnement au début surtout s'ils présentent des états importants de dysrégulation. Il faut donc prendre le temps nécessaire afin d'expliquer aux patients qu'il est normal que son attention dévie souvent durant les séances de pleine conscience et qu'il doit montrer de la tolérance envers lui-même, ses émotions et ses pensées.

Plusieurs méditations de pleine conscience sont également contre-indiquées en cas de trauma et il faut souvent choisir avec soins les techniques enseignées et expliquer comment et quand les adapter. Selon Treleaven (2018), choisir des méditations plus brèves, donner plusieurs choix d'ancrage à part la respiration, comme la sensation des pieds, des mains, demander aux patients d'ouvrir les yeux, de bouger, prendre de l'eau, se couvrir d'une couverture (si les émotions deviennent trop intenses ou s'il dissocie). Il est souvent recommandé de pratiquer la méditation de pleine conscience après une relative stabilisation des symptômes.

Pour obtenir plus de détails, la section [Méditation](#) du site internet TCC Montréal et la section [Méditer pour ne plus stresser](#) du site internet Psycho PAP présentent des informations sur le sujet et contient des enregistrements vidéos intéressants sur la pratique de la méditation et de la pleine conscience.

V.VIII.V Techniques de relaxation de Jacobson

La technique de relaxation de Jacobson (ou thérapie de relaxation progressive) est un type de thérapie qui se concentre sur le resserrement et la relaxation de groupes musculaires spécifiques en séquence. Cela permet à la personne qui pratique l'exercice de devenir plus consciente de son corps et de ses sensations physiques. Cette technique de relaxation a été inventée dans les années 1920 par Dr Edmund Jacobson pour aider des gens souffrants d'anxiété.

Pour plus de détails et d'informations sur cette technique de relaxation, voir le document explicatif du Dr Louis Chaloult, «[La relaxation progressive de Jacobson : instructions](#)» et les [fichiers audio](#) accessibles dans la section grand public du site internet TCC Montréal.

V.VIII.VI Distraction

La distraction en présence d'un stimulus peut être employée pour rediriger l'attention. Il est important de noter que la distraction ne doit pas être utilisée de façon trop fréquente, car cette stratégie pourrait devenir une forme d'évitement. Cette technique ne devrait donc pas être utilisée durant les exercices d'exposition sauf en cas de détresse importante chez le patient.

Lorsque l'exercice d'exposition provoque une détresse intolérable, on préférera généralement choisir un exercice moins difficile plutôt que de recourir à des distractions. Il s'agit plutôt d'une activité temporaire qui doit être utilisée jusqu'à ce qu'il y ait une diminution dans l'intensité de la réaction induite par le ou les stimuli et que la personne soit en mesure de tolérer ce ou ces stimuli. La distraction fonctionne avec des stimuli externes, mais plus particulièrement avec des stimuli internes (par exemple: pensées ou sensations internes).

Voici des exemples de distractions :

- Faire des mots croisés,
- Pratiquer une activité physique,
- Aller dans les magasins,
- Lire,
- Prendre un bain.

V.IX Stratégies émotionnelles

Les personnes souffrant de TSPT peuvent présenter une grande dysrégulation affective soit des affects négatifs intenses (rage, anxiété paralysante, désespoir, etc.) ou plutôt une impression d'être détaché ou dissocié des émotions et du monde environnant. Le monde affectif de la personne peut fortement affecter l'évolution des symptômes post-traumatiques et le déroulement de la psychothérapie. Par conséquent, une partie importante du travail en thérapie est de permettre aux clients d'avoir une meilleure compréhension, expression et gestion émotionnelle.

Pour permettre à la victime de comprendre ce qui cause sa souffrance, il est important d'aider le client à tolérer d'être en contact avec ses émotions. Ainsi, un travail au niveau affectif est souvent nécessaire avant et pendant la restructuration cognitive et l'exposition. Il faut établir avec le client un environnement sécurisant et une bonne alliance thérapeutique pour permettre le travail sur les émotions.

Dans un premier temps, il est possible que le thérapeute reflète simplement au patient ses observations par rapport à des moments chargés émotionnellement en thérapie pour que celui-ci en prenne conscience. Par la suite, le thérapeute peut inviter le client à identifier et nommer les émotions qui ne manqueront pas de survenir lors des rencontres. Ceci permettra d'atténuer éventuellement l'intensité des émotions. Enfin, il est souvent bénéfique d'aider les clients à développer un vocabulaire plus détaillé pour parler des émotions, de façon à l'aider à discriminer l'intensité de différentes émotions. Par exemple, la tristesse pourrait aller de la morosité au désespoir, selon l'intensité.

Pour aider le client à identifier ses émotions, il est souvent utile de bâtir une échelle de 1 à 10 sur laquelle il pourra énumérer ses émotions et sensations physiques (voir section VII.IX). Une échelle différente peut être faite pour l'anxiété, la tristesse ou la colère. Voici un exemple d'échelle⁴ pour l'anxiété :

| | | |
|-----|-----------------------|--|
| 1 = | Émotions: | Légère tension |
| | Sensations physiques: | Mains moites |
| 3 = | Émotions: | Craintif |
| | Sensations physiques: | Tension musculaire |
| 5 = | Émotions: | Hypervigilant |
| | Sensations physiques: | Palpitations cardiaques |
| 7 = | Émotions: | Angoissé |
| | Sensations physiques: | Tremblements, sudation, oppression thoracique |
| 9 = | Émotions: | Paniqué |
| | Sensations physiques: | Impression de manquer d'air, étourdissement, perte de contrôle |

Cette échelle peut s'avérer particulièrement utile chez les patients ayant souvent l'impression de perdre rapidement le contrôle de leurs émotions en lien avec une difficulté à ressentir des niveaux moins élevés d'émotivité. Il est pertinent de demander à la personne de faire une prise de conscience des émotions en utilisant l'échelle pour une situation donnée quelques fois entre les séances de thérapie. La personne peut alors discuter de ses situations en séance de thérapie pour favoriser un travail sur les émotions.

De plus, le travail sur les affects passe également par un travail sur l'acceptation des émotions négatives. Il est important de travailler l'autocompassion avec la victime. Il faut l'inviter à diminuer les blâmes et les critiques qu'elle se fait et favoriser plutôt une attitude d'empathie. Il peut également lui expliquer qu'en repoussant les émotions, elle ne fait que les

⁴ Adapté de «Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique» de Dre Pascale Brillon (2005)

amplifier. Il faut également lui dire que les émotions négatives peuvent influencer les symptômes post-traumatiques et l'évolution du TSPT. Le but final est de permettre à la victime d'apprendre à vivre avec et à apprivoiser ses émotions sans en avoir peur.

V.X Restructuration cognitive

Les personnes souffrant de TSPT ont tendance à voir le monde de façon trop négative et à percevoir les situations de vie autrefois neutre comme pouvant être dangereuses, imprévisibles ou mauvaises. Les victimes peuvent également se percevoir faibles et mauvaises. Les distorsions cognitives viennent alors confirmer leurs nouvelles croyances négatives. Le but de la restructuration cognitive est de favoriser une vision plus nuancée de la réalité.

Nous vous suggérons le «[manuel d'accompagnement pour une thérapie cognitivo-comportementale](#)» sur le site internet TCC Montréal pour une discussion plus détaillée des étapes de l'approche cognitive.

Voici un exemple d'étapes à suivre pour permettre une restructuration cognitive :

Étape 1 : Prendre conscience des pensées associées à des émotions négatives.

1. Faites de la psychoéducation sur les bases théoriques cognitives et le lien entre les pensées, les émotions et les comportements.
2. Demandez à la personne de donner un exemple de situation entraînant de la détresse.
3. Aidez la personne à identifier ses pensées automatiques et ses attributions causales lors de la situation en utilisant des questions. Par exemple: «Qu'est-ce qui vous est venu à l'esprit lorsque vous avez ressenti de l'anxiété en allant au parc?».
4. En utilisant la grille d'auto-observation de la restructuration cognitive (voir section VII.X), remplissez avec la personne un exemple de situation anxiogène en identifiant:
 - a. Les émotions/symptômes physiologiques
 - b. Les comportements
 - c. Les pensées automatiques présentes.

De plus, demandez à la personne d'évaluer ses émotions sur une échelle de 1 à 10 (1 = niveau minimal et 10 = niveau maximal).

5. Si la personne a de la difficulté à identifier les pensées en lien avec ses émotions, utilisez des questions de plus en plus fermées. Par exemple: «Comment expliquez-vous la sensation de peur en sortant de chez vous?», «Qu'est-ce que vous pensez qu'il pourrait se passer?», «Quel est votre pire scénario?». De plus, il est important de rassurer les victimes sur la légitimité de leurs pensées dysfonctionnelles et sur l'importance de les explorer en thérapie.
6. Si vous sentez que la personne est prête, demandez-lui de remplir la grille seule à maison au moins une fois par jour lorsqu'elle vit une situation anxiogène et demandez-lui d'apporter sa grille lors d'un prochain rendez-vous pour explorer les situations avec vous. La grille peut servir de point de départ pour la restructuration cognitive.

Étape 2 : Remise en question des pensées dysfonctionnelles

Après avoir identifié les pensées et attributions automatiques, il est important de faire voir à la victime que celles-ci sont des «hypothèses» qui doivent être validées ou non en les remettant en question. Pour ce faire, il est possible d'utiliser la méthode du questionnement socratique. La remise en question des pensées dysfonctionnelles permet ultimement d'identifier les distorsions cognitives sous-jacentes (étape 3).

Il faut aider la victime à questionner le bien-fondé de ses pensées en utilisant trois catégories de questionnement socratique (Beck et Emery, 1985):

- A. Quelles sont les preuves appuyant ou réfutant mes pensées?;
 - B. Est-ce qu'il y a une autre façon d'interpréter la même situation?;
 - C. Si on suppose que l'hypothèse est vraie, quelles en sont les conséquences ou comment y faire face?
1. En prenant les situations de l'étape 1 (Grille d'auto-observation), faites avec la personne un questionnement socratique en utilisant les trois catégories de questions ci-haut.
 2. De plus, vous pouvez lui demander d'écrire les questions et les réponses découlant du questionnement socratique en utilisant l'exercice de restructuration cognitive avec questionnement socratique (voir section VII.XI).
 3. Si vous sentez que la personne est prête, demandez-lui de remplir l'exercice du questionnement socratique seule à maison au moins une fois par semaine en se basant sur une situation anxiogène vécue et sa

grille d'auto-observation à l'étape 1. Demandez-lui d'apporter l'exercice lors d'un prochain rendez-vous pour explorer la ou les situations avec vous. Les questions et réponses du questionnement socratique peuvent servir à la restructuration cognitive.

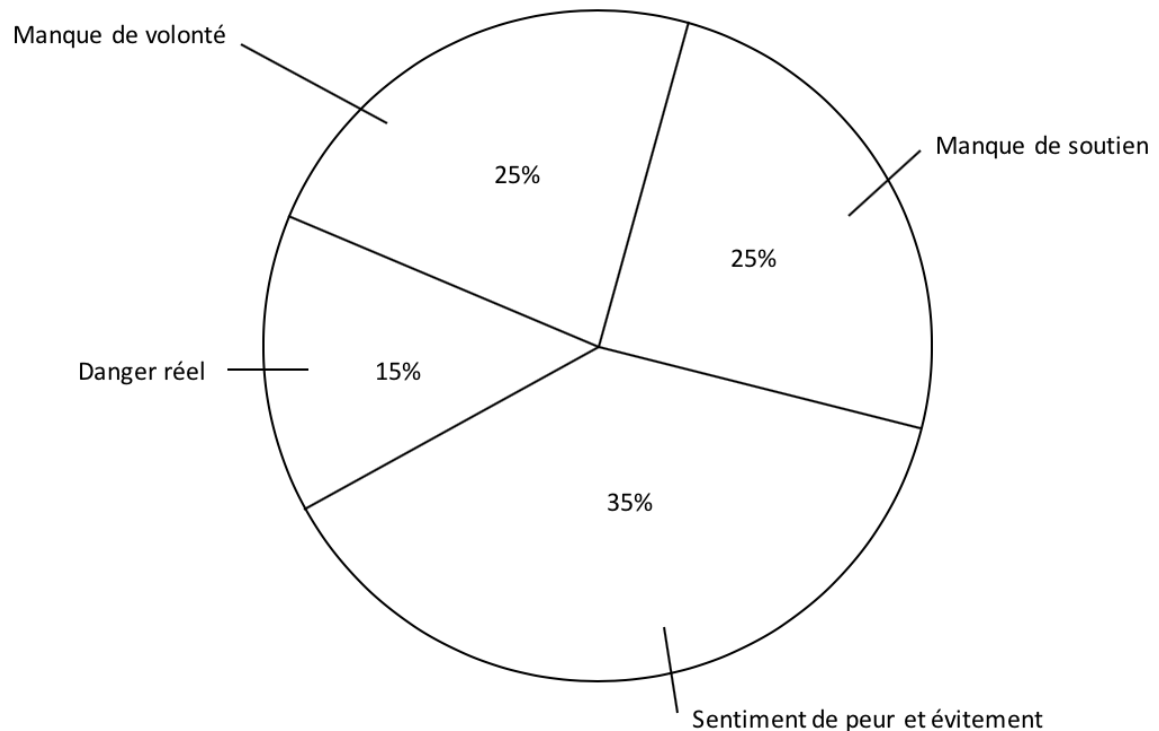
Étape 3: Compléter la tarte des hypothèses au besoin (voir section VII.XII)

Il s'agit d'une stratégie qui peut être utilisée lorsqu'une personne présente une vision peu nuancée des choses («vision tout noir ou tout blanc»), par exemple en s'attribuant toute la responsabilité d'un événement ou encore de ses symptômes traumatiques actuels.

Pour aider cette personne à nuancer sa pensée, elle est invitée à dresser une liste des différents facteurs qui auraient pu influencer une situation, un comportement ou une émotion. Il est possible d'aider la personne à réfléchir et à explorer différentes hypothèses avec des questions ouvertes favorisant l'élaboration d'idées alternatives, comme : «Selon vous, pourquoi avez-vous de la difficulté à sortir de la maison?» Au début, la personne peut avoir tendance à se blâmer («je n'ai pas de volonté») ou s'attendre au pire («je vais me faire attaquer»).

Voici un exemple de tarte des hypothèses qu'aurait pu compléter ce client :

Exemple - Tarte des hypothèses⁵



La personne pourra alors constater que plusieurs facteurs font en sorte qu'elle n'arrive pas à sortir de chez elle et que nous pouvons l'aider en lui offrant du soutien par exemple.

Étape 4 : Identification des distorsions cognitives

À l'aide des exemples de situations données lors des étapes précédentes, il est souvent utile d'aider le patient à développer l'habitude d'identifier les distorsions cognitives de la personne puisque celles-ci viennent directement teinter sa façon de réagir aux niveaux émotionnels et comportementaux.

En partant d'un exemple concret, il est alors possible de faire voir à la victime ses distorsions cognitives en utilisant des questions, par exemple, «dans cette situation, est-ce que vous regardez l'ensemble des éléments ou une seule partie?», «est-ce que vous voyez au pire rapidement présentement», etc.

⁵ Adapté de «Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique» de Dre Pascale Brillon (2005)

De plus, il est possible d'expliquer et de vulgariser la distorsion cognitive d'une personne face à une situation. En travaillant avec la personne, celle-ci sera de plus en plus capable de reconnaître ses propres distorsions cognitives lorsqu'elle se sent en détresse. (voir section IV.I.II.III Distorsions cognitives pour des exemples.)

Étape 5 : Identification de pensées alternatives plus fonctionnelles

Cette étape de la restructuration cognitive vise à aider la personne à envisager une nouvelle pensée alternative plus réaliste et moins anxiogène. Le but n'étant pas de penser «positivement», mais plutôt de nuancer les risques réels de certaines situations de façon la plus objective possible. Il est important de faire comprendre à la victime la différence entre une pensée dite «réaliste» versus «dysfonctionnelle» et de favoriser des cognitions moins rigides.

Étape 6 : Remise en question des croyances fondamentales dysfonctionnelles

Au fur et à mesure qu'on explore les pensées et qu'on identifie les distorsions cognitives, on peut constater des similitudes entre les pensées et les regrouper en thèmes. (voir section IV.I.II.I Croyances fondamentales pour les différents types de croyances fondamentales.)

