

Glossaire des termes : Une compréhension commune des termes courants utilisés pour décrire les traumatismes psychologiques, version 3.0

Lieutenant-colonelle (retraîtée) Alexandra Heber, M.D., FRCPC (1,2,3); Valerie Testa, M. Sc. (4); Dianne Groll, Ph. D. (5); Kimberly Ritchie, Ph. D. (3,6); Linna Tam-Seto, Ph. D., ergothérapeute autorisée (7); Ashlee Mulligan, M. Sc. (8); Emily Sullo, MMASc (3,9); Amber Schick, M.A. (2); Elizabeth Bose, M. Sc. (2); Yasaman Jabbari, Ph. D. (3,9); Jillian Lopes, M. Sc. (3,9); R. Nicholas Carleton, Ph. D. (10,11)

Préambule

Contexte

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) constitue une invalidité potentielle maintenant largement reconnue comme un problème de santé publique¹. Le TPST, à l'instar d'autres troubles mentaux, est plus courant chez les premiers répondants et les autres membres du personnel de la sécurité publique, les membres des Forces armées canadiennes, les vétérans et le personnel soignant que dans la population générale canadienne². La pandémie de COVID-19 a accru notre dépendance envers les travailleurs de la santé et le personnel de la sécurité publique et elle a eu une incidence supplémentaire sur leur santé physique, mentale et émotionnelle³.

En 2018, la *Loi sur le cadre fédéral relatif à l'état de stress post-traumatique (loi C-211)* a été adoptée par le Parlement du Canada pour répondre au fait que « de toute évidence, des personnes ayant occupé des fonctions de premier répondant, de pompier, de militaire, d'agent correctionnel ou de membre de la Gendarmerie royale du Canada ont besoin de recevoir, de façon directe et en temps opportun, du soutien pour l'ESPT »⁴. La *loi C-211* est le seul texte législatif du gouvernement fédéral qui, à notre connaissance, reconnaît l'importance des facteurs de risque liés au travail qui

ont une influence, et de façon disproportionnée, sur l'apparition du TSPT dans certaines professions.

Cette loi a également prévu la création d'un cadre fédéral relatif au TSPT. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a reçu le mandat de veiller à l'élaboration de ce cadre⁴.

Au début de l'élaboration du *Cadre fédéral relatif au trouble de stress post-traumatique : reconnaissance, collaboration et soutien*¹, on a reconnu qu'il était nécessaire d'établir une terminologie pertinente afin de mobiliser les connaissances et d'accroître la compréhension en ce qui a trait à la nature du TSPT. Conjointement avec l'ASPC et d'autres partenaires nationaux, la psychiatre en chef d'Anciens Combattants Canada (ACC) et le directeur scientifique de l'Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique (ICRTSP) ont dirigé l'élaboration de la première version du glossaire en 2019, à l'occasion d'une réunion nationale destinée à élaborer le Cadre fédéral relatif au TSPT.

Prévalence du TSPT

La première recherche nationale à porter sur la proportion de membres du personnel de sécurité publique canadiens présentant des ensembles de symptômes correspondant à divers troubles mentaux

Cette œuvre est mise à la disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)



a révélé que 23,2 % des participants faisant partie de l'échantillon total ont obtenu un dépistage positif pour le TSPT². Or, dans le même temps, les estimations de la prévalence du TSPT dans la population générale variaient entre 1,1 % et 3,5 %². Avant la pandémie de COVID-19, des recherches pancanadiennes, à l'aide de l'étude menée en ligne par Carleton et ses collaborateurs¹ et des mêmes échelles psychiatriques, avaient révélé des taux de TSPT semblables à ceux observés au sein du personnel de la sécurité publique chez les membres du personnel infirmier réglementé (infirmières et infirmiers autorisés, infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés, infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés, infirmières et infirmiers praticiens) ayant participé à l'étude : près du quart des répondants (23 %) avaient obtenu un dépistage positif pour le TSPT⁵⁻⁷. Des recherches récentes montrent que depuis le début de la pandémie de COVID-19, les taux de TSPT ont augmenté chez les fournisseurs de soins de santé et chez les membres du personnel de la sécurité publique³.