Pour explorer les croyances fondamentales d'une personne, on peut utiliser la technique de la flèche descendante de questionnement pour découvrir les postulats de base des pensées automatiques.

En partant d'une pensée automatique, il faut interroger de façon de plus en plus approfondie la personne en utilisant des questions comme «Qu'est-ce que cela signifie pour vous ?; Pourquoi cela est-il important pour vous ?; Quel est le risque pour vous ?».

Le but est de permettre à la personne de pouvoir «intégrer» le traumatisme dans ses croyances profondes en l'encourageant à éviter une trop grande influence du traumatisme sur sa perception de soi. Par exemple, la personne peut changer sa perception et se dire «je croyais être une personne forte (croyance fondamentale), maintenant j'ai compris que je suis faible» ou «je sais que l'on obtient seulement ce que l'on mérite dans la vie (croyance fondamentale), donc je mérite ce qui m'est arrivé». Il est à noter que le travail peut s'avérer ardu et peut être perçu comme étant menaçant pour les victimes. Il est donc nécessaire de bâtir une bonne alliance thérapeutique avec le patient et sentir que la personne est prête avant de faire un tel travail en thérapie.

V.XI Exposition prolongée

Selon le modèle explicatif décrit à la section IV.II, nous pouvons concevoir les symptômes de reviviscences comme la non-intégration émotionnelle de l'événement traumatique. En effet, les souvenirs traumatiques refont surface sous forme de pensées intrusives, de flashbacks ou de cauchemars, tous sources d'une très grande détresse. Pour éviter de ressentir cette détresse ou pour la soulager, la victime utilise alors différentes stratégies d'évitement cognitif ou situationnel, mais cet évitement interfère avec l'intégration du souvenir.

Toujours selon ce modèle explicatif, les personnes exposées à un événement traumatique ayant développé un TSPT ont, par conditionnement classique, développé une «structure de peur» composée de stimuli rappelant le traumatisme (personnes, lieux, ou souvenirs par exemple) et de leur réponse émotionnelle à ces stimuli. La signification qu'elles donnent aux stimuli et à leur propre réponse aux stimuli, souvent très négative, va à son tour influencer leur réponse émotionnelle et leur comportement, contribuant à aggraver certains symptômes comme l'évitement (par le processus de conditionnement opérant). Par exemple, si la personne se dit, après avoir réagi fortement à une situation, «cette situation est très dangereuse» ou encore «je suis incapable de faire face à ça.», les probabilités qu'elle s'enfuit de la situation ou l'évite par la suite sont plus élevées, contribuant par le fait même à perpétuer l'anxiété.

L'exposition prolongée aux stimuli évoquant le traumatisme est une stratégie thérapeutique permettant de travailler le souvenir traumatique pour en faire la «digestion» émotionnelle (Foa et coll., 2008). En effet, l'activation répétée et prolongée de la «structure de peur » permet à la personne de faire différents apprentissages essentiels :

- leur réponse émotionnelle aux stimuli évoquant le traumatisme n'est pas dangereuse et finit par s'estomper d'elle-même avec le temps (c'est l'habituation);
- ces stimuli ne sont pas dangereux en soi et peuvent même finir par ne plus occasionner de détresse significative.

L'activation de la structure de peur ayant comme conséquence de déclencher l'anxiété, émotion que le client tente justement d'éviter, le thérapeute doit prendre soin de bien lui expliquer le rationnel des différentes stratégies d'exposition pour s'assurer de sa collaboration. Une attitude bienveillante, mais ferme du thérapeute aidera le client à faire le travail d'exposition suggérée.

L'exposition prolongée peut être faite de deux façons distinctes : 1. l'exposition *in vivo* aux situations que le patient évite parce qu'elles lui rappellent le traumatisme et 2. l'exposition par imagination aux souvenirs traumatiques. Ces deux types d'expositions sont discutées séparément dans les sections suivantes. Les notions présentées se basent principalement sur le guide du thérapeute «Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences» de Edna B. Foa (Foa et coll., 2019) et sur du guide «Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique» de Pascale Brillon (Brillon, 2013).

V.XI.I Objectif de la thérapie par exposition prolongée

L'objectif premier de l'exposition prolongée est de diminuer les symptômes de TSPT. Cependant, cette stratégie amène aussi souvent un soulagement des symptômes de troubles anxieux et dépressifs comorbides, tout en atténuant les sentiments de colère, de honte et de culpabilité associés à l'événement traumatique.

V.XI.II Risques et contre-indications

Nous tenons à préciser qu'on ne recommande pas aux thérapeutes de débiter une thérapie par exposition auprès de victimes souffrant de TSPT sans avoir, au préalable, appliqué des stratégies d'exposition auprès d'une clientèle souffrant de troubles anxieux autres. Il est impératif aussi d'obtenir une supervision clinique lorsqu'on commence à appliquer ces techniques avec des patients souffrant de TSPT.

Comme l'exposition prolongée au traumatisme doit être faite de façon répétée et suffisamment fréquente pour permettre qu'un processus d'habituation ait lieu, il est probable que dans les quelques semaines suivant le début de ces stratégies les clients connaissent une augmentation de leur anxiété et de certains symptômes de TSPT, comme les symptômes de reviviscences.

Le thérapeute avisé informera le client de cette possibilité AVANT d'entreprendre le travail d'exposition et le rassurera sur la normalité de l'exacerbation des symptômes à ce stade de la thérapie (indice qu'un travail est en train de se produire à l'intérieur). Il faut toutefois demeurer à l'écoute du patient et surveiller si l'exacerbation des symptômes n'est pas trop importante.

Étant donné l'intensité émotionnelle engendrée par le travail d'exposition, il est contre-indiqué de procéder avec une telle approche chez

les clients ne pouvant tolérer un tel niveau de détresse. (Par exemple, les patients à haut risque de comportements suicidaires ou hétéroagressifs; les patients ayant des comportements autodestructeurs, comme l'automutilation ou l'abus de substances; les patients avec un trouble sévère de la personnalité; les patients présentant des symptômes dissociatifs marqués; les patients présentant des symptômes de psychose.) Pour tous ces clients particulièrement vulnérables, il est préférable de stabiliser les conditions comorbides, par exemple en traitant la psychose ou la dépression, ou en enseignant des stratégies d'ancrage ou de gestion des émotions avant d'aborder le traumatisme en tant que tel. Une fois les conditions stabilisées, le travail sur le traumatisme peut parfois être débuté, mais encore là les stratégies cognitives sont souvent à privilégier plutôt que les stratégies d'exposition.

L'instabilité et le dysfonctionnement dans une ou plusieurs sphères de la vie sont très communs chez les victimes souffrant d'un TSPT. Il ne s'agit donc pas d'une contre-indication à l'usage de l'exposition comme stratégie thérapeutique. Par contre, il n'est pas recommandé de débiter l'exposition lorsque la victime vit une situation de crise active, par exemple au niveau de son couple, de sa famille ou de ses finances.

V.XI.III Composantes du traitement par exposition prolongée

L'exposition prolongée se divise en deux volets: l'exposition *in vivo* et l'exposition par imagination. La durée d'une thérapie est entre 12 et 20 séances, à une fréquence d'une à deux fois par semaine selon les besoins individuels du patient. Il est probable que la durée totale d'une thérapie s'approche plus des 20 séances lorsque l'exposition est intégrée à d'autres stratégies thérapeutiques. Le guide suivant a été conçu en fonction d'une durée de séance de thérapie de 60 minutes. Il est possible de faire une séance plus longue par exemple d'une durée de 90 minutes, selon la pratique du thérapeute. Durant une séance de 60 minutes, il faut planifier un 30 minutes consacré à l'exposition.

Il est suggéré de débiter par l'exposition de type *in vivo* plutôt que par l'exposition par imagination, car cette dernière stratégie peut susciter plus d'anxiété initialement étant donné que la victime doit retraverser le souvenir de l'événement traumatique. De plus, travailler sur l'exposition *in vivo* permet souvent une amélioration du fonctionnement quotidien plus rapide ou perceptible, ce qui peut être une source de motivation pour la poursuite du processus thérapeutique.

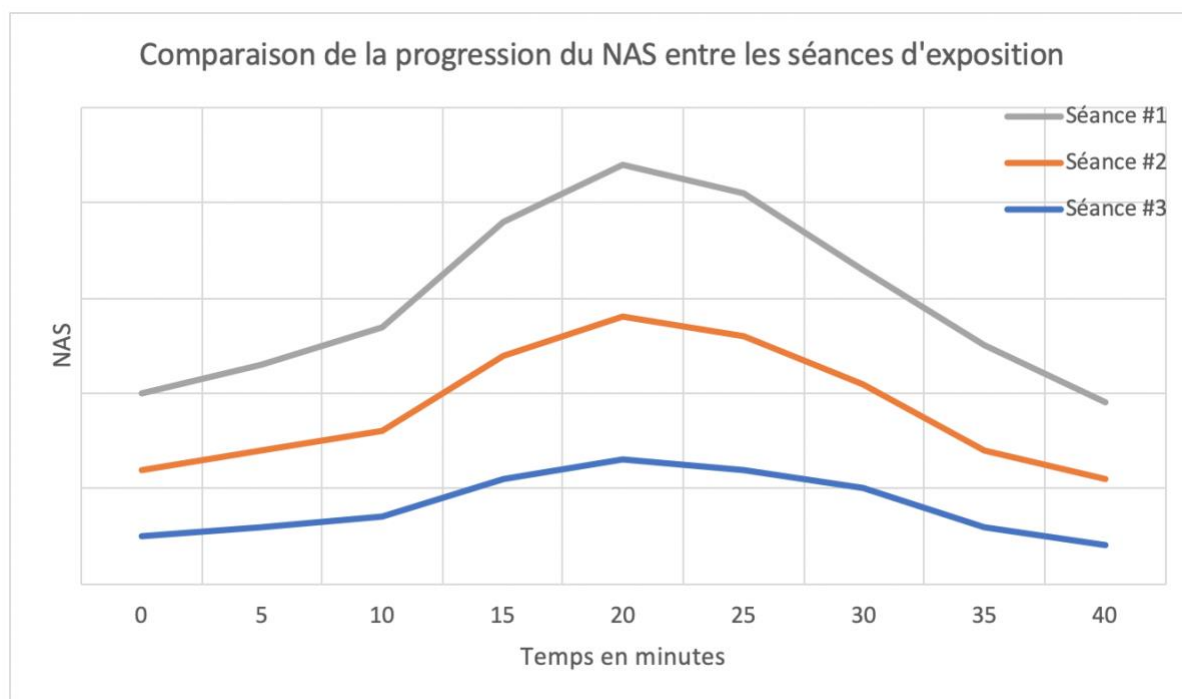
Comme dans tous types de thérapie, il est primordial de favoriser une bonne alliance thérapeutique avec le patient afin de permettre un bon

engagement dans la thérapie. Ne jamais oublier que de s'exposer à divers stimuli anxiogènes, comme nous demandons au client de le faire, est très difficile et demande énormément de courage et de le souligner au patient est important. Le thérapeute doit avoir une attitude ouverte, respectueuse et sans jugement. Il doit aussi être à l'écoute de son client, en s'adaptant à ses besoins et à son rythme plutôt que de suivre sans nuance quelque protocole que ce soit. Expliquer au client le principe d'habituation, c'est-à-dire qu'en s'exposant de façon répétée aux stimuli anxiogènes, la montée d'anxiété est de moins en moins forte et la diminution de l'anxiété est de plus en plus rapide, favorise également sa participation au processus thérapeutique.(voir la figure ci-bas)

À n'importe quel moment au cours du processus thérapeutique, il peut être nécessaire de vérifier les craintes du patient, sa compréhension de la stratégie et de ses bénéfices afin de maintenir ou d'améliorer sa motivation à poursuivre le traitement.

L'efficacité de l'exposition répétée prolongée reposant sur le principe d'habituation aux stimuli anxiogènes, il est primordial que le client s'expose à un certain niveau d'anxiété sans recourir aux stratégies de distraction ou à d'autres stratégies qui pourraient entraîner le patient dans un cercle vicieux d'évitement. Il faut l'expliquer au client pour qu'il soit lui aussi à l'affût de tels comportements qui sont parfois très subtils et qui interfèrent avec l'habituation.

FIGURE - Développement de l'habituatation au cours des séances⁶



Avant de débiter l'exposition durant la thérapie, il faut faire une évaluation détaillée de l'histoire de l'événement traumatique afin d'identifier avec le patient les stimuli situationnels et cognitifs qui causent un dysfonctionnement et de l'évitement. Lorsque le processus d'exposition est débuté, il faut prévoir une période de retour sur les exercices avec la progression des niveaux d'anxiété subjectifs (NAS) en début de chaque séance ainsi qu'un suivi sur la symptomatologie du patient, pour évaluer s'il y a une amélioration ou une régression dans les symptômes nécessitant un arrêt, une pause, un retour à une étape précédente dans la thérapie.

V.XI.III.I Exposition *in vivo*

L'exposition *in vivo* implique que le client s'expose de façon répétée et prolongée à des situations sécuritaires qui, suite à l'événement traumatique, sont dorénavant perçues comme dangereuses.

Pour qu'une exposition soit efficace, le client doit faire face à la situation, sans fuir malgré la détresse, jusqu'à ce que son niveau d'anxiété ait diminué de façon significative, par exemple de 50% par rapport au début de l'exposition. En s'exposant à une situation donnée de façon répétée, le client est à même de faire l'expérience, et donc l'apprentissage, que non seulement la situation

⁶ Adapté de «Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique» de Dre Pascale Brillon (2017) et «Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD- A case formulation approach» de Claudia Zayfert et Carolyn Black Becker (2007)

n'est pas dangereuse, mais son anxiété non plus. Il apprend également que d'une fois à l'autre, son anxiété est de moins en moins intense et s'apaise de plus en plus rapidement. Ce changement cognitif expérientiel provenant du décalage entre les attentes et l'expérience vécue lors des exercices d'exposition («expectancy violation» ou violation des attentes) est un déterminant important de leur efficacité (Craske et coll., 2014).

Ainsi, la perception de danger n'est plus généralisée à des stimuli ou des situations qui devraient être neutres, mais devient plus spécifique envers de réels dangers.

L'exposition aux différents stimuli doit être graduelle et progressive. Le thérapeute ne doit pas chercher à faire progresser le patient plus vite qu'il ne le peut, car vouloir aller plus vite que le patient pourrait s'avérer nuisible à celui-ci. De plus, laisser le patient déterminer le rythme peut permettre de lui redonner un sentiment de contrôle, contrôle sérieusement mis à mal lors du traumatisme.

Il est pertinent de prévenir la victime qu'elle peut vivre un niveau de détresse augmenté durant une courte période au début de l'exposition. Il faut souligner le courage de la victime et la rassurer en mentionnant que l'exposition lui permettra de reprendre confiance et de regagner un sentiment de contrôle sur sa vie et son quotidien. (Brillon, 2013)

Déroulement de l'exposition graduée *in vivo*

A. Psychoéducation

Après avoir expliqué au client le processus du conditionnement, la nature de ses symptômes et les conséquences fonctionnelles, il importe d'expliquer ce qu'est l'exposition *in vivo* et comment appliquer cette stratégie de façon efficace. Il peut être pertinent d'illustrer à la victime le phénomène d'habituation par le schéma présenté plus haut.

Il faut aviser la victime que les exercices d'exposition risquent de provoquer un certain niveau d'anxiété qui sera plus élevé initialement, mais que celle-ci va diminuer progressivement à force de répéter les exercices. Il faut rappeler à la victime que même si l'anxiété provoque une sensation désagréable, elle n'est pas dangereuse. Il faut s'assurer que la victime comprenne qu'elle devra ressentir l'anxiété et qu'elle devra éviter de recourir à des stratégies de distraction durant les exercices ou encore de fuir les exercices lorsque le niveau d'anxiété monte afin d'éviter de renforcer la boucle de l'évitement.

Avant de débiter l'exposition, il ne faut pas oublier de prendre le temps de répondre aux questions et aux inquiétudes de la victime afin de favoriser un meilleur engagement à la thérapie. Il faut demeurer à l'affût de craintes ou de questionnements qui pourraient surgir en cours de thérapie et être disponible pour les aborder avec la victime.

B. Liste et hiérarchie des stimuli conditionnés

Il faut faire une liste avec la victime des stimuli conditionnés qui provoquent de l'anxiété ou de la détresse et/ou qui sont évités. Les stimuli peuvent être des situations qui sont classées de façon erronée comme dangereuses par le patient, des situations qui lui font penser à l'événement traumatique ou des situations qui sont évitées à cause des symptômes dépressifs maintenant le patient dans l'isolement. Il est préférable d'identifier les situations avec assez de précision (ex.: nom d'une rue). (Foa et coll., 2019) Il peut s'agir d'une couleur ou d'un type de vêtement (ex.: foulard rouge porté par l'agresseur), d'une odeur (ex.: parfum) ou d'un bruit (ex.: feux d'artifice). Il peut aussi s'agir de situations dans la vie courante (ex.: utiliser un four suite à un feu à domicile, conduire une automobile suite à un grave accident de voiture, parler à des inconnus, écouter les nouvelles à la télévision).

Lorsque la liste est écrite, il faut identifier avec le patient les stimuli/situations qui peuvent être travaillés par les exercices d'exposition *in vivo*. Évidemment, les situations choisies doivent être objectivement sécuritaires, c'est-à-dire que d'autres personnes feraient normalement avec un sentiment de sécurité et sans détresse associée.

Par la suite, le patient identifie le niveau d'anxiété subjectif (NAS) associé à la situation. Le NAS est une cote donnée sur une échelle de 0 à 100 par rapport au niveau d'anxiété que la personne pense qu'elle éprouverait si elle devait faire face à cette situation. Le niveau 0 réfère à une situation ne provoquant aucune anxiété. Le niveau 100 est le pire niveau d'anxiété ressenti par la personne de toute sa vie (fréquemment le niveau d'anxiété ressenti au moment de l'événement traumatique). Il peut être utile d'identifier avec le patient un exemple de situation avec un niveau 0, un niveau 25, un niveau 50, un niveau 75 et un niveau 100.

Lorsque les NAS sont déterminés, il faut construire une hiérarchie des stimuli/situations selon leur NAS (voir section VII.XIII).

Finalement, pour chaque stimulus ou situation sélectionné pour l'exposition *in vivo*, il faut écrire des étapes graduelles (de facile à difficile) d'exposition qui serviront de guide lors des exercices (voir section VII.XIV). La progression des étapes peut prendre la forme d'une gradation avec

accompagnement ou seul, de jour ou de soir, etc. Il faut que les premières étapes ne soient pas trop difficiles, car la personne risquerait de fuir la situation ce qui peut provoquer un fort sentiment d'échec et renforcer la boucle de l'évitement. Les situations doivent toutefois générer un minimum d'inconfort sans quoi il n'y aurait pas d'apprentissage. Il faut viser une augmentation graduelle du niveau de difficulté vers l'étape finale qui est la situation évitée ou vécue avec détresse.

C. Planification des exercices d'exposition in vivo

Avant de débiter les exercices d'exposition, il importe d'expliquer au client que pour s'assurer de bénéficier de cette approche, les expositions doivent être suffisamment 1) longues et 2) fréquentes.

Durée des exercices d'exposition :

Le client doit savoir que pour être efficace, l'exposition doit se poursuivre tant que son niveau d'anxiété subjectif (NAS) n'aura pas diminué de 50% par rapport au début de l'exercice.

Il est important de prévoir suffisamment de temps pour s'assurer que le niveau d'anxiété ait diminué de moitié et que la victime se sente de nouveau en sécurité. Cela peut parfois prendre 40 ou 50 minutes. Si l'anxiété ne diminue pas suffisamment et/ou que la victime fuit l'exercice, la boucle de l'évitement est renforcée par le processus de conditionnement opérant. Le client doit donc planifier un horaire d'exposition avec une durée de temps suffisante (environ 40-50 minutes).

Fréquence des exercices :

Pour qu'un processus d'habituation prenne place, l'exposition doit être faite de façon très régulière, plusieurs fois par semaine.

Autres suggestions pratiques :

- Il est souvent utile de prévoir deux situations à pratiquer, car le patient peut avoir une situation de rechange à pratiquer si jamais il ne se sent pas capable de s'exposer à la première.
- On suggère de débiter les exercices d'exposition *in vivo* avec des situations qui correspondent à un NAS d'environ 40-50. Il peut être nécessaire de commencer avec une situation correspondant à un NAS

- plus bas si la personne est plus fragile (par exemple, si elle est plus à risque de dissociation) ou si elle présente une détresse plus importante.
- Il est préférable de varier le contexte pour limiter le risque de rechute. Par exemple, une personne qui s'expose à des terrains de stationnements aurait intérêt à s'exposer à plusieurs types de stationnements différents.
- Lorsque la victime a traversé toutes les étapes d'une situation et qu'elle ne se sente plus en danger, elle peut passer aux étapes d'une situation plus difficile à affronter (qui correspond à un NAS plus élevé).
- Durant les exercices, la victime doit remplir une grille d'auto-observation (voir section VII.XV) divisée en 3 sections principales, soient avant, pendant et après l'exposition.
 - Avant de débiter l'exercice: La personne doit indiquer la date et l'heure, son NAS et ses pensées.
 - Pendant l'exercice: Elle indique son NAS et ses pensées dans la grille.
 - À la fin de l'exercice: Elle note son NAS, ses pensées, ses commentaires et la durée de l'exercice en minutes.

Il est fortement suggéré que le thérapeute puisse être présent avec le client lors de la première séance d'exposition *in vivo* et au besoin pour d'autres séances. Le thérapeute peut ainsi observer ses symptômes, son niveau d'anxiété, ainsi que certains comportements d'autodistraktion dont la personne pourrait ne pas être consciente. Cette forme d'évitement, parfois subtile, peut nuire au processus thérapeutique, car la victime freine son anxiété par la distraction, ce qui interfère avec l'habituation. Le fait d'être présent lors de la première séance d'exposition peut aussi avoir un effet engageant et motivant à la thérapie.

À la fin d'une séance d'exercice d'exposition *in vivo*, la victime peut prendre quelques minutes pour un retour au calme avant de terminer de remplir la grille d'auto-observation. Elle peut utiliser l'une des stratégies d'apaisement enseignées.

V.XI.III.II Exposition par imagination

L'événement traumatique est probablement l'un des pires moments que le client ait vécu dans sa vie. Les souvenirs de cet événement étant chargés d'émotions négatives, le client cherche à éviter toutes pensées associées à ce moment pour ne pas ressentir la détresse qui y est associée. Mais malgré ses efforts, les souvenirs refont surface sous forme de reviviscences et de

cauchemars, car ils n'ont pas été intégrés à son expérience. De plus, au moment du trauma, plusieurs stimuli présents ont pu devenir associés à l'événement traumatique (par conditionnement classique). Chacun de ses stimuli conditionnés, si rencontrés dans une situation de la vie courante, peut potentiellement stimuler la «structure de peur», et une détresse importante chez la victime.

L'exposition par imagination, c'est raconter l'histoire de l'événement traumatique, mais contrairement à l'événement initial, la personne est cette fois-ci dans un lieu sécuritaire et elle connaît la fin de l'histoire. (Brillon, 2013) Cette stratégie permet de faire la «digestion», l'organisation et l'intégration émotionnelle des souvenirs de l'événement traumatique. Le client s'expose aux souvenirs de l'événement traumatique en racontant en détail ce qui s'est passé, ce qu'il a vécu. En faisant le récit de l'événement traumatique de façon répétée, une habitude s'établit : la détresse s'estompe graduellement au fur et à mesure des expositions.

À noter que l'objectif de cette stratégie thérapeutique n'est pas de faire resurgir des souvenirs enfouis du trauma. Il faut que la victime se souvienne de l'événement traumatique pour tenter l'exposition.

Déroulement de l'exposition par imagination

A. Psychoéducation

Avant de commencer l'exposition par imagination, il faut tout d'abord expliquer en quoi consiste cette stratégie thérapeutique, en expliquant quels sont les objectifs, les bénéfices et les risques de cette approche. Il faut expliquer les étapes du processus pour que le patient ait un bon aperçu de ce qui sera fait lors des séances de thérapie et entre les séances comme exercices à domicile.

Tout comme pour les séances d'exposition *in vivo*, il faut aviser le client qu'il est probable aussi qu'il note une augmentation temporaire des symptômes reviviscences, et donc de son anxiété et de sa détresse. Il faut se montrer rassurant et expliquer que c'est un phénomène normal, un signe que son cerveau est en train d'essayer d'intégrer le traumatisme, de le digérer. Il est important de rappeler à notre client que l'anxiété et les souvenirs traumatiques, quoique très désagréables, ne sont pas dangereux. C'est l'événement traumatique qui l'a été.

B. Déroulement de la première séance

Lors de la première séance d'exposition par imagination, il est sage de prévoir une rencontre d'au moins 90 minutes et d'en aviser le client. Ainsi, 40 minutes sont dévolues à l'exposition en tant que telle, ce qui devrait permettre une diminution de 50% de l'anxiété dans la plupart des cas, tout en s'assurant d'avoir le temps de faire un retour sur l'exercice d'exposition par la suite de façon à ce que le client ne soit plus en état de détresse au moment de quitter votre bureau.

Le thérapeute s'assure que le client est installé confortablement et l'informe que son récit sera enregistré en vue de faire des exercices à la maison aussi. Le thérapeute donne les consignes suivantes à son client : « Racontez-moi le fil de ce qui s'est passé lors de l'événement traumatique, mais au présent, comme si cela était en train de se passer au moment présent... Mettez le plus de détails de ce que vous voyez, de ce que vous entendez, de ce que vous vous percevez dans votre corps... Dites-moi les pensées qui vous passent par la tête, quelles sont vos émotions, comment vos émotions se manifestent dans votre corps... »

Le rôle du thérapeute en est un de facilitateur : il encourage le patient à poursuivre, ou encore de préciser ses émotions ou certains détails, tout en s'assurant de laisser le contrôle au client pour que le patient se connecte plus au vécu émotionnel associé aux souvenirs.

Le thérapeute demande au patient de coter son niveau d'anxiété sur une échelle de 0 à 100 (NAS) avant de débiter la narration (voir section VII.XVI). Par la suite, le NAS est demandé aux 5 minutes au cours de l'exposition. Le thérapeute note le NAS dans la grille dédiée et peut construire un graphique avec les valeurs pour montrer la progression du NAS au patient (voir section VII.XVII). Le patient doit donner le NAS en tentant de garder l'image du souvenir pour ne pas perdre le focus. Au besoin, le thérapeute peut demander au patient d'essayer de se centrer sur les pensées, les émotions ou les sensations corporelles vécues au moment du trauma.

Lorsque le patient a terminé de raconter l'événement traumatique une première fois, le thérapeute demande au patient de recommencer. La répétition de la narration est la clé dans le processus d'habituation. L'exposition doit se poursuivre jusqu'à ce que le NAS diminue d'au moins 50%.

À la fin de la séance d'exposition, il faut faire un retour avec le patient sur comment il a vécu sa première expérience d'exposition par imagination, sur

ses pensées et sur le tableau ou le graphique des NAS durant l'exposition. Il faut profiter de ce moment pour encourager et souligner le courage du patient.

Un temps est aussi dédié pour expliquer les exercices/devoirs qui seront à faire à domicile entre les séances.

C. Déroulement des séances suivantes: les «points chauds»⁷

Suite à la première séance et lors des séances suivantes, le thérapeute fait un retour avec le patient sur comment progresse l'exposition par imagination. Il lui demande s'il commence à noter une diminution de sa détresse et s'il y a une habitude qui est en train de s'établir. Au besoin, il faut identifier les pensées et les croyances en lien avec le trauma et les travailler en intégrant les techniques de restructuration cognitive pratiquées dans les premières séances de la thérapie.

Lors de chaque séance d'exposition, un nouvel enregistrement est fait et servira aux exercices à domicile de la semaine suivante.

Selon le souvenir traumatique du patient, il peut être nécessaire de cibler les «points chauds» (c.-à-d. ceux qui génèrent les émotions les plus intenses) et de les travailler de façon plus approfondie individuellement. Les «points chauds» sont travaillés lorsque le patient commence à ressentir une diminution de sa détresse face au souvenir traumatique. Ceci peut être commencé dès la deuxième séance d'exposition par imagination avec le thérapeute.

Les «points chauds» peuvent avoir été identifiés lors de la première séance par des NAS plus élevés à certains moments dans la narration. Sinon, le patient peut être en mesure d'identifier les sections dans le souvenir traumatique qui engendrent le plus de détresse. Lorsqu'il y a plusieurs «points chauds», il est préférable de faire une liste et de les classer en ordre croissant d'anxiété (NAS) (voir section VII.XVIII).

Durant une séance et à domicile, les «points chauds» sont travaillés un à la fois de façon répétée, du moins anxiogène au plus anxiogène, jusqu'à une diminution d'au moins 50% du NAS. Le thérapeute demande au patient de commencer la narration et lui dit de passer rapidement sur les détails jusqu'au moment du «point chaud» ciblé. Le patient raconte alors le segment du «point chaud» de façon plus détaillée en précisant ses sensations corporelles et ses pensées au moment précis de l'événement traumatique. Le thérapeute

⁷ Adapté de «Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD – A case formulation approach» de Zayfert, C. et Black Becker, C. (2007).

intervient à certains moments pour que le patient soit précis et détaillé dans sa narration. Lorsque le patient a terminé ce segment, le thérapeute lui demande de reculer dans l'histoire et de recommencer à raconter le segment du «point chaud» encore et encore jusqu'à une diminution d'au moins 50% du NAS.

À la fin de chaque séance d'exposition, un retour est fait avec le patient sur comment il a vécu la séance, sur le contenu de ses pensées et sur le tableau ou le graphique des NAS durant l'exposition avec la progression d'une séance à l'autre. Une période de temps est dédiée pour expliquer les exercices/devoirs d'exposition par imagination et *in vivo* qui seront à faire à domicile entre les séances.

Éventuellement, lorsque tous les «points chauds» ont été travaillés, le patient retourne à faire une narration complète du trauma. Ceci correspond en général à la dernière séance d'exposition par imagination.

D. Exercices à domicile

Les exercices à domicile consistent à écouter l'enregistrement de la séance d'exposition par imagination en gardant les yeux fermés pour améliorer le focus. Le patient doit idéalement écouter l'enregistrement à chaque jour sinon au moins 5 fois par semaine. Il poursuit l'écoute de l'enregistrement jusqu'à ce que le NAS diminue d'au moins 50%, ce qui peut prendre environ de 35 à 45 minutes ou plus.

Le thérapeute doit aviser le patient de choisir des moments favorables dans son horaire pour faire les exercices. Il ne faut que le patient soit distrait par des personnes ou par ses enfants durant l'écoute. Il est d'ailleurs recommandé que le patient fasse l'écoute de l'enregistrement seul, car une personne autre pourrait invalider la détresse du patient ou encore ressentir elle-même un état de détresse en entendant le récit. Il ne faut pas que le patient s'occupe à faire autre chose pendant l'écoute, car cela pourrait nuire au processus d'habitation. Le patient ne devrait pas faire les devoirs avant de se coucher pour ne pas nuire à la qualité du sommeil.

Le patient doit remplir une grille d'auto-observation pour faire un suivi de ses séances de devoirs à domicile (voir section VII.XIX). La grille doit être apportée à chaque séance avec le thérapeute pour suivre le progrès et discuter des exercices. Avant de débiter l'exercice, le patient doit noter son NAS. À la fin de la séance, le patient note son NAS au pic de son anxiété et son NAS à la fin. Le patient note aussi la durée de la séance et les commentaires qu'il juge pertinents comme ses pensées et son environnement au moment de l'écoute.

V.XI.III.III Problèmes rencontrés durant la thérapie par exposition⁸

Certains problèmes peuvent survenir en cours de thérapie par exposition prolongée. Il est important de faire des ajustements et d'adapter certains éléments pour que le patient puisse progresser et poursuivre la thérapie. Toutefois, il est important de ne pas tomber dans le piège de vouloir faire trop d'accommodement et ainsi renforcer indirectement les comportements d'évitement du patient. Il faut garder ce risque en tête tout en ayant une attitude respectueuse et de compassion envers le patient.