Rattachement des auteurs :

1. Anciens Combattants Canada, Ottawa (Ontario), Canada
 2. Institut canadien d'éducation et d'intervention en santé en cas de pandémie (ICEISP), Regina (Saskatchewan), Canada
 3. Département de psychiatrie et des neurosciences comportementales, Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada
 4. Centre de la santé mentale et du bien-être, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
 5. Département de psychiatrie, Université Queen's, Kingston (Ontario), Canada
 6. École des sciences infirmières Trent/Fleming, Université Trent, Peterborough (Ontario), Canada
 7. Département des sciences du travail et de l'ergothérapie, Faculté de médecine Temerty, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
 8. Institut Atlas pour les vétérans et leur famille, Le Royal, Ottawa (Ontario), Canada
 9. Département de psychologie, de neuroscience et du comportement, Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada
 10. Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique (ICRTSP), Université de Regina, Regina (Saskatchewan), Canada
 11. Anxiety and Illness Behaviours Laboratory, Département de psychologie, Université de Regina, Regina (Saskatchewan), Canada
- Correspondance : Alexandra Heber, 66, rue Slater, Ottawa (Ontario) K1A 0P4; tél. : 613-617-1355; courriel : alexandra.heber@veterans.gc.ca

Évolution du glossaire

Dans les discussions sur le TSPT et sur les problèmes de santé mentale connexes, on constate souvent l'absence d'une terminologie uniforme pour qualifier des personnes qui vivent des situations différentes et qui travaillent dans des contextes variés. Ce glossaire vise à combler ces lacunes en favorisant une compréhension commune de bon nombre des termes courants utilisés pour décrire les problèmes de santé mentale dans le contexte de l'exposition à des événements et à des facteurs de stress potentiellement traumatiques sur le plan psychologique. On constate également qu'il est très difficile de rassembler et de définir les termes décrivant la santé mentale et les troubles de santé mentale. Aucune liste universellement acceptée ne fonctionne pour chaque personne et chaque situation. De plus, les termes utilisés pour décrire la santé mentale et la maladie mentale ont des significations différentes selon les personnes et les contextes. Comme les domaines de la psychiatrie, de la psychologie, de la santé mentale et de la santé comportementale sont en constante évolution, ce glossaire est un document « évolutif » qui sera révisé au fil du temps pour tenir compte des nouvelles données et des nouvelles connaissances. La liste des principaux experts, partenaires et intervenants contribuant à chaque version continuera également d'évoluer.

La première version du glossaire a été planifiée et élaborée afin de favoriser une discussion ouverte entre les nombreux universitaires, chercheurs, cliniciens, spécialistes en politiques, membres d'organisations non gouvernementales, membres du personnel de la sécurité publique, membres actifs et vétérans des Forces armées canadiennes ainsi que personnes ayant souffert d'un TSPT qui ont assisté à la Conférence nationale sur le TSPT de 2019, afin de contribuer à l'élaboration du *Cadre fédéral relatif à l'état de stress post-traumatique*¹ et afin d'aborder les principaux domaines prioritaires énoncés dans le document intitulé *Soutenir le personnel de la sécurité publique du Canada : Plan d'action sur les blessures de stress post-traumatique*⁸. Une version révisée du glossaire a été publiée la même année afin d'intégrer les commentaires formulés sur la première version, et la version 2.1, comportant des modifications mineures de forme, a été publiée sur le site Web de l'ICRTSP en 2020.

L'élaboration de la version 3.0 du glossaire a débuté en 2021. Compte tenu des effets importants de la pandémie sur toutes les facettes du travail du personnel soignant et des effectifs œuvrant dans le domaine de la sécurité publique, ce glossaire a été élargi afin d'inclure les professionnels de la santé ainsi que les militaires actifs et les vétérans des Forces armées canadiennes.

Si le glossaire met l'accent sur le TSPT et les termes étroitement corrélés, cela ne signifie pas que l'équipe des auteurs principaux a l'intention de minimiser l'importance des autres problèmes de santé mentale (dépression, anxiété, psychose, dépendance et tendances suicidaires) susceptibles d'être causés par un ou plusieurs événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique.

Évolution des termes

Les cliniciens choisissent soigneusement leurs mots pour décrire et résumer les signes, les symptômes et les diagnostics complexes et pour proposer aux patients et aux clients les traitements les plus susceptibles de les aider. Une utilisation attentive des mots aide également les chercheurs à intégrer la nécessité de mettre au point de meilleurs outils d'évaluation, de traitement, de diagnostic et d'atténuation des problèmes de santé mentale ainsi que des moyens de les améliorer. Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5-TR)*⁹ et la *Classification internationale des maladies, 11^e édition (CIM-11)*¹⁰ fournissent des critères largement utilisés pour le diagnostic des troubles mentaux.

La terminologie utilisée pour décrire les diverses facettes de la santé mentale et de la maladie mentale est continuellement peaufinée. Quelque 20 termes ont été ajoutés pour la version 3.0 du glossaire. Même si certains d'entre eux n'ont pas été acceptés à l'unanimité par les contributeurs et si le débat sur leur définition se poursuit, nous en avons fourni la définition la plus équilibrée et la plus collaborative possible. Seuls quatre termes du glossaire correspondent à des catégories de diagnostic dans le DSM-5-TR ou dans la CIM-11 : épuisement professionnel (seulement inclus dans la CIM-11), trouble de stress aigu (TSA), trouble de stress post-traumatique (TSPT) et TSPT complexe (TSPT-C). De nombreux termes connexes sont utilisés, avec plus ou moins d'appui ou de compréhension commune.

Le glossaire rassemble certains termes fréquemment utilisés de façon familière ou qui pourraient être intégrés aux définitions d'autres termes. Il ont été inclus dans le cadre d'un effort visant à favoriser l'adoption d'un langage plus précis et moins stigmatisant. Dans certains cas, nous avons suggéré un autre terme, ou nous l'avons explicitement recommandé, en raison de son utilisation historiquement inappropriée, de stigmatisation ou de confusion.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, de nombreux termes ont des significations différentes pour les personnes qui œuvrent dans des domaines autres que les soins de santé. De plus, de nombreux facteurs culturels (incluant les valeurs, les préférences, l'expérience clinique et les résultats de recherche) façonnent notre façon de voir la santé mentale et la maladie mentale. Par exemple, le mot « blessure » remplace de plus en plus le terme « trouble » pour décrire certains problèmes de santé mentale. D'une part, ce changement peut contribuer à diminuer la stigmatisation associée au terme « trouble » en rapprochant davantage les symptômes ou les expériences vécues des blessures physiques, qui sont souvent considérées comme plus « acceptables » ou « respectables ». D'autre part, le mot « trouble » communique aux fournisseurs de soins de santé des renseignements importants sur l'état d'une personne, ses limites fonctionnelles et les lignes directrices d'un traitement optimal.

Les auteurs et contributeurs principaux ont rédigé la version 3.0 pour promouvoir une compréhension commune des termes courants utilisés afin de décrire les problèmes de santé mentale dans le contexte d'une exposition à des événements et des facteurs de stress potentiellement traumatiques sur le plan psychologique. Nous espérons que cela permettra de franchir une étape vers la réduction de la stigmatisation, vers l'amélioration de l'accès aux soins fondés sur des données probantes ainsi que vers l'amélioration des outils, de la formation et des traitements destinés à profiter à tous les Canadiens.

Comment utiliser ce glossaire

Les termes du glossaire sont classés par ordre alphabétique selon le synonyme le plus couramment utilisé. La plupart des termes comportent deux définitions complémentaires : une « définition grand public »,

c'est-à-dire une définition d'introduction, destinée à un lectorat plus vaste, et une « définition scientifique », susceptible d'être plus détaillée ou destinée à des « spécialistes »¹¹⁻⁷⁶. Il y a un certain chevauchement entre les définitions, et les lecteurs ont le choix de lire l'une, l'autre ou les deux.

Index des termes

Abandon institutionnel / Traumatisme du sanctuaire	S6
Activités fondées sur des données probantes	S7
Aidant naturel / Proche aidant	S7
Anxiété clinique	S7
Bien-être	S8
Blessure de santé mentale / Blessure psychologique	S9
Blessure de stress opérationnel (BSO)	S10
Blessure de stress post-traumatique (BSPT)	S11
Blessure de stress professionnel / Blessure de stress organisationnel	S11
Blessure morale / Détresse morale / Dilemme moral	S12
Compétence culturelle	S13
Crise de panique	S14
Croissance post-traumatique (CPT)	S15
Dépression majeure	S15
Diagnostic	S16
Équité, diversité, et inclusion (ÉDI)	S16
Épuisement professionnel	S17
Événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique (ÉPTP) / Événement traumatisant sur le plan psychologique / Facteur de stress potentiellement traumatique sur le plan psychologique / Facteur de stress traumatique sur le plan psychologique (SPTP) / Événement traumatisant / Facteur de stress traumatique	S18
Expérience négative de l'enfance (ENE)	S19
Fardeau des aidants naturels	S20
Incident critique	S20
Intersectionnalité	S21
Maladie mentale	S21
Médecine fondée sur des données probantes (médecine factuelle)	S22
Mieux-être	S22
Personnel de la sécurité publique (PSP)	S23
Personnes ayant une expérience vécue [de trouble mental ou de problème de santé mentale] / Experts par expérience [de trouble mental ou de problème de santé mentale]	S23
Premier répondant	S24
Prestataire	S24
Problème de santé mentale / Mauvais état de santé mentale	S25