Situation A: Patient ne veut pas faire de l'exposition ou non adhérent aux exercices

Lorsque le patient ne souhaite pas tenter les stratégies d'exposition *in vivo* et par imagination malgré les explications préalables, il faut discuter et explorer les craintes du patient. Il n'est pas rare que le patient ait peur de perdre le contrôle de son anxiété durant l'exposition. Il faut alors discuter à nouveau des principes de cette stratégie et de la détresse que cause l'anxiété sans être dangereuse. Si le patient accepte de tenter l'exposition, il est alors pertinent de débiter l'exposition plus doucement. Pour l'exposition *in vivo*, il est possible de débiter avec des situations d'un NAS plus faible et qui ne sont pas directement liées au trauma, comme une situation qui est devenue conditionnée par le principe de généralisation. Pour l'exposition par imagination, il peut être nécessaire de débiter ou de faire l'exposition les yeux ouverts en narrant l'événement traumatique au passé plus longtemps. Il faut travailler en collaboration avec le patient et être encourageant. Selon la symptomatologie du patient, il peut aussi être utile de débiter par l'exposition par imagination plutôt que par l'exposition *in vivo*.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer une non-adhésion aux exercices d'exposition, il faut donc prendre le temps d'explorer la problématique avec le patient. Il peut s'agir d'un manque de temps, d'un manque de motivation, d'une peur de s'exposer aux situations plus difficiles, etc. Il faut refaire de la psychoéducation par rapport à la stratégie. Il faut rediscuter des objectifs du traitement et des objectifs personnels du patient quant à l'amélioration de son fonctionnement. Le thérapeute peut aider le patient à établir un agenda d'exposition pour réserver des moments précis pour faire les exercices.

⁸ Adapté de «Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders» de Leahy, R.L., Holland, S.J.F. et McGinn, L.K. (2011), «Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique» de Dre Pascale Brillon (2017) et «Prolonged Exposure Therapy for PTSD – Emotional Processing of Traumatic Experiences» de Edna B. Foa et coll. (2019)

Situation B: Patient très/trop anxieux

Lorsque l'anxiété est très marquée durant les premières séances d'exposition *in vivo*, il faut réévaluer l'ordre dans la hiérarchie et la corriger au besoin. Il est aussi possible de diviser les situations choisies en des étapes encore plus graduelles. Si le patient est très anxieux, il peut être pertinent qu'il soit accompagné au commencement de l'exposition *in vivo*. On suggère alors de ne pas discuter avec l'accompagnateur lors de l'exposition pour éviter de créer une distraction. Il faut éventuellement diminuer la présence de l'accompagnateur jusqu'à ce que le patient complète les exercices seul. Si l'anxiété devient très importante en cours d'exercice, il peut aussi être tenté de s'éloigner un peu de la situation ou de revenir à une étape précédente jusqu'à ce que l'anxiété diminue. Si le patient le souhaite, une étape intermédiaire peut être essayée avant de terminer la séance d'exposition.

Pour l'exposition par imagination, il est possible d'y aller plus progressivement (ex. : narration de l'événement traumatique en gardant les yeux ouverts et en racontant l'histoire au passé). Si le patient n'arrive pas à faire la narration à voix haute, il peut commencer par raconter l'événement en l'écrivant et en faire la lecture pour éventuellement arriver à le faire de vive voix. En cours de séance, il peut être nécessaire de revenir dans une partie moins anxiogène du récit de l'événement traumatique et d'attendre que l'anxiété de la victime diminue. Le thérapeute peut alors poser une question par rapport à cette section ou demander de raconter la section à nouveau.

Que ce soit durant une séance d'exposition *in vivo* ou par imagination, il est important de ne pas terminer l'exposition dans un état d'anxiété marqué. Autrement, cela renforce le sentiment de danger envers le stimulus par le conditionnement opérant. Même si ce n'est pas normalement recommandé d'utiliser des stratégies d'adaptation ou de relaxation pour diminuer l'anxiété, si le niveau d'anxiété devient insoutenable il peut être nécessaire de les employer. Cela pourrait permettre ensuite de poursuivre ou du moins éviter de terminer la séance sur un renforcement du sentiment de danger qui serait alors plus délétère au travail thérapeutique. Des techniques de restructuration cognitive peuvent aussi être employées.

Situation C: Patient qui dissocie en cours d'exposition

Selon la symptomatologie du patient, sa fragilité et ses comorbidités, par exemple un trouble de personnalité limite, il est pertinent de prendre le temps de faire de l'enseignement sur le phénomène de dissociation avant le début de l'exposition. En gardant une attitude de validation, il faut tenter

d'identifier les déclencheurs et les émotions qui surviennent avant un état de dissociation pour savoir quand le patient risque de dissocier.

Suite à un épisode de dissociation durant une séance d'exposition *in vivo* ou par imagination, il est possible de reprendre l'exposition plus lentement et de revenir une étape antérieure si la victime se sent prête de poursuivre. Toutefois, si la victime est trop fragile ou est trop sujette à un état de dissociation, il faut cesser l'exposition et favoriser une approche plus cognitive pour la suite de la thérapie.

Durant l'exposition par imagination, si le patient devient surchargé par les émotions, il peut avoir l'impression d'être réellement au moment du trauma, il peut avoir des flashbacks durant la séance et il ne peut plus se sentir connecté avec la réalité. Il faut revoir avec le patient les techniques d'encrage. Il faut valider avec le patient qu'il comprend que quoique douloureux le souvenir n'est pas dangereux en soi. Comme pour un patient très anxieux, on peut lui demander de garder les yeux ouverts en premier et de raconter le souvenir au temps passé. Le thérapeute peut intervenir pour permettre au patient de rester connecter et de ne pas dissocier. Si certains aspects du souvenir provoquent plus de détresse, le thérapeute peut faire avancer le patient plus rapidement en demandant ce qui est arrivé ensuite. Graduellement, le thérapeute s'implique moins. Sinon il peut être nécessaire de demander au patient d'écrire l'événement traumatique plutôt que de le narrer. Quand le patient s'habitue à l'écrire, il raconte à voix haute le souvenir traumatique.

Situation D: Patient ne développe pas d'anxiété durant l'exposition

Il faut tout d'abord vérifier avec le patient s'il n'a pas recours aux stratégies de distraction/de neutralisation et/ou de comportements sécurisants durant les séances d'exposition *in vivo* et par imagination. Il faut expliquer qu'il doit y avoir une montée d'anxiété pour permettre l'habituation par la suite. Il se peut qu'il ne soit pas conscient de la tendance à se distraire ou d'avoir recours aux comportements sécurisants. Il peut alors être utile d'être présent lors de la prochaine séance d'exercices d'exposition *in vivo* pour vérifier si le patient fait de l'autodistraktion. Le patient peut aussi faire de l'évitement cognitif pour se détacher de l'anxiété associée aux stimuli. Il faut aussi évaluer si les stimuli/situations choisis pour l'exposition sont de vrais stimuli d'anxiété. Il faut revoir la hiérarchie d'exposition *in vivo* si les situations sont trop faciles.

Il est probable qu'un patient ne développe pas ou développe peu d'anxiété durant l'exposition par imagination s'il n'accède pas au contenu émotionnel associé à l'événement traumatique. Le thérapeute doit s'assurer que le patient garde les yeux fermés au moment de la narration et qu'il raconte

le souvenir traumatique au temps présent. Le thérapeute peut demander des détails sur les pensées, les émotions, les sensations corporelles vécues au moment de l'événement traumatique. Toutefois, il ne faut pas que le thérapeute pose trop de questions, car cela pourrait aussi avoir l'effet d'un désengagement émotionnel chez le patient si la séance devient comme une discussion. Si malgré cela il n'y a pas d'amélioration, il faut explorer avec le patient ses craintes et ses pensées par rapport à l'exposition.

Situation E: Patient ne développe pas d'habituation

Il est probable que le patient ne fasse pas l'exposition assez longtemps ou assez souvent. Au besoin, il faut ajuster la durée des séances et des exercices. Sinon, il s'agit peut-être de stratégie de distraction ou de coping qui empêchent l'habituation. Il est pertinent de questionner le patient sur le contenu de ses pensées durant les séances d'exposition et entre les séances. Un sentiment de soulagement lorsqu'il termine les exercices d'exposition renforce la fausse impression de danger et nuit au processus d'habituation.

V.XII Maintien et prévention des rechutes

Pour favoriser le maintien des acquis, le thérapeute revoit avec le patient les principales étapes de la thérapie et considère faire un résumé avec le patient des techniques et des interventions qu'il a trouvé les plus utiles (voir section VII.XX). Il pourra se référer au besoin à son résumé en cas de difficulté.

De plus, on prévoit quelques entrevues de consolidation pour aider le patient à maintenir ses nouveaux acquis et ses nouvelles habitudes, par exemple, une ou deux entrevues à un, trois et six mois après la fin de la thérapie. Enfin, il est possible de préparer avec le patient une fiche de prévention des rechutes avec une liste de symptômes post-traumatiques qui peuvent indiquer un risque de rechute ainsi que les principales mesures à mettre en place en cas de rechute (voir section VII.XXI).

SECTION VI - PRINCIPALES ÉTAPES DU TRAITEMENT PAR EXPOSITION PROLONGÉE

Dans les différentes lignes directrices pour le traitement du TSPT (CANMAT 2014, APA 2017 et NICE 2018), il est recommandé que la TCCT offerte dure typiquement entre 8 et 12 séances de 60 ou 90 minutes. De plus, il est recommandé d'adapter et d'augmenter le nombre de séances au besoin. Des études concernant la durée du traitement sont également en cours (Sloan et coll., 2018).

Ce plan de thérapie est donc proposé à titre indicatif. La durée de la thérapie a été allongée afin d'inclure principalement les éléments de la thérapie cognitive (restructuration cognitive) et de la thérapie par exposition prolongée (*in vivo* et par imagination). Chez certains clients plus vulnérables, davantage de rencontres devront être consacrées à l'enseignement de stratégies d'autoapaisement et affectives, ou à développer une meilleure alliance thérapeutique. La durée suggérée de chaque séance est de 60 minutes sauf pour la première séance (ou les premières) d'exposition par imagination où il est recommandé de prévoir une durée de 90 minutes si possible.

Selon les besoins du patient, il faut offrir une certaine flexibilité quant au nombre de séances dédiées à chacune des sections de la thérapie. De plus, selon la présentation clinique du patient et sa fragilité, il se peut que certaines sections de la thérapie ne soient pas recommandées. Le déroulement et le nombre de séances devraient donc être ajustés en conséquence.

VI.I 1re à 2e ENTREVUES (ou plus)

ÉVALUATION, PHARMACOTHÉRAPIE, PSYCHOÉDUCATION, FIXER DES OBJECTIFS

1. Évaluation complète (voir section V - La thérapie pour le traitement du TSPT; sous-section V.III - Évaluation).
 - a. Établir un diagnostic et déterminer s'il y a présence de comorbidités tels un trouble dépressif, un trouble anxieux, une insomnie, etc. (voir section I - Introduction; sous-section I.IV - Comorbidités).
 - b. Vérifier la présence d'enjeux de personnalité (en particulier, un trouble de personnalité limite) et/ou de TSPT complexe.

***Notez bien :** En présence d'un TSPT complexe, d'enjeux sévères de la personnalité, d'une grande suicidalité et/ou d'un important trouble d'utilisation de substance ou d'alcool, prévoir une approche plus spécialisée que celle proposée dans ce guide.
 - c. Préciser le plus possible les stimuli associés au trauma, les facteurs de maintien (éviter, dissociation, etc.) et le fonctionnement actuel de la personne, car cela vous servira à préciser les objectifs de la thérapie. Par exemple, faire une liste des comportements d'évitement avec la personne.
 - d. Compléter les inventaires et les échelles pour le TSPT: inventaire PDI, questionnaire PDEQ, échelle IES-R, questionnaire PCL-5, échelle EMST. Au besoin, compléter les inventaires des comorbidités : inventaire de Beck pour la dépression et pour l'anxiété. (voir section II.III Inventaires et échelles de mesure utilisés au moment de l'évaluation).
2. Rencontrer les membres de la famille ou de l'entourage si indiqué.
3. Prescrire une médication si indiquée (voir section III - Traitement pharmacologique).
4. Psychoéducation sur le trouble de stress post-traumatique et sur la démarche de psychothérapie (voir section IV - TSPT selon le modèle cognitivo-comportemental et la section V - La thérapie pour le traitement du TSPT sous-section V.IV - Psychoéducation au patient).
5. S'entendre sur les objectifs de la thérapie (voir section V - La thérapie pour le traitement du TSPT; sous-section V.V - Établir des objectifs).

6. Travaux à domicile:

- a. Lecture de textes ou d'un livre pour mieux comprendre les causes et les étapes du traitement du Trouble de stress post-traumatique, par exemple, le manuel pour la clientèle et le livre de Pascale Brillon «Se relever d'un traumatisme, 5^e édition», parution en 2017.
- b. Remplir les questionnaires pertinents et non complétés durant la séance, par exemple le questionnaire PCL-5 et l'échelle EMST (voir section II.III Inventaires et échelles de mesure utilisés au moment de l'évaluation).

VI.II 3e à 5e ENTREVUES (ou plus)

STRATÉGIES D'APAISEMENT, STRATÉGIES AFFECTIVES, RESTRUCTURATION COGNITIVE

1. Suivi de l'évolution :
 - a. S'informer de l'évolution de la situation et de la symptomatologie. Assurez le suivi pharmacologique si nécessaire.
 - b. Le patient a-t-il débuté ou complété la lecture recommandée et les questionnaires fournis ? A-t-il des questions ?
2. Avant l'exposition, débiter l'enseignement sur les techniques d'apaisement pour permettre une meilleure régulation affective et un meilleur contrôle des pensées et des sensations physiques intrusives (voir section V - la thérapie pour le traitement du TSPT; sous-section V.VIII - stratégies d'apaisement).
 - a. Explication du principe des stratégies d'apaisement.
 - b. Démonstration de techniques d'apaisement en entrevue et exemples de moment où la personne peut utiliser les techniques à la maison.
 - c. Références (livres, balados de méditation, site internet, etc.) pour aider la personne à utiliser les techniques à domicile.
3. Avant l'exposition, débiter l'explication et utilisation de stratégies émotionnelles surtout si la personne présente de grandes difficultés de compréhension, d'expression et/ou de gestion émotionnelle (voir section V - La thérapie pour le traitement du TSPT; sous-section V.IX - Stratégies émotionnelles).
 - a. Explication de l'influence des affects sur l'évolution des symptômes post-traumatiques.
 - b. Réfléter et explorer des moments chargés émotionnellement en thérapie et bâtir une échelle des émotions si indiquée.
4. Avant l'exposition, débiter le travail sur la restructuration cognitive (voir section V - La thérapie pour le traitement du TSPT; sous-section V.X - Restructuration cognitive).
 - a. Explication des bases théoriques cognitives (voir section IV - TSPT selon le modèle cognitivo-comportemental; sous-section IV.I.II - Modèle cognitif).
 - b. Exploration d'une situation entraînant de la détresse, faire la grille d'auto-observation de la restructuration cognitive au besoin avec la personne, etc.

5. Travaux à domicile :
- a. Exercices de restructuration cognitive en s'inspirant de situations vécues.
 - b. Pratique de techniques d'apaisement au besoin.