Purge LGBT	S25
Résilience	S26
Rétablissement	S26
Santé	S27
Santé mentale	S27
Satisfaction des aidants naturels	S28
Soutien par les pairs	S28
Soutien social	S29
Stigmatisation	S30
Stress / Facteur de stress / Événement stressant	S31
Stress post-traumatique (SPT)	S32
Stress psychologique post-traumatique / Stress consécutif à un traumatisme / Syndrome de stress post-traumatique / Symptômes de stress post-traumatique / Stress psychologique / Traumatisme psychique / Stress traumatique sur le plan psychologique / Stress traumatique	S32
Stress traumatique indirect	S33
Stress traumatique secondaire	S33
Traumatisme / Blessure traumatique	S34
Traumatisme complexe	S34
Traumatisme du sanctuaire	S35
Traumatisme indirect	S35
Traumatisme psychique / Blessure traumatisante sur le plan psychologique	S35
Traumatisme sexuel militaire (TSM)	S36
Trois services d'intervention d'urgence	S37
Trouble d'anxiété	S37
Trouble de stress aigu	S38
Trouble de stress post-traumatique (TSPT)	S39
Trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT-C)	S40
Trouble mental	S41
Usure de compassion	S42
Vérification du bien-être	S43
Violence fondée sur le genre	S43
Violence interpersonnelle	S44

Termes

Abandon institutionnel / Traumatisme du sanctuaire

Définition pour le grand public

- Les termes *abandon institutionnel* et *traumatisme du sanctuaire* ne figurent pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Le terme *abandon institutionnel* est parfois associé à la blessure morale ou à l'épuisement professionnel.
- Le terme *abandon institutionnel* concerne une organisation qui ne réussit pas à prévenir ou à réagir aux actes répréhensibles commis en son sein.
- Le terme *traumatisme du sanctuaire* désigne les expériences d'une personne ayant été malmenée ou maltraitée dans une organisation qu'elle croyait être un endroit sécuritaire (un sanctuaire).
- Le terme *traumatisme du sanctuaire* est habituellement utilisé pour décrire les expériences des personnes qui vivent les répercussions d'un traumatisme sexuel au sein des forces armées. Voir « Traumatisme sexuel militaire [TSM] » pour plus d'information.

Définition scientifique

- Les termes *abandon institutionnel* et *traumatisme du sanctuaire* ne figurent pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Le terme *abandon institutionnel*, introduit par la D^{re} Jennifer J. Freyd³⁶, fait référence aux établissements (corps administratif ou organisme) qui nuisent à ceux qui en dépendent (p. ex. employés, résidents, etc.). Ce terme est généralement utilisé pour décrire les expériences liées à la blessure morale ou l'épuisement professionnel, lorsqu'un établissement (et ses dirigeants) ne réussit pas à intervenir, à prévenir, ou à offrir du soutien face aux enjeux en son sein alors qu'une personne s'attend à un certain niveau de traitement équitable ou de protection³⁶⁻³⁸.
- Le D^r Steven Silver³⁹ définit le *traumatisme du sanctuaire* comme un événement traumatisant sur le plan psychologique qui « se produit lorsqu'une personne a fait face à un facteur de stress grave et se retrouve ensuite devant ce qui devait être un environnement de soutien et de protection et découvre seulement davantage de traumatismes. »
- Autant l'abandon institutionnel que le traumatisme du sanctuaire impliquent des gestes qui entraînent des sentiments de vulnérabilité, d'impuissance, de peur et de honte et qui se produisent dans des milieux ou des établissements où la personne s'attend à être en sécurité, comme dans sa famille, à l'école, en milieu de travail, dans le cadre du gouvernement, à l'hôpital, dans les forces armées et dans les établissements religieux.
- La différence entre les deux concepts est que l'*abandon institutionnel* met l'accent sur les manquements de l'établissement alors que le *traumatisme du sanctuaire* met l'accent sur l'expérience de la personne qui s'attend à ce que l'établissement soit un endroit sécuritaire, un lieu sûr.