VI.III 6e et/ou 7e ENTREVUES (ou plus)

EXPOSITION *IN VIVO*

1. Suivi de l'évolution et faire l'agenda de la séance.
 - a. S'informer de l'évolution de la situation et de la symptomatologie. Assurez le suivi pharmacologique si nécessaire.
 - b. Adresser les questionnements et les inquiétudes au besoin.
2. Retour sur les travaux à domicile.
 - a. Retour sur les exercices de restructuration cognitive
 - b. Retour sur les exercices d'exposition *in vivo* (si la 7e entrevue est aussi consacrée à l'exposition *in vivo* avec le thérapeute)
 - ***À noter:** Le patient poursuit son travail sur la restructuration cognitive tout au long de son parcours en thérapie. Éventuellement, il se peut que les exercices à domicile soient principalement sur l'exposition (*in vivo* et par imagination).
3. Poursuite du travail sur les stratégies d'apaisement, les stratégies émotionnelles et la restructuration cognitive (tout au long de la thérapie).
 - ***À noter:** Il est probable qu'au fur et à mesure que la thérapie avance et que le patient fait des progrès que la période de temps consacré à ce sujet s'écourte. Il est toutefois possible de prévoir une plus longue période de temps durant une séance selon les besoins du patient, par exemple, s'il est nécessaire de travailler des distorsions cognitives qui surgissent à nouveau et qui bloquent le processus d'habituation.
4. Psychoéducation sur l'exposition prolongée au traumatisme
 - a. Discuter en quoi consiste l'exposition prolongée et discuter comment cette stratégie permet d'aider les victimes de TSPT. (voir section IV - TSPT selon le modèle cognitivo-comportemental et voir section V - La thérapie pour le traitement du TSPT; sous-section V.XI Exposition prolongée au traumatisme)
 - b. Discuter des objectifs de l'exposition prolongée.
 - c. Discuter des risques et des bénéfices potentiels.
5. Débuter l'exposition *in vivo*
 - a. Explication et psychoéducation sur l'exposition *in vivo*. (voir section V - La thérapie pour le traitement du TSPT; sous-section V.XI.III.I - Exposition *in vivo*)

- b. Préparation à l'exposition *in vivo* (voir sous-section V.XI.III.I - Exposition *in vivo*)
 - i. Déterminer avec le patient la liste des stimuli/des situations à travailler durant l'exposition *in vivo*.
 - ii. Établir la hiérarchie des stimuli/des situations selon leur NAS qui sera travaillé par le patient.
 - iii. Construire une liste des étapes graduelles d'exposition pour les stimuli/ les situations choisis.
 - iv. Enseignement sur la grille d'auto-observation d'exposition *in vivo* qui sera complété avec le thérapeute pour la ou les premières fois puis par le patient durant les exercices à domicile.
- c. Mise en pratique
 - i. À chaque séance, le patient complète la grille d'auto-observation.
 - ii. Commencer par les situations plus faciles (NAS plus bas, par exemple 40-50) et augmenter graduellement le niveau de difficulté.
 - iii. Le patient s'expose à la situation choisie en commençant par les premières étapes de la liste. Le patient s'expose suffisamment longtemps. Il sent l'anxiété monter et éventuellement descendre d'au moins 50%. Il évite les comportements sécurisants qui nuisent au processus d'exposition et d'habituation. Progression graduelle dans les étapes d'exposition.
 - iv. Lorsque le niveau d'anxiété diminue suffisamment pour un stimulus ou une situation suite à l'exposition répétée. La démarche est recommencée pour la situation suivante dans la hiérarchie.

6. Travaux à domicile:

- a. Choisir deux stimuli ou situations à travailler à domicile. La deuxième servira si jamais le patient n'arrive pas à faire la première ou si la première est trop facile finalement.
- b. Pratiquer au moins 5 fois par semaine jusqu'à ce que le NAS diminue d'au moins 50% (environ 40-50 minutes par séance).
- c. À chaque séance, le patient doit compléter la grille d'auto-observation.

***À noter:** Si le fonctionnement du patient est principalement atteint par les comportements d'évitement dans des situations de la vie courante plutôt que par les souvenirs et les reviviscences de l'événement traumatique, il peut être nécessaire de consacrer plus de séances pour l'exposition *in vivo* avant de poursuivre l'exposition prolongée par l'exposition par imagination.

VI.IV 8e à 19e ENTREVUES (ou plus)

EXPOSITION PAR IMAGINATION

1. Suivi de l'évolution et faire l'agenda de la séance.
 - a. S'informer de l'évolution de la situation et de la symptomatologie. Assurez le suivi pharmacologique si nécessaire.
 - b. Adresser les questionnements et les inquiétudes au besoin.
2. Retour sur les travaux à domicile.
 - a. Retour sur les exercices de restructuration cognitive
 - b. Retour sur les exercices d'exposition *in vivo*
 - c. Retour sur les exercices d'exposition par imagination à partir de la 9e séance de thérapie.
 - ***À noter:** Le patient poursuit son travail sur la restructuration cognitive tout au long de son parcours en thérapie. Éventuellement, il se peut que le patient consacre principalement son temps aux exercices d'exposition (*in vivo* et par imagination).
3. Poursuite du travail sur les stratégies d'apaisement, les stratégies émotionnelles et la restructuration cognitive (tout au long de la thérapie).
 - ***À noter:** Il est probable qu'au fur et à mesure que la thérapie avance et que le patient fait des progrès que la période de temps consacré à ce sujet s'écourte. Il est toutefois possible de prévoir une plus longue période de temps durant une séance selon les besoins du patient, par exemple, s'il est nécessaire de travailler des distorsions cognitives qui surgissent à nouveau et qui bloquent le processus d'habituation.
4. Selon les besoins du patient, poursuivre le travail sur l'exposition *in vivo* en thérapie. Éventuellement, les séances de thérapie seront consacrées à l'exposition par imagination tandis que l'exposition *in vivo* sera poursuivie par le patient à domicile.
5. Débuter l'exposition par imagination
 - a. Explication et psychoéducation sur l'exposition par imagination. (voir section V - La thérapie pour le traitement du TSPT; sous-section V.XI.III.II - Exposition par imagination)
 - b. Préparation à l'exposition par imagination (voir sous-section V.XI.III.II - Exposition par imagination)
 - i. Durée de la pratique d'exposition par imagination en séance de thérapie:

1. Pour la première séance d'exposition par imagination, prévoir une séance de thérapie de 90 minutes si possible afin d'avoir 60 minutes consacrées à l'exposition.
2. Pour les séances de thérapie suivantes, prévoir 40 minutes pour faire l'exposition par imagination.
- ii. Le thérapeute informe le patient qu'il est enregistré pour pouvoir utiliser l'enregistrement pour les exercices à domicile.
- c. Mise en pratique
 - i. Le patient fait une narration détaillée de l'événement traumatique les yeux fermés, au temps présent.
 - ii. Lorsque terminé, le thérapeute invite le patient à recommencer la narration encore et encore jusqu'à ce qu'il y a une diminution d'au moins 50% du niveau d'anxiété.
 - iii. Le thérapeute demande le NAS au début puis aux 5 minutes durant la narration.
 - iv. À la fin, retour sur comment le patient a vécu la séance d'exposition par imagination.
 - v. À partir de la seconde séance d'exposition par imagination ou lorsque le patient est prêt, début du travail sur les «points chauds»:
 1. Faire une hiérarchie des «points chauds» à travailler
 2. Commencer par le «point chaud» qui occasionne le moins de détresse.
 3. Débuter la narration de l'événement traumatique en passant rapidement sur les segments qui précèdent le moment de l'histoire ciblé.
 4. Le patient raconte de façon très détaillée le «point chaud» ciblé. Le thérapeute intervient pour demander plus de détails sur les pensées, les sensations corporelles vécues au moment précis de l'événement.
 5. Lorsque terminé, le thérapeute invite le patient à recommencer la narration du segment ciblé encore et encore jusqu'à ce qu'il y ait une diminution d'au moins 50% du niveau d'anxiété.
 6. Progression dans la hiérarchie, lorsque le «point chaud» n'occasionne plus de détresse significative.
 7. Lorsque tous les «points chauds» ont été décortiqués, retour à une narration complète de l'événement traumatique (souvent la dernière séance d'exposition par imagination).

6. Travaux à domicile:

- a. Enseignement préalable sur la grille d'auto-observation à compléter durant les exercices.
- b. Le patient écoute l'enregistrement de la narration de l'événement traumatique de la séance précédente de façon répétée.
- c. Le patient complète la grille d'auto-observation à chaque pratique d'exposition par imagination.
- d. Pratique au moins 5 fois par semaine. Poursuite de l'écoute de l'enregistrement jusqu'à ce que le NAS diminue d'au moins 50%.

VI.V 20e ENTREVUE ET ENTREVUES DE CONSOLIDATION

TERMINAISON

1. Suivi de l'évolution.
2. Revoir avec le patient les principales étapes du traitement et les techniques trouvées les plus efficaces pour diminuer les symptômes post-traumatiques, améliorer le fonctionnement et diminuer la détresse psychologique. Discuter de la façon de les réutiliser dans le futur en cas de besoin.
3. Prévoir le suivi pharmacologique si nécessaire : psychiatre, médecin de famille ou autre.
4. Discuter de la possibilité de récurrence de symptômes dans le futur :
 - a. Discuter des symptômes laissant présager une détérioration psychologique.
 - b. Utiliser les outils appris pendant le traitement en cas de reprise de symptômes post-traumatiques.
 - c. Informer sur quand et qui consulter si nécessaire (parler des ressources disponibles, etc.)
5. Préparer les entrevues de consolidation si indiquées :
 - a. Revoir le patient au moins une ou deux fois quelques semaines ou quelques mois après la fin du traitement.
 - b. Discuter de l'évolution de la symptomatologie et des difficultés rencontrées.
 - c. En cas de difficultés, aider la personne à les surmonter au moyen des méthodes déjà apprises ou en se servant d'autres méthodes.
6. Si cela indiqué, faire part de sa disponibilité au cas où d'autres problèmes surviendraient dans le futur.

SECTION VII – INSTRUMENTS DE MESURE ET OUTILS DE TRAITEMENT

VII.I Liste des événements de vie

| Liste des événements de vie ⁹ | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Voici une liste de situations difficiles ou stressantes qu'une personne peut avoir traversée dans sa vie. Pour chaque situation, cochez une ou plusieurs cases pour indiquer que : (a) vous l'avez vécu personnellement; (b) vous en avez été directement témoin; (c) vous avez appris qu'un de vos proches a vécu une telle situation. | | | | |
| N'indiquez que les événements qui ont impliqué une <u>menace vitale</u> (à l'exception de la violence sexuelle). | | | | |
| Événement | | Cela m'est arrivé | J'en ai été témoin | Je l'ai appris |
| 1. | Victime de terrorisme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Catastrophe naturelle (incendie, ouragan, tornade, tremblement de terre, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Incendie ou explosion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Accident des transports (accident de voiture, de bateau, de bus, de train, d'avion, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Accident grave au travail, à domicile ou pendant des occupations de loisirs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Exposition à une substance toxique (produits chimiques dangereux, radiation, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Agression physique (avoir été attaqué, frappé, poignardé, battu, reçu des coups de pied, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Attaque à main armée (avoir été blessé par une arme à feu ou une arme tranchante, avoir été menacé avec un couteau, une arme à feu, une bombe, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Agression sexuelle (viol, tentative de viol, devoir accomplir un acte sexuel par la force ou sous les menaces) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Autre expérience sexuelle non désirée ou désagréable (abus sexuel dans l'enfance) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Participation à un conflit armé ou présence dans une zone de guerre (dans l'armée ou comme civil) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Captivité (avoir été kidnappé, enlevé, pris en otage, incarcéré comme prisonnier de guerre, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Maladie ou blessure mettant la vie en danger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. | Souffrances humaines intenses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Mort violente (homicide, suicide, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Décès subit et inattendu d'un proche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. | Blessure grave, dommage ou mort causé par vous à quelqu'un | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. | Toute autre expérience très stressante (négligence sévère dans l'enfance, torture) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. | Lequel des événements nommés ci-haut vous dérange le plus encore aujourd'hui? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mon «pire» événement est le No. _____ | | | | |

⁹ Avec l'autorisation du Dr Alain Brunet, Laboratoire de Recherche sur les Psychotraumatismes, Centre de Recherche Douglas : <https://douglas.research.mcgill.ca/fr/laboratoire-de-recherche-sur-les-psychotraumatismes>

VII.II Inventaire de détresse péritraumatique (PDI)

| Inventaire de détresse péritraumatique ¹⁰ | | | | | | |
|--|--|---------------------|----------------|----------------|--------------|---------------------|
| Veuillez compléter le test en entourant le nombre qui décrit le mieux l'expérience que vous avez vécue pendant l'événement traumatique et dans les minutes et les heures qui ont suivi. Si les items ne s'appliquent pas à votre expérience, veuillez entourer «pas du tout vrai». | | | | | | |
| | | Pas du tout vrai | Un peu vrai | Plutôt vrai | Très vrai | Extrêmement vrai |
| 1 | Je ressentais de l'impuissance | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Je ressentais de la tristesse et du chagrin | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Je me sentais frustré(e) et en colère | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | J'avais peur pour ma propre sécurité | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Je me sentais coupable | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | J'avais honte de mes réactions émotionnelles | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | J'étais inquiet(e) pour la sécurité des autres | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | J'étais horrifié(e) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements et des palpitations | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Je sentais que je pourrais m'évanouir | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Je pensais que je pourrais mourir | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

¹⁰ Avec l'autorisation du Dr Alain Brunet, Laboratoire de Recherche sur les Psychotraumatismes, Centre de Recherche Douglas : <https://douglas.research.mcgill.ca/fr/laboratoire-de-recherche-sur-les-psychotraumatismes>

Brunet, A., Weiss, D.S., Metzler, T.J., et coll. (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: A proposed Measure of PTSD criterion A2. American Journal of Psychiatry, 158, 1480-1485.

Jehel, L., Brunet, A., Paterniti, S., et coll. (2005). Validation of the French version of the Peritraumatic Distress Inventory. Canadian Journal of Psychiatry, 50, 67-71.

VII.III Questionnaire des expériences de dissociation péritraumatique (PDEQ)

| Questionnaire des expériences de dissociation péritraumatique ¹¹ | | | | | | |
|--|--|---------------------|-------------|----------------|--------------|---------------------|
| Complétez s'il vous plaît les énoncés qui suivent en entourant le nombre qui correspond au mieux à ce que vous avez ressenti pendant et immédiatement après l'événement. Si une proposition ne s'applique pas à votre expérience de l'événement, veuillez entourer «pas du tout vrai». | | | | | | |
| | | Pas du tout vrai | Un peu vrai | Plutôt vrai | Très vrai | Extrêmement vrai |
| 1 | Il y a eu des moments où j'ai perdu le fil de ce qui se passait – j'étais complètement déconnecté(e) ou, d'une certaine façon, j'ai senti que je ne faisais pas partie de ce qui se passait. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Je me suis retrouvée(e) sur «le pilote automatique», je me suis mis(e) à faire des choses que (je l'ai réalisé plus tard) je n'avais pas activement décidé de faire. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Ma perception du temps a changé, les choses avaient l'air de se dérouler au ralenti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Ce qui se passait me semblait irréel, comme si j'étais dans un rêve, ou au cinéma, en train de jouer un rôle. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | C'est comme si j'étais la spectatrice de ce qui m'arrivait, comme si je flottais au-dessus de la scène et l'observais de l'extérieur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Il y a eu des moments où la perception que j'avais de mon corps était distordue ou changée. Je me sentais déconnecté(e) de mon propre corps, ou bien il me semblait plus grand ou plus petit que d'habitude. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | J'avais l'impression que les choses qui arrivaient aux autres arrivaient à moi aussi, comme par exemple être en danger alors que je ne l'étais pas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | J'ai été surpris(e) de constater après coup que plusieurs choses s'étaient produites sans que je m'en rende compte, des choses que j'aurais habituellement remarquées. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | J'étais confus(e), c'est-à-dire que par moment j'avais de la difficulté à comprendre ce qui se passait vraiment. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | J'étais désorienté(e), c'est-à-dire que par moment, j'étais incertain(e) de l'endroit où je me trouvais ou de l'heure qu'il était. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

¹¹ Avec l'autorisation du Dr Alain Brunet, Laboratoire de Recherche sur les Psychotraumatismes, Centre de Recherche Douglas : <https://douglas.research.mcgill.ca/fr/laboratoire-de-recherche-sur-les-psychotraumatismes>

Marmar, C.R., Weiss, D.S., & Metzler, T.J. (1997). The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In Wilson J.P., Marmar C.R., (Eds.). Assessing psychological trauma and posttraumatic stress disorder (p. 412-428). New York : The Guilford Press.

Birmes, P., Brunet, A., Benoit, M., et coll. (2004). Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. European Psychiatry, 226, 1-7.

VII.IV Échelle IES-R (Impact of Event Scale-Revised)

Chaque item est coté de 0 à 4, 1 étant «pas du tout» et 4 étant «énormément». Le score de l'inventaire est obtenu en faisant la somme de la cote des 22 items.