Activités fondées sur des données probantes

Définition pour le grand public

- Les termes comme *activités fondées sur des données probantes*, *direction fondée sur des données probantes*, *pratique clinique fondée sur des données probantes* ou *pratique fondée sur des données probantes* découlent du concept de la *médecine fondée sur des données probantes* (médecine factuelle).
- Le degré d'importance accordé à chacun de ces termes parmi les trois composantes de la médecine factuelle – l'expertise du clinicien, les meilleures données probantes cliniques et les attentes et préoccupations du client ou du patient – dépend du contexte dans lequel le terme est utilisé ainsi que de la compréhension et des objectifs de la personne qui l'utilise.

Définition scientifique

- Les termes *activités fondées sur des données probantes*, *direction fondée sur des données probantes*, *pratique clinique fondée sur des données probantes* ou *pratique fondée sur des données probantes* découlent du concept de la *médecine fondée sur des données probantes* (médecine factuelle).
- Le degré d'importance accordé à chacun de ces termes parmi les trois composantes de la médecine factuelle – soit l'expertise du clinicien, les meilleures données probantes cliniques et les attentes et préoccupations du client ou patient – dépend du contexte dans lequel le terme est utilisé ainsi que de la compréhension et des objectifs de la personne qui l'utilise.

Aidant naturel / Proche aidant

Définition pour le grand public

- Les *aidants naturels* et les *proches aidants* prennent habituellement soin d'un membre de leur famille ou d'un ami sans être rémunérés pour ce travail.
- Les soins peuvent être fournis tous les jours ou à l'occasion, et ce, sur une courte ou une longue période.

Définition scientifique

- Les *aidants naturels* et les *proches aidants* fournissent habituellement des soins non payés chaque jour ou à l'occasion, et ce, pour une courte ou une longue période.
- L'implication (ou rôle) de l'aidant naturel ou du proche aidant se caractérise principalement par une relation personnelle plutôt qu'une relation professionnelle avec compensation monétaire.

Anxiété clinique

Définition pour le grand public

- Le terme *anxiété clinique* ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Le terme *anxiété clinique* est utilisé familièrement pour décrire les symptômes d'anxiété assez graves pour nécessiter un traitement formel en médecine ou en santé mentale.
- Les symptômes de l'anxiété clinique sont en général une inquiétude sévère, de la nervosité, une instabilité psychomotrice, une fréquence cardiaque élevée, une tension musculaire et des ressentis d'inquiétude ou de peur et d'autres changements physiques comme une hausse de la tension artérielle.
- Voir « Trouble d'anxiété » pour plus d'information.

Définition scientifique

- Le terme *anxiété clinique* ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5 TR ou de la CIM-11.
- Le terme *anxiété clinique* est utilisé familièrement pour décrire les symptômes d'anxiété assez graves pour nécessiter un traitement formel en médecine ou en santé mentale. Il peut faire référence à différents diagnostics (comme le trouble d'anxiété généralisée ou le trouble panique).
- Voir « Trouble d'anxiété » pour plus d'information.

Bien-être

Définition pour le grand public

- Le terme *bien-être* ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Anciens Combattants Canada (ACC) définit le bien-être en utilisant un cadre général qui englobe sept domaines interdépendants^{31,34} :
 - emploi et buts valorisants;
 - sécurité financière;
 - santé;
 - compétences et préparation à la vie active;
 - intégration sociale;
 - logement et environnement physique;
 - environnement culturel et social.

Définition scientifique

- Le terme *bien-être* ne figure pas actuellement sur la liste du DSM-5-TR ou de la CIM-11
- Anciens Combattants Canada (ACC) définit le bien-être en utilisant un cadre général qui englobe sept domaines interdépendants^{31,34} :
 - emploi et buts valorisants;
 - sécurité financière;
 - santé;
 - compétences et préparation à la vie active;
 - intégration sociale;
 - logement et environnement physique;
 - environnement culturel et social.
- Les composantes de chaque domaine du cadre de l'ACC sont évaluées de mauvaises à bonnes, selon des mesures subjectives et objectives^{34,35}.
- La santé est un domaine du bien-être qui interagit avec les autres domaines de manière bidirectionnelle : par exemple, avoir un bon emploi favorise une bonne santé mentale et, parallèlement, un bon soutien en santé mentale favorise la recherche et le maintien d'un bon emploi.
- L'évaluation variable subjective et objective, qui va de mauvais à bon dans chacun des domaines, met en évidence la complexité du bien-être et l'importance de comprendre que la santé fait partie d'un système qui dépend des autres domaines du bien-être et les influence, plutôt que d'exister en vase clos.

Blessure de santé mentale / Blessure psychologique

Définition pour le grand public

- Les termes *blessure de santé mentale* et *blessure psychologique* ne figurent pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Les termes *blessure de santé mentale* et *blessure psychologique* sont également employés pour désigner un problème de santé mentale, dont un trouble mental, particulièrement lorsque ce problème est causé par l'exposition à un ou plusieurs événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique.
- Le terme « blessure » est utilisé pour décrire des troubles mentaux ou des maladies mentales tout en visant à réduire la stigmatisation liée à la maladie mentale. Les termes *blessure de santé mentale* et *blessure psychologique* ont été inventés par les membres des Forces armées canadiennes pour faire référence au trouble de stress post-traumatique comme à une blessure mentale résultant de la participation à des opérations militaires, et de ce fait aussi « honorable » qu'une blessure physique (voir « Blessure de stress opérationnel [BSO] »).

Définition scientifique

- Les termes *blessure de santé mentale* et *blessure psychologique* ne figurent pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Ces termes décrivent un problème de santé mentale, incluant un trouble mental, particulièrement lorsque l'état de santé mentale est causé par l'exposition à un ou plusieurs événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique.
- Le terme « blessure » est utilisé pour décrire des états ou des troubles mentaux tout en visant à réduire la stigmatisation liée à la maladie mentale. Les termes *blessure de santé mentale* et *blessure psychologique* ont été inventés par les membres des Forces armées canadiennes pour décrire le trouble de stress post-traumatique comme une blessure mentale résultant de la participation à des opérations militaires, donc aussi « honorable » qu'une blessure physique (voir « Blessure de stress opérationnel [BSO] »).

Blessure de stress opérationnel (BSO)

Définition pour le grand public

- Le terme *blessure de stress opérationnel* (BSO) ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11
- Cette définition a été élaborée par les membres des Forces armées canadiennes.
- Le terme BSO fait référence à tout trouble mental ou tout problème de santé mentale qui résulte de l'exercice de fonctions opérationnelles, durant le service dans les Forces armées canadiennes.
- Ce terme est souvent utilisé par le personnel de la sécurité publique pour décrire les problèmes de santé mentale susceptibles de résulter de l'exercice des tâches qui leur sont assignées, par exemple, les symptômes d'anxiété qu'éprouve un policier après avoir été témoin d'une fusillade ou d'une mort potentiellement traumatisante sur le plan psychologique.
- Le terme *blessure de stress opérationnel* (BSO) est souvent utilisé incorrectement, de façon interchangeable, avec le terme *blessure de stress organisationnel* ou le terme *blessure de stress professionnel* : il est par conséquent important d'être précis en faisant référence à ces trois termes.

Définition scientifique

- Le terme *blessure de stress opérationnel* (BSO) ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11
- Le terme BSO fait référence à tout trouble mental ou tout problème de santé mentale qui résulte de l'exercice de fonctions opérationnelles en étant employé au sein des Forces armées canadiennes.
- Le terme et sa définition ont été élaborés par l'équipe de personnel militaire des Forces armées canadiennes qui a conçu l'initiative de soutien par les pairs, le programme de Soutien social aux blessés de stress opérationnel (SSBSO), dans le cadre d'un effort global accompli pour déstigmatiser les symptômes de santé mentale que les militaires sont susceptibles de développer après l'exposition à un ou plusieurs événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique.
- La décision d'utiliser le terme «blessure» était intentionnelle, afin de permettre aux gens de percevoir les blessures mentales sur un pied d'égalité avec les blessures physiques que les membres du personnel des forces armées subissent parfois, et qui tendent à être considérées comme des blessures «honorables.»
- Généralement, les facteurs de stress opérationnel associés à une blessure de stress opérationnel sont des événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique.
- Le terme BSO est utilisé pour décrire une vaste gamme de troubles mentaux qui peuvent ne pas répondre aux critères de troubles mentaux du DSM ou de la CIM, mais qui néanmoins sont débilatants, entraînent de la détresse et nuisent au fonctionnement quotidien en société, au travail et en famille. Ce sont :
 - le trouble de stress post-traumatique;
 - les troubles d'anxiété;
 - les troubles dépressifs;
 - les troubles d'usage de substances;
 - d'autres problèmes de santé mentale.
- Le terme est souvent utilisé par le personnel de la sécurité publique pour décrire les problèmes de santé mentale qui peuvent résulter de l'exercice des tâches qui leur sont assignées.
- Le terme BSO est parfois utilisé par erreur comme synonyme de *blessure de stress organisationnel* ou de *blessure de stress professionnel*, mais la littérature les définit différemment.
- Seul le terme BSO a été défini et est utilisé régulièrement dans le milieu de la santé mentale.