L'interprétation des scores va comme suit :

| | |
|--------------|---|
| 1 à 11: | Peu de symptômes. Aucune action n'est requise. |
| 12 à 32 : | Bon nombre de symptômes. À surveiller. |
| 33 et plus : | Niveau significatif de symptômes. Une évaluation plus approfondie est requise. |

Échelle IES-R¹²

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire attentivement chaque item et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) pour chacune de ces difficultés au cours de ces 7 derniers jours, en ce qui concerne l'événement suivant :

Entourez la réponse correspondant à votre choix.

| | | Pas du tout | Un peu | Moyennement | Beaucoup | Énormément |
|----|--|-------------|--------|-------------|----------|------------|
| 1 | Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Je me suis réveillé la nuit. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Différentes choses m'y faisaient penser. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Je me sentais irritable et en colère. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Sans le vouloir, j'y repensais. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Je me suis tenu(e) loin de tout ce qui m'y faisait penser. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | Des images de l'événement surgissaient dans ma tête. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | J'essayais de ne pas y penser. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | J'avais du mal à m'endormir. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 | J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | J'avais du mal à me concentrer. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | J'ai rêvé à l'événement. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21 | J'étais aux aguets et sur mes gardes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22 | J'ai essayé de ne pas en parler. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

¹² Avec l'autorisation du Dr Alain Brunet, Laboratoire de Recherche sur les Psychotraumatismes, Centre de Recherche Douglas : <https://douglas.research.mcgill.ca/fr/laboratoire-de-recherche-sur-les-psychotraumatismes>

Weiss, D. S. & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In J. Wilson & T. Keane (Eds), Assessing psychological trauma and PTSD, 399-411. New York : Guilford.

Brunet A., St-Hilaire, A., Jehel, L., & King, S. (2003). Validation of a French version of the Impact of Event Scale-Revised. Canadian Journal of Psychiatry, 48, 56-61.

Weiss, D. (1996). Psychotraumatic review of the Impact of Events Scale – Revised. In B. H. Stamm (Ed.). Measurement of stress, trauma and adaptation. Lutherville, MD : Sidan Press.

VII.V Questionnaire PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DMS-5)

Chaque item est coté de 0 à 4, 0 étant «pas du tout» et 4 étant «extrêmement». Le score de l'inventaire est obtenu en faisant la somme de la cote des 20 items. Un score de 33 et plus est suggestif d'un TSPT.

PCL-5¹³

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et encercler le chiffre à droite pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté au cours du dernier mois.

Au cours du dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :

| | | Pas du tout | Un peu | Moyenne- ment | Beaucoup | Extrême- ment |
|----|---|-------------|--------|------------------|----------|------------------|
| 1 | Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Se sentir soudainement comme si l'expérience stressante recommençait (comme si vous la vivez de nouveau)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Être bouleversé lorsque quelque chose vous rappelle de l'expérience? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Réagir physiquement lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante (p. ex. avoir le cœur qui bat très fort, du mal à respirer, ou avoir des sueurs)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Éviter souvenirs, pensées, ou sentiments en lien avec l'expérience stressante? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | Éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (p. ex. des gens, des lieux, des conversations, des activités, des objets, ou des situations)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Avoir du mal à vous rappeler d'éléments importants de l'expérience stressante? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | Avoir des croyances négatives sur vous-même, les autres ou sur le monde (p. ex. avoir des pensées telles que je suis mauvais, il y a quelque chose qui cloche sérieusement chez moi, nul n'est digne de confiance, le monde est un endroit complètement dangereux)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | Vous blâmer ou blâmer les autres pour la survenue de l'expérience stressante ou ce qui est arrivé par la suite? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Perdre de l'intérêt pour les activités que vous aimiez auparavant? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Vous sentir distant ou coupé des autres? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (p. ex. être incapable de ressentir la joie ou de l'amour envers vos proches)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | Être irritable, avoir des bouffées de colère, ou agir agressivement? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 | Être «super-alerte», vigilant, ou sur vos gardes? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | Sursauter facilement? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | Avoir du mal à vous concentrer? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Avoir du mal à trouver ou garder le sommeil? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

¹³ Avec l'autorisation du Dr Alain Brunet, Laboratoire de Recherche sur les Psychotraumatismes, Centre de Recherche Douglas : <https://douglas.research.mcgill.ca/fr/laboratoire-de-recherche-sur-les-psychotraumatismes>

Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W. et Brunet, A. (2016). Psychometric validation of the english and french versions of the posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5). *Plos One*, 11(10), e0161645-e0161645.

VII.VI Inventaire de Beck pour la dépression

L'interprétation des résultats va comme suit :

| | |
|--------------|-----------------------------|
| 0 à 9 : | Normal |
| 10 à 19 : | Dépression légère |
| 20 à 25 : | Dépression modérée |
| 26 à 29 : | Dépression modérée à sévère |
| 30 à 40 : | Dépression sévère |
| 41 ou plus : | Dépression très sévère |

INVENTAIRE DE BECK POUR LA DÉPRESSION

Nom : _____

Date : _____

Résultat : _____

Ceci est un questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes :

1. Lisez attentivement toutes les phrases.
2. Placez un «X» dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez depuis une semaine et dans le moment présent.
3. Si plusieurs phrases vous conviennent, placez un «X» à chacune.

| | | | | | |
|-----|--|--|-----|---|---|
| 1. | 0 () 1 () 2 () 2 () 3 () | Je ne me sens pas triste. Je me sens morose ou triste. Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter. | 11. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. Je me sens irrité(e) tout le temps. Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement. |
| 2. | 0 () 1 () 2 () 2 () 3 () | Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. Je me sens découragé(e) à propos du futur. Je sens que je n'ai rien à attendre du futur. Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer. | 12. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout. |
| 3. | 0 () 1 () 2 () 2 () 3 () | Je ne sens pas que je suis un échec. Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme). | 13. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je prends des décisions aussi bien que d'habitude. J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout. |
| 4. | 0 () 1 () 2 () 2 () 3 () | Je ne suis pas particulièrement mécontent(e). Je me sens «tanné(e)» la plupart du temps. Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. Je suis mécontent(e) de tout. | 14. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. Je m'inquiète de paraître vieux(vieille) et sans attrait. Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait. Je me sens laid(e) et répugnant(e). |
| 5. | 0 () 1 () 1 () 2 () 3 () | Je ne me sens pas particulièrement coupable. Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne. Je me sens plutôt coupable. Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps. Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne. | 15. | 0 () 1 () 1 () 2 () 3 () | Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. J'ai besoin de me pousser fort pour faire quoi que ce soit. Je ne peux faire aucun travail. |
| 6. | 0 () 1 () 2 () 3 () 3 () | Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. Je sens que je suis ou serai puni(e). Je sens que je mérite d'être puni(e). Je veux être puni(e). | 16. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je peux dormir aussi bien que d'habitude. Je me réveille plus fatigué(e) que d'habitude. Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de cinq heures. |
| 7. | 0 () 1 () 1 () 2 () 3 () | Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même. Je suis déçu(e) de moi-même. Je ne m'aime pas. Je suis dégoûté(e) de moi-même. Je me hais. | 17. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. Je me fatigue plus facilement qu'avant. Je me fatigue à faire quoi que ce soit. Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit. |
| 8. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je ne sens pas que je suis pire que les autres. Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. Je me blâme pour mes fautes. Je me blâme pour tout ce qui m'arrive de mal. | 18. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Mon appétit est aussi bon que d'habitude. Mon appétit n'est plus aussi bon que d'habitude. Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. Je n'ai plus d'appétit du tout. |
| 9. | 0 () 1 () 2 () 2 () 3 () 3 () | Je n'ai aucune idée de me faire du mal. J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution. Je sens que je serais mieux mort(e). Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). J'ai des plans définis pour un acte suicidaire. Je me tuerais si je le pouvais. | 19. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu dernièrement). J'ai perdu plus de 5 livres. J'ai perdu plus de 10 livres. J'ai perdu plus de 15 livres. |
| 10. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je ne pleure pas plus que d'habitude. Je pleure plus maintenant qu'auparavant. Je pleure tout le temps maintenant. Je ne peux plus m'arrêter. Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux. | 20. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. Je suis préoccupé(e) par des maux ou des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens. |
| | | | 21. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe. |

VII.VII Inventaire de Beck pour l'anxiété

L'interprétation des résultats va comme suit :

| | |
|--------------|--------------------------|
| 0 à 9 : | Normal |
| 10 à 19 : | Anxiété légère |
| 20 à 25 : | Anxiété modérée |
| 26 à 29 : | Anxiété modérée à sévère |
| 30 à 40 : | Anxiété sévère |
| 41 ou plus : | Anxiété très sévère |

INVENTAIRE DE BECK POUR L'ANXIÉTÉ

Nom : _____ Date : _____ Résultat : _____

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en encerclant le chiffre approprié, à quel degré vous avez été affecté par chacun de ces symptômes *au cours de la dernière semaine*, aujourd'hui inclus.

| Au cours des 7 derniers jours, j'ai été affecté(e) par... | | Pas du tout | Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé(e) | Modérément C'était très déplaisant mais supportable | Beaucoup Je pouvais à peine le supporter |
|---|---|-------------|---|--|---|
| 1. | Sensations d'engourdissement ou de picotement | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. | Bouffées de chaleur | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. | «Jambes molles», tremblements dans les jambes | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. | Incapacité de se détendre | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. | Crainte que le pire ne survienne | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. | Étourdissement ou vertige, désorientation | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. | Battements cardiaques marqués ou rapides | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. | Mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. | Terrifié(e) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. | Nervosité | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. | Sensation d'étouffement | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. | Tremblements des mains | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. | Tremblements, chancelant(e) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. | Crainte de perdre le contrôle de soi | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. | Respiration difficile | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. | Peur de mourir | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. | Sensation de peur, «avoir la frousse» | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. | Indigestion ou malaise abdominal | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. | Sensation de défaillance ou d'évanouissement | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. | Rougisement du visage | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. | Transpiration (non associée à la chaleur) | 0 | 1 | 2 | 3 |

Utilisé par le Laboratoire d'Étude du Trauma
Traduction française : Mark Freeston (1989)

VII.VIII Aide-Mémoire pour l'évaluation du TSPT

AIDE-MÉMOIRE - Résumé de l'évaluation pour le TSPT¹⁴

Avant le traumatisme :

- ☐ Enfance et tempérament;
- ☐ ATCDs psychiatriques personnels et familiaux;
- ☐ ATCDs médicaux et chirurgicaux;
- ☐ ATCDs traumatiques et autres stressors de vie;
- ☐ Fonctionnement psychosocial et professionnel antérieur.

Durant le traumatisme :

- ☐ Date et lieu de l'événement;
- ☐ Sévérité;
- ☐ États émotionnels durant et peu après l'événement comme la peur de mourir, l'impuissance, la honte, la culpabilité, la colère, etc. Utilisation de l'échelle «Inventaire de détresse péritraumatique» au besoin;
- ☐ Présence ou non d'une réaction de dissociation. Utilisation de l'échelle «questionnaire des expériences de dissociation péritraumatique» au besoin.

Après le traumatisme :

- ☐ Le réseau de soutien;
- ☐ Santé mentale actuelle et comorbidités psychiatriques (trouble anxieux et dépressif, insomnie, idéations suicidaires, etc.);
- ☐ Essais pharmacologiques et psychologiques
- ☐ Habitudes de vie (drogue, alcool, alimentation, sport, etc.)
- ☐ Les stimulus associés aux déclenchements du système d'alarme;
- ☐ Les stratégies de gestion du stress comportementales et affectives (évaluation des facteurs de maintien : évitement, dissociation, etc.);
- ☐ Fonctionnement psychosocial et professionnel actuel;

¹⁴ Adapté du livre «Les troubles liés aux événements traumatiques» de Bond, S, Belleville, G, Guay, S (2019).

VII.IX Exercice - Échelle de gradation des émotions¹⁵

| | | |
|------|-----------------------|--|
| 1 = | Émotions: | |
| | Sensations physiques: | |
| 2 = | Émotions: | |
| | Sensations physiques: | |
| 3 = | Émotions: | |
| | Sensations physiques: | |
| 4 = | Émotions: | |
| | Sensations physiques: | |
| 5 = | Émotions: | |
| | Sensations physiques: | |
| 6 = | Émotions: | |
| | Sensations physiques: | |
| 7 = | Émotions: | |
| | Sensations physiques: | |
| 8 = | Émotions: | |
| | Sensations physiques: | |
| 9 = | Émotions: | |
| | Sensations physiques: | |
| 10 = | Émotions: | |
| | Sensations physiques: | |

¹⁵ Adapté de «Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique» de Dre Pascale Brillon (2005)

VII.X Exercice – Grille d’auto-observation de la restructuration cognitive¹⁶

| Situation | Émotions/ Symptômes physiologiques | Comportements | Pensées automatiques et attributions |
|-------------------------------|--|--|--|
| Ex.: Sortir seul de la maison | Peur: 7/10 Hypervigilance: 8/10 Tension musculaire et palpitations | Marcher rapidement, surveiller attentivement les autres | Je pourrais me faire attaquer; Je ne peux pas faire confiance à personne |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

¹⁶ Adapté de «Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique» de Dre Pascale Brillon (2005)

VII.XI Exercice – Restructuration cognitive avec questionnement socratique

Situation et pensées automatiques :

1- Quelles sont les preuves appuyant ma pensée ?

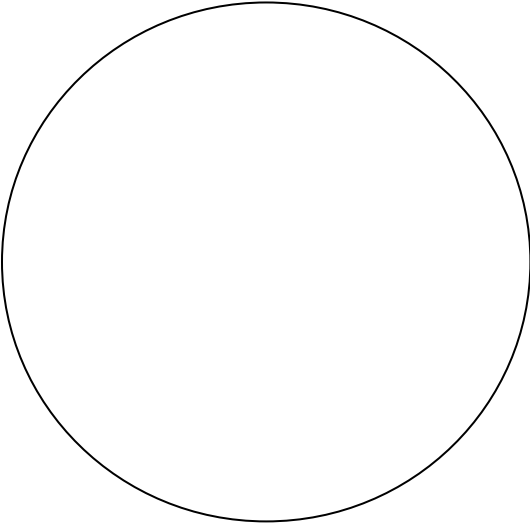
2- Quelles sont les preuves réfutant ma pensée ?

3- Est-ce qu'il y a une autre façon d'interpréter la même situation?

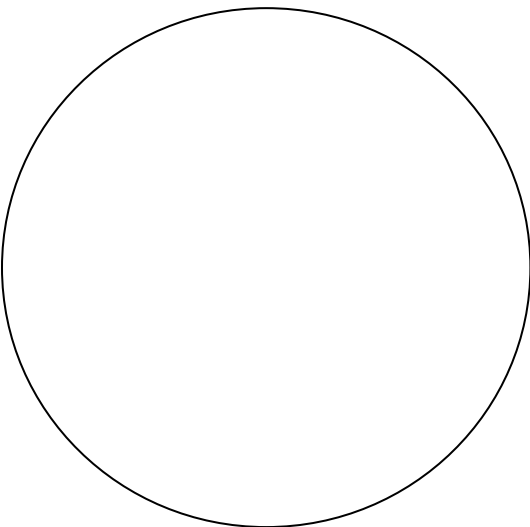
4- Si on suppose que l'hypothèse est vraie, quels sont les conséquences et les risques réalistes? Quel est le pire scénario? Comment y faire face? Est-ce possible de s'adapter?

VII.XII Exercice – Tarte des hypothèses¹⁷

Situation/Comportement/Émotions:



Situation/Comportement/Émotions :



¹⁷ Adapté de «Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique» de Dre Pascale Brillon (2005)

VII.XIII Exercice – Hiérarchie des stimuli et des situations¹⁸

| Hiérarchie des stimuli/situations selon leur NAS | | |
|--|--|-------|
| 1. | | NAS : |
| 2. | | NAS : |
| 3. | | NAS : |
| 4. | | NAS : |
| 5. | | NAS : |
| 6. | | NAS : |
| 7. | | NAS : |
| 8. | | NAS : |
| 9. | | NAS : |
| 10. | | NAS : |
| ... | | NAS : |

¹⁸ Adapté de «Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique» de Dre Pascale Brillon (2017) et «Prolonged Exposure Therapy for PTSD – Emotional Processing of Traumatic Experiences» de Edna. B. Foa et coll. (2019).

VII.XIV Exercice – Étapes de progression de l'exposition à une situation¹⁹

| | |
|----------------------------------|--|
| Étapes de la situation # : _____ | |
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |
| 6. | |
| 7. | |
| 8. | |
| 9. | |
| 10. | |
| ... | |

¹⁹ Adapté de «Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique» de Dre Pascale Brillon (2017).

VII.XV Exercice – Grille d’auto-observation d’exposition in vivo²⁰

| Grille d’auto-observation d’exposition <i>in vivo</i> de la situation #: | | | | | | |
|--|----------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------|----------------------------------|
| Étape: | Date et heure: | NAS avant: | NAS pendant: | NAS après: | Durée: | Commentaires: |
| | | Pensées: _____ _____ | Pensées: _____ _____ | Pensées: _____ _____ | | _____ _____ _____ _____ |
| | | Pensées: _____ _____ | Pensées: _____ _____ | Pensées: _____ _____ | | _____ _____ _____ _____ |
| | | Pensées: _____ _____ | Pensées: _____ _____ | Pensées: _____ _____ | | _____ _____ _____ _____ |
| | | Pensées: _____ _____ | Pensées: _____ _____ | Pensées: _____ _____ | | _____ _____ _____ _____ |
| | | Pensées: _____ _____ | Pensées: _____ _____ | Pensées: _____ _____ | | _____ _____ _____ _____ |
| | | Pensées: _____ _____ | Pensées: _____ _____ | Pensées: _____ _____ | | _____ _____ _____ _____ |

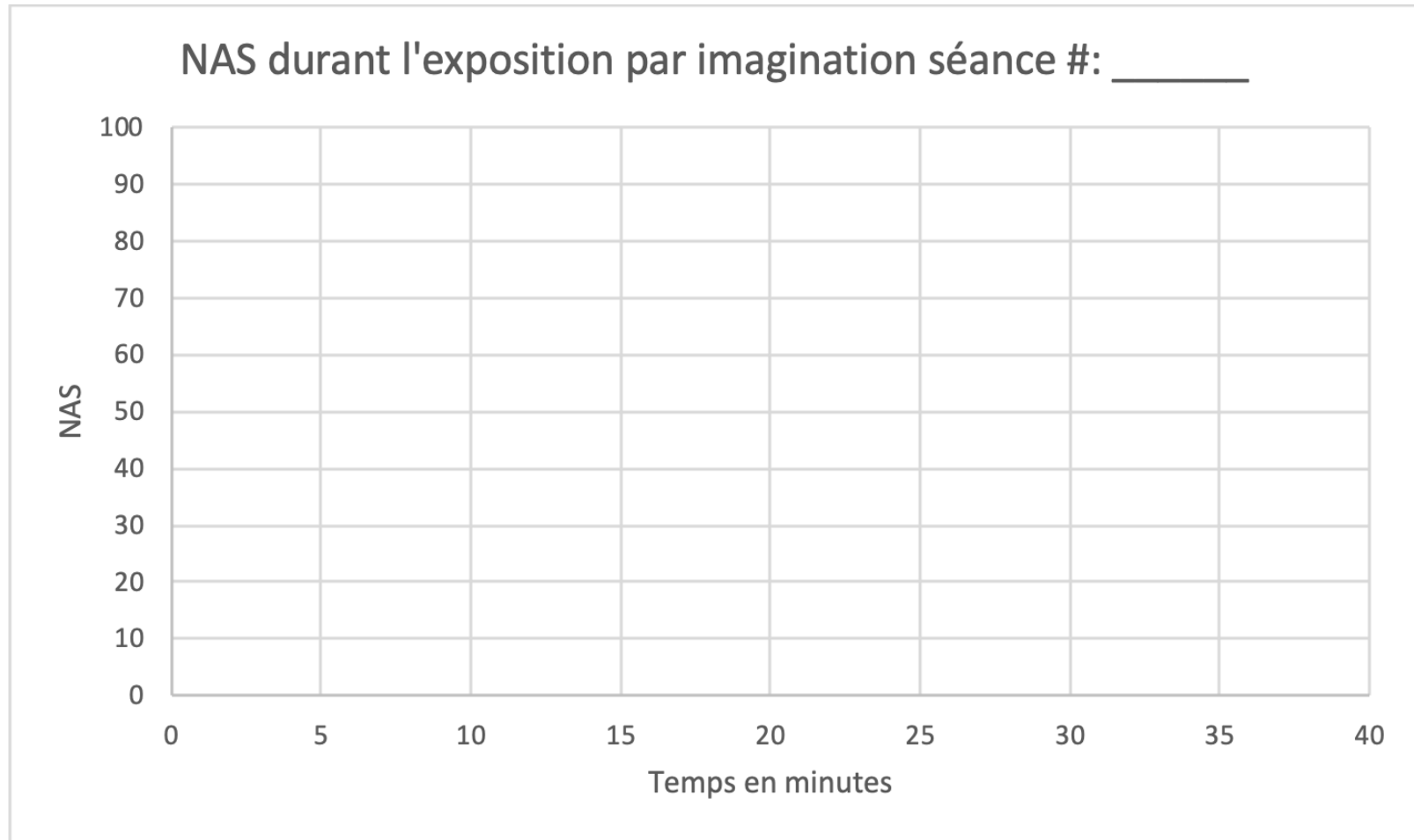
²⁰ Adapté de «Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique» de Dre Pascale Brillon (2017) et «Prolonged Exposure Therapy for PTSD – Emotional Processing of Traumatic Experiences» de Edna. B. Foa et coll. (2019).

VII.XVI Exercice – Grille des NAS durant l'exposition par imagination²¹

| | | |
|--|--------------|----------------|
| NAS durant l'exposition par imagination séance # : _____ | | |
| TEMPS: | NAS : | NOTES : |
| 0 minute | | |
| 5 minutes | | |
| 10 Minutes | | |
| 15 minutes | | |
| 20 minutes | | |
| 25 minutes | | |
| 30 minutes | | |
| 35 minutes | | |
| 40 minutes | | |

²¹ Adapté de «Prolonged Exposure Therapy for PTSD – Emotional Processing of Traumatic Experiences» de Edna B. Foa et coll. (2019).

VII.XVII Exercice – Graphique des NAS durant l'exposition par imagination²²



²² Adapté de «Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique» de Dre Pascale Brillon (2017) et «Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD- A case formulation approach» de Claudia Zayfert et Carolyn Black Becker (2007)

VII.XVIII Exercice – Hiérarchie des «points chauds»

| Hiérarchie des «points chauds» à travailler durant l'exposition | | |
|---|--|-------|
| 1. | | NAS : |
| 2. | | NAS : |
| 3. | | NAS : |
| 4. | | NAS : |
| 5. | | NAS : |
| 6. | | NAS : |
| 7. | | NAS : |
| 8. | | NAS : |
| 9. | | NAS : |
| 10. | | NAS : |

VII.XIX Exercice - Grille d'auto-observation d'exposition par imagination²³

| Grille d'auto-observation d'exposition par imagination: | | | | | | |
|---|-------|------------|--------------|------------|--------|-------------------------|
| Pratique #: | Date: | NAS avant: | NAS pendant: | NAS après: | Durée: | Commentaires: |
| | | | | | | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
| | | | | | | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
| | | | | | | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
| | | | | | | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
| | | | | | | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
| | | | | | | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |

²³ Adapté de «Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique» de Dre Pascale Brillon (2017), «Prolonged Exposure Therapy for PTSD – Emotional Processing of Traumatic Experiences» de Edna B. Foa et coll. (2019) et «Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD- A case formulation approach» de Claudia Zayfert et Carolyn Black Becker (2007)

VII.XX Fiche thérapeutique – Résumé de la thérapie avec les outils

Ressortez toutes les feuilles d'exercices, les prescriptions de travaux à domicile et les lectures que vous avez faites dans le cadre de votre thérapie. Jetez-y un coup d'œil sans tout relire en détail dans le but de vous remettre en tête tout ce que vous avez fait dans cette thérapie. Notez ci-dessous ce qui vous a été le plus utile. Il s'agit d'un résumé très personnel. Il n'a pas pour but d'être complet, mais bien d'identifier les outils qui vous ont été utiles pour augmenter vos chances de les intégrer dans votre quotidien à long terme.

VII.XXI Fiche de prévention des rechutes²⁴

| Est-ce que je fais une rechute? | |
|---------------------------------|--|
| Situations à risque | Quoi faire si je crois qu'il peut s'agit d'une rechute |
| Symptômes* | |

* Décrivez ici les symptômes qui apparaissent lorsque vous faites une rechute. Portez une attention particulière à ceux qui sont les premiers à se présenter. Inscrivez bien en quoi ils sont différents des hauts et bas de votre fonctionnement habituel. Il serait préférable d'écrire quelque chose comme « Je ne dors pas plus de quatre heures par nuit presque tous les soirs pendant plusieurs semaines » plutôt que de se limiter à « Je ne dors pas bien ». /

²⁴ Goulet, J. 2012

SECTION VIII – RÉFÉRENCES POUR LES PATIENTS

VIII.I Livres

Brillon, P. (2017). *Se relever d'un traumatisme : Réapprendre à vivre et à faire confiance*. Québec : Les éditions Québec-Livres.

Brillon, P. (2012). *Quand la mort est traumatique : Passer du choc à la sérénité*. Québec : Quebecor.

Foa, E.B. & Rothbaum, B.O. (2012). *Revivre après un viol: comprendre son traumatisme, faire le point sur soi-même, s'engager dans le traitement*. Dunod.

Rothbaum, B.O., Foa, E.B. & Hembree, E. (2007). *Reclaiming your life from a traumatic experience: A prolonged exposure treatment program workbook*. Oxford University Press.

O'Hare, D. (2019). *Cohérence cardiaque 365 : Le guide de respiration antistress*. France :Éditions Thierry Souccar.

VIII.II Sites internet et applications

<https://tccmontreal.com/>

<https://www.psychopap.com/>

<http://www.info-trauma.org/fr/accueil>

<https://cavac.qc.ca/>

Cohérence cardiaque :

<https://www.youtube.com/watch?v=dGJkzyKHKUE>

<https://www.youtube.com/watch?v=zM2gg8kYKyE>

RespiRelax+ : sur Android et iOS, en anglais et en français

Respiration diaphragmatique :

http://www.cscp.umontreal.ca/documents/Carton_Respiration_diaphragmatique_F.pdf

<https://www.youtube.com/watch?v=14jwlvCbL6g>

Pleine conscience et méditation :

<https://tccmontreal.com/mbct/>

<https://www.psychopap.com/atelier-mediter-pour-ne-plus-stresser/>

Petit Bambou : sur Android et iOS, en anglais et en français

Headspace : sur Android et iOS, en anglais et en français

Calm : sur Android et iOS, en anglais et en français

Relaxation progressive de Jacobson :

<https://tccmontreal.files.wordpress.com/2016/03/la-relaxation-progressive-de-jacobson-instructions.pdf>

VIII.III Groupes de soutien

CAVAC. Centre d'aide aux victimes d'actes criminels.

REVIVRE. Organisme québécois de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires.

ACSM. Association canadienne pour la santé mentale.

SECTION IX - BIBLIOGRAPHIE

American Psychiatric Association. (2017). Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. <https://www.apa.org/ptsd-guideline>

American Psychiatric Association. (2015). DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 5e éd.). Elsevier Masson.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Amoroso, T., & Workman, M. (2016). Treating posttraumatic stress disorder with MDMA-assisted psychotherapy: A preliminary meta-analysis and comparison to prolonged exposure therapy. *Journal of psychopharmacology* (Oxford, England), 30(7), 595–600. <https://doi.org/10.1177/0269881116642542>

Asmundson, G., Thorisdottir, A. S., Roden-Foreman, J. W., Baird, S. O., Witcraft, S. M., Stein, A. T., Smits, J., & Powers, M. B. (2019). A meta-analytic review of cognitive processing therapy for adults with posttraumatic stress disorder. *Cognitive behaviour therapy*, 48(1), 1–14. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1522371>

Bajor, L., Ticlea, A. & Osser, D. N. (2020, septembre). Posttraumatic Stress. *Psychopharmacology Algorithms*. https://psychopharm.mobi/algo_live/#

Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias. A Cognitive Perspective* (pp. 300-368). New York: Basic Books.

Beck, J.S., Beck, A.T. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*, 1st Edition. New York: The guilford press.

Birmes, P., Brunet, A., Benoit, M., Defer, S., Hatton, L., Sztulman, H., & Schmitt, L. (2005). Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. *European psychiatry : the journal of the Association of*

European Psychiatrists, 20(2), 145–151.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.06.033>

Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. The Cochrane database of systematic reviews, 2013(12), CD003388.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub4>

Bodin, L. (2017, 29 mai). *La respiration abdominale* [vidéo]. Youtube.
<https://www.youtube.com/watch?v=IjJeCB4juEo>

Bond, S, Belleville, G, Guay, S (2019). Les troubles liés aux événements traumatiques. Sainte-Foy: Les Presses de l'université Laval.

Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. Journal of consulting and clinical psychology, 68(5), 748–766.
<https://doi.org/10.1037//0022-006x.68.5.748>

Brillon, P. (2017). Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique (6e édition). Outremont : Les éditions Quebecor Média inc.

Brillon, P. (2013). Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique (5e édition). Outremont : Les éditions Quebecor Média inc.

Brillon, P. (2005). Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique (2e édition). Outremont : Les éditions Quebecor Média inc.

Brillon, P. (2015) Comment aider les victimes souffrant de TSPT – Guide de pratique.

Brillon, P (2004). Se relever d'un traumatisme. Outremont : Les éditions Quebecor Média inc.

Brillon, P., Marchand, A. et Stephenson, R. (1996). Conceptualisations étiologiques du trouble de stress post-traumatique : description et analyse critique. Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive, 1(1), 1–13

- Brunet, A. (2009). Espace professionnel & formation. Info-Trauma. <http://www.info-trauma.org/fr/formation>
- Brunet, A., Poundja, J., Tremblay, J., Bui, E., Thomas, E., Orr, S. P., Azzoug, A., Birmes, P., & Pitman, R. K. (2011). Trauma reactivation under the influence of propranolol decreases posttraumatic stress symptoms and disorder: 3 open-label trials. *Journal of clinical psychopharmacology*, 31(4), 547–550. <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e318222f360>
- Brunet, A., Saumier, D., Liu, A., Streiner, D. L., Tremblay, J., & Pitman, R. K. (2018). Reduction of PTSD Symptoms With Pre-Reactivation Propranolol Therapy: A Randomized Controlled Trial. *The American journal of psychiatry*, 175(5), 427–433. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17050481>
- Brunet, A., St-Hilaire, A., Jehel, L., & King, S. (2003). Validation of a French version of the impact of event scale-revised. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 48(1), 56–61. <https://doi.org/10.1177/070674370304800111>
- Brunet, A., Weiss, D. S., Metzler, T. J., Best, S. R., Neylan, T. C., Rogers, C., Fagan, J., & Marmar, C. R. (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: a proposed measure of PTSD criterion A2. *The American journal of psychiatry*, 158(9), 1480–1485. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.9.1480>
- Centre d'aide aux victimes d'actes criminels. (2020) Dépliants et brochures - Techniques de relaxation. <https://cavac.qc.ca/wp-content/uploads/2019/07/cavac-techniques-de-relaxation.pdf>
- Centre de santé et de consultation psychologique de l'Université de Montréal. (2011, novembre). *Apprentissage de la respiration diaphragmatique*. http://www.cscp.umontreal.ca/documents/Carton_Respiration_diaphragmatique_F.pdf
- Chaloult, L., Ngo, T. L., Goulet, J., & Cousineau, P (2008). La thérapie cognitivo-comportementale: théorie et pratique. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Cognitive Behavioral Therapy Los Angeles. (s.d.). CBT Treatment for PTSD. <https://cogbtherapy.com/ptsd-trauma-treatment>

- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., Doyle, W. J., Miller, G. E., Frank, E., Rabin, B. S., & Turner, R. B. (2012). Chronic stress, glucocorticoid receptor resistance, inflammation, and disease risk. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109(16), 5995–5999. <https://doi.org/10.1073/pnas.1118355109>
- Coventry, P. A., Meader, N., Melton, H., Temple, M., Dale, H., Wright, K., Cloitre, M., Karatzias, T., Bisson, J., Roberts, N. P., Brown, J., Barbui, C., Churchill, R., Lovell, K., McMillan, D., & Gilbody, S. (2020). Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: Systematic review and component network meta-analysis. *PLoS medicine*, 17(8), e1003262. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003262>
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: an inhibitory learning approach. *Behaviour research and therapy*, 58, 10–23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., Feltner, C., Brownley, K. A., Olmsted, K. R., Greenblatt, A., Weil, A., & Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 43, 128–141. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003>
- Douglas Research Centre (s.d.). *Research Laboratory on Psychological Trauma*. <https://douglas.research.mcgill.ca/research-laboratory-psychological-trauma>
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2008). Post-traumatic stress disorder: the development of effective psychological treatments. *Nordic journal of psychiatry*, 62 Suppl 47(Suppl 47), 11–18. <https://doi.org/10.1080/08039480802315608>
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319–345. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00123-0)
- Foa, E. B., Gillihan, S. J., & Bryant, R. A. (2013). Challenges and Successes in Dissemination of Evidence-Based Treatments for Posttraumatic Stress: Lessons Learned From Prolonged Exposure Therapy for PTSD. *Psychological science in the public interest : a journal of the American Psychological Society*, 14(2), 65–111. <https://doi.org/10.1177/1529100612468841>

- Foa, E.B., Hembree, E.A., Olasov Rothbaum, B. & Rauch, S.A.M. (2019). Prolonged Exposure Therapy for PTSD – Emotional Processing of Traumatic Experiences (2e éd). Oxford University Press.
- Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J., & Cohen, J.A. (Eds.). (2008). Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the international society for traumatic stress studies (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Foa, E. B., & McLean, C. P. (2016). The Efficacy of Exposure Therapy for Anxiety-Related Disorders and Its Underlying Mechanisms: The Case of OCD and PTSD. Annual review of clinical psychology, 12, 1–28. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093533>
- Foa, E.B., Steketee, G., Rothbaum, B.O., 1989. Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. Behavior Therapy [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(89\)80067-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(89)80067-X).
- Forman-Hoffman, V., Middleton, J. C., Feltner, C., Gaynes, B. N., Weber, R. P., Bann, C., Viswanathan, M., Lohr, K. N., Baker, C., & Green, J. (2018). Psychological and Pharmacological Treatments for Adults With Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review Update. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Fortier, D. (2017, 30 avril). *Comment bien faire la respiration abdominale* [vidéo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=14jwlvCbL6g>
- Galovski, T. E., Blain, L. M., Mott, J. M., Elwood, L., & Houle, T. (2012). Manualized therapy for PTSD: flexing the structure of cognitive processing therapy. Journal of consulting and clinical psychology, 80(6), 968–981. <https://doi.org/10.1037/a0030600>
- George, K. C., Kebejian, L., Ruth, L. J., Miller, C. W., & Himelhoch, S. (2016). Meta-analysis of the efficacy and safety of prazosin versus placebo for the treatment of nightmares and sleep disturbances in adults with posttraumatic stress disorder. Journal of trauma & dissociation : the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD), 17(4), 494–510. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1141150>

- Gill, J. M., Saligan, L., Woods, S., & Page, G. (2009). PTSD is associated with an excess of inflammatory immune activities. *Perspectives in psychiatric care*, 45(4), 262–277. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00229.x>
- Green B. Trauma History Questionnaire. In B. H. Stamm (ed.). *Measurement of Stress, Trauma, and Adaptation*. Lutherville, MD: Sidran Press, 1996, pp.366-369.
- Guay, S., Marchand, A., Iucci, S., & Martin, A. (2002). Validation de la version Québécoise de l'Échelle Modifiée des Symptômes du Trouble de Stress Post-Traumatique auprès d'un échantillon clinique [Validation of the French-Canadian version of the Modified Post-Traumatic Symptom Scale in a clinical setting]. *Revue Québécoise de Psychologie*, 23(3), 257–269.
- Guideline Development Panel for the Treatment of PTSD in Adults, American Psychological Association (2019). Summary of the clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults. *The American psychologist*, 74(5), 596–607. <https://doi.org/10.1037/amp0000473>
- Horowitz, M. J. (1993). Stress-response syndromes: A review of posttraumatic stress and adjustment disorders. In J. P. Wilson & B. Raphael (Eds.), *The Plenum series on stress and coping. International handbook of traumatic stress syndromes* (p. 49–60). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-2820-3_4
- Horowitz M. J. (1986). Stress-response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hospital & community psychiatry*, 37(3), 241–249. <https://doi.org/10.1176/ps.37.3.241>
- Hoskins, M. D., Sinnerton, R., Nakamura, A., Underwood, J., Slater, A., Lewis, C., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Lee, M., & Clarke, L. (2021). Pharmacological-assisted Psychotherapy for Post-Traumatic Stress Disorder: a systematic review and meta-analysis. *European journal of psychotraumatology*, 12(1), 1853379. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1853379>
- Husarewycz, M. N., El-Gabalawy, R., Logsetty, S., & Sareen, J. (2014). The association between number and type of traumatic life experiences and physical conditions in a nationally representative sample. *General hospital psychiatry*, 36(1), 26–32. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.06.003>

Institut national de santé publique du Québec. (2019, 19 mars). Fiches pour les instruments de mesure standardisés recommandés. <https://www.inspq.qc.ca/boite-outils-pour-la-surveillance-post-sinistre-des-impacts-sur-la-sante-mentale/instruments-de-mesure-standardises/fiches-pour-les-instruments-de-mesure-standardises-recommandes/symptomes-de-stress-post-traumatique>

Janoff-Bulman, Ronnie (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York: The Free Press

Jehel, L., Brunet, A., Paterniti, S., & Guelfi, J. D. (2005). Validation de la version française de l'inventaire de détresse péritraumatique [Validation of the Peritraumatic Distress Inventory's French translation]. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 50(1), 67–71. <https://doi.org/10.1177/070674370505000112>

Jehel, L., Paterniti, S., Brunet, A., Louville, P., & Guelfi, J. D. (2006). L'intensité de la détresse péritraumatique prédit la survenue des symptômes post-traumatiques parmi des victimes d'agressions [Peritraumatic distress prospectively predicts PTSD symptoms in assault victims]. *L'Encephale*, 32(6 Pt 1), 953–956. [https://doi.org/10.1016/s0013-7006\(06\)76272-8](https://doi.org/10.1016/s0013-7006(06)76272-8)

Jones, J. C., & Barlow, D. H. (1990). The etiology of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 10, 299–328.

Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1995). Psychosocial perspectives on post-traumatic stress. *Clinical Psychology Review*, 15(6), 515–544. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(95\)00029-O](https://doi.org/10.1016/0272-7358(95)00029-O)

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

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S.,

- Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J. P., Levinson, D., Navarro-Mateu, F., ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European journal of psychotraumatology*, 8(sup5), 1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Leahy, R.L., Holland, S.J.F. & McGinn, L.K. (2011). *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders* (2e éd.). Guilford Press. p.265-305
- Lexicomp. UpToDate, Inc.; March 22, 2021.
- Löwe, B., Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Mussell, M., Rose, M., Wingefeld, K., Sauer, N., & Spitzer, C. (2011). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in primary care patients: cross-sectional criterion standard study. *The Journal of clinical psychiatry*, 72(3), 304–312. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05290blu>
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., & Metzler, T.J. (1997). The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In Wilson J.P., Marmar C.R., (Eds.). *Assessing psychological trauma and posttraumatic stress disorder* (p. 412-428). New York: The Guilford Press.
- Morgan L. (2020). MDMA-assisted psychotherapy for people diagnosed with treatment-resistant PTSD: what it is and what it isn't. *Annals of general psychiatry*, 19, 33. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00283-6>
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. John Wiley & Sons Inc.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018, 5 décembre). Post-traumatic stress disorder. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- O'Donovan, A., Cohen, B. E., Seal, K. H., Bertenthal, D., Margaretten, M., Nishimi, K., & Neylan, T. C. (2015). Elevated risk for autoimmune disorders in iraq and afghanistan veterans with posttraumatic stress disorder. *Biological psychiatry*, 77(4), 365–374. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.06.015>
- O'Hare, D (2019). *Cohérence cardiaque 365*. Thierry Souccar Édition.
- OxCADAT Resources. (2020) PTSD. <https://oxcadatresources.com/ptsd/>

- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 129(1), 52–73. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>
- Phoenix Australia. (2020). Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex PTSD. <https://www.phoenixaustralia.org/australian-guidelines-for-ptsd/#:~:text=The%20Australian%20Guidelines%20for%20the,access%20to%20recommendations%20reflecting%20current>
- Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M., & Grant, B. F. (2011). Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of anxiety disorders*, 25(3), 456–465. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.010>
- Raskind, M. A., Peskind, E. R., Chow, B., Harris, C., Davis-Karim, A., Holmes, H. A., Hart, K. L., McFall, M., Mellman, T. A., Reist, C., Romesser, J., Rosenheck, R., Shih, M. C., Stein, M. B., Swift, R., Gleason, T., Lu, Y., & Huang, G. D. (2018). Trial of Prazosin for Post-Traumatic Stress Disorder in Military Veterans. *The New England journal of medicine*, 378(6), 507–517. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1507598>
- Relias Learning. (2018). Prolonged exposure therapy for service members and veterans with PTSD. https://preview.relias.com/library/demo/PETPTSD/story_html5.html?lms=1
- Reist, C., Streja, E., Tang, C. C., Shapiro, B., Mintz, J., & Hollifield, M. (2020). Prazosin for treatment of post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *CNS spectrums*, 1–7. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S1092852920001121>
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(5), 748–756. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.60.5.748>
- Roberts, A. L., Agnew-Blais, J. C., Spiegelman, D., Kubzansky, L. D., Mason, S. M., Galea, S., Hu, F. B., Rich-Edwards, J. W., & Koenen, K. C. (2015). Posttraumatic stress disorder and incidence of type 2 diabetes mellitus in a

sample of women: a 22-year longitudinal study. *JAMA psychiatry*, 72(3), 203–210. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2632>

Rothbaum, B. O., Price, M., Jovanovic, T., Norrholm, S. D., Gerardi, M., Dunlop, B., Davis, M., Bradley, B., Duncan, E. J., Rizzo, A., & Ressler, K. J. (2014). A randomized, double-blind evaluation of D-cycloserine or alprazolam combined with virtual reality exposure therapy for posttraumatic stress disorder in Iraq and Afghanistan War veterans. *The American journal of psychiatry*, 171(6), 640–648. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13121625>

Rothschild, B (2010). 8 Keys to Safe Trauma Recovery. New York: W. W. Norton & Company

Rothschild, B (2000). *The Body Remembers: The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. New York City: W. W. Norton & Company.

Savard, P. & Bugeaud, É. (2016) *Les troubles anxieux à l'ère du DSM-5*. Psycho PAP. <https://www.psychopap.com/wp-content/uploads/2020/02/anxi%C3%A9t%C3%A9recommandations.pdf>

Saint-Lèbes, J., Bordas, R. et Schmitt, L. (2008) Traduction française : Trauma History Questionnaire

Sareen, J. Posttraumatic stress disorder in adults: Epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. In UpToDate, Stein, MB (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2020.

Sareen, J., Cox, B. J., Stein, M. B., Afifi, T. O., Fleet, C., & Asmundson, G. J. (2007). Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample. *Psychosomatic medicine*, 69(3), 242–248. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31803146d8>

Sareen, J., Houlihan, T., Cox, B. J., & Asmundson, G. J. (2005). Anxiety disorders associated with suicidal ideation and suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(7), 450–454. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000168263.89652.6b>

- Shalev, A., Liberzon, I., & Marmar, C. (2017). Post-Traumatic Stress Disorder. *The New England journal of medicine*, 376(25), 2459–2469. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1612499>
- Sloan, D. M., Marx, B. P., Lee, D. J., & Resick, P. A. (2018). A Brief Exposure-Based Treatment vs Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Noninferiority Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 75(3), 233–239. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4249>
- Society of Clinical Psychology. (2016). Diagnosis: Posttraumatic stress disorder – Treatment: Cognitive Processing Therapy for post-traumatic stress disorder. <https://div12.org/treatment/cognitive-processing-therapy-for-post-traumatic-stress-disorder/>
- Song, H., Fang, F., Tomasson, G., Arnberg, F. K., Mataix-Cols, D., Fernández de la Cruz, L., Almqvist, C., Fall, K., & Valdimarsdóttir, U. A. (2018). Association of Stress-Related Disorders With Subsequent Autoimmune Disease. *JAMA*, 319(23), 2388–2400. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.7028>
- Spitzer, C., Barnow, S., Völzke, H., John, U., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2009). Trauma, posttraumatic stress disorder, and physical illness: findings from the general population. *Psychosomatic medicine*, 71(9), 1012–1017. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181bc76b5>
- Steenkamp, M. M., Litz, B. T., Hoge, C. W., & Marmar, C. R. (2015). Psychotherapy for Military-Related PTSD: A Review of Randomized Clinical Trials. *JAMA*, 314(5), 489–500. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.8370>
- Stein, M. B. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder in adults. In UpToDate, Roy-Byrne, PP (ed), UpToDate, Waltham, MA, 2021
- Treleaven, D. A. (2018). Trauma-sensitive mindfulness: Practices for safe and transformative healing. WW Norton & Company.
- Ursano, R. J., Bell, C., Eth, S., Friedman, M., Norwood, A., Pfefferbaum, B., Pynoos, J. D., Zatzick, D. F., Benedek, D. M., McIntyre, J. S., Charles, S. C., Altshuler, K., Cook, I., Cross, C. D., Mellman, L., Moench, L. A., Norquist, G., Twemlow, S. W., Woods, S., Yager, J., ... Steering Committee on Practice Guidelines (2004). Practice guideline for the treatment of patients with acute

- stress disorder and posttraumatic stress disorder. *The American journal of psychiatry*, 161(11 Suppl), 3–31.
- U.S. Department of Veterans Affairs. (2020, 10 janvier). PTSD: National Center for PTSD. <https://www.ptsd.va.gov/index.asp>
- VA/DoD Clinical Practice Guideline Working Group. (2017). VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Washington, DC: VA Office of Quality and Performance.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., & Boyle, M. H. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS neuroscience & therapeutics*, 14(3), 171–181. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2008.00049.x>
- Villano, C. L., Rosenblum, A., Magura, S., Fong, C., Cleland, C., & Betzler, T. F. (2007). Prevalence and correlates of posttraumatic stress disorder and chronic severe pain in psychiatric outpatients. *Journal of rehabilitation research and development*, 44(2), 167–178. <https://doi.org/10.1682/jrrd.2006.05.0052>
- Watkins, L. E., Sprang, K. R., & Rothbaum, B. O. (2018). Treating PTSD: A Review of Evidence-Based Psychotherapy Interventions. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 12, 258. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00258>
- Weiss, D. (1996). Psychotraumatic review of the Impact of Events Scale – Revised. In B. H. Stamm (Ed.). *Measurement of stress, trauma and adaptation*. Lutherville, MD : Sidan Press.
- Weiss, D. S. & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale –Revised. In J. Wilson & T. Keane (Eds), *Assessing psychological trauma and PTSD*, 399-411. New York : Guildford.
- Wiedemann, M., Stott, R., Nickless, A., Beierl, E. T., Wild, J., Warnock-Parkes, E., Grey, N., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2020). Cognitive processes associated with sudden gains in cognitive therapy for posttraumatic stress disorder in routine care. *Journal of consulting and clinical psychology*, 88(5), 455–469. <https://doi.org/10.1037/ccp0000488>
- Zak, R & Karippot, A. Nightmares and nightmare disorder in adults. In UpToDate, Avidan, AY (ed), UpToDate, Waltham, MA, 2021

Zayfert, C. & Black Becker, C. (2007). Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD – A case formulation approach. The Guilford Press. p.119-156

Zhang, Y., Ren, R., Sanford, L. D., Yang, L., Ni, Y., Zhou, J., Zhang, J., Wing, Y. K., Shi, J., Lu, L., & Tang, X. (2020). The effects of prazosin on sleep disturbances in post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Sleep medicine*, 67, 225–231.
<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.06.010>