Blessure de stress post-traumatique (BSPT)

Définition pour le grand public

- Le terme *blessure de stress post-traumatique* (BSPT) ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Le terme est fréquemment utilisé par le personnel de la sécurité publique et par les personnes qui effectuent des recherches auprès de ce personnel au Canada.
- Le terme BSPT fait référence aux problèmes de santé mentale qu'une personne risque d'éprouver à la suite de l'exposition à un ou plusieurs événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique.

Définition scientifique

- Le terme *blessure de stress post-traumatique* (BSPT) ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11, bien que le terme soit couramment utilisé par le personnel de la sécurité publique (PSP) et par les personnes qui effectuent des recherches auprès de ce personnel au Canada.
- BSPT est un terme non clinique englobant un ou plusieurs problèmes de santé mentale qu'une personne risque de subir à la suite de l'exposition à un ou plusieurs événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique. Parmi ces problèmes de santé mentale, on compte les symptômes liés à l'anxiété, à l'humeur ainsi que les troubles liés aux traumatismes qui peuvent répondre aux critères diagnostiques du *trouble d'anxiété généralisée*, du *trouble de dépression majeur*, du *trouble panique*, ou du *trouble de stress post-traumatique*.
- Le terme BSPT regroupe les symptômes qui nuisent au fonctionnement quotidien des activités sociales, professionnelles ou familiales. Catégoriser les problèmes de santé mentale et utiliser des termes comme *blessure de stress post-traumatique* peut représenter un effort visant à réduire la stigmatisation.

Blessure de stress professionnel / Blessure de stress organisationnel

Définition pour le grand public

- Les termes *blessure de stress professionnel* et *blessure de stress organisationnel* ne figurent pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Les termes *blessure de stress professionnel* et *blessure de stress organisationnel* découlent du terme *blessure de stress opérationnel* pour décrire le stress au sein d'organisations ou en milieu de travail autre que le milieu opérationnel militaire.
- Ce sont des définitions récentes qui ne sont pas encore bien définies ni très claires, et sont donc sujettes à changement.
- Ces termes sont parfois utilisés incorrectement, de manière interchangeable, avec le terme *blessure de stress opérationnel* (BSO) : il faut s'assurer de toujours être précis en faisant référence à tous ces termes.
- L'acronyme BSO s'utilise seulement pour renvoyer à une *blessure de stress opérationnel*.

Définition scientifique

- Les termes *blessure de stress professionnel* et *blessure de stress organisationnel* ne figurent pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Il s'agit de concepts en évolution. Selon l'une des perspectives, les facteurs de stress professionnel peuvent être classés en facteurs de stress opérationnel et en facteurs de stress organisationnel, mais ces termes sont en émergence et leurs définitions incertaines et sujettes à changement.
- La pénurie de main-d'œuvre, le manque de formation sur un nouvel équipement, le manque de ressources appropriées, les styles de leadership contradictoires et la perception d'un manque du soutien de la part de ses coéquipiers et de ses dirigeants sont des exemples de facteurs de stress organisationnel.

Blessure morale / Détresse morale / Dilemme moral

- Les termes *blessure morale*, *détresse morale* et *dilemme moral* se situent sur un continuum. La *blessure morale* est généralement considérée comme étant l'expérience la plus grave et la plus affaiblissante et le *dilemme moral* comme étant la moindre, la *détresse morale* se situant quelque part entre les deux.

Définition pour le grand public

- Les termes *blessure morale*, *détresse morale* et *dilemme moral* ne figurent pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Le sens de ces termes est en évolution et est sujet à changement.
- Lors d'événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique ou dans d'autres situations anormalement stressantes, les personnes sont contraintes de participer à des événements qui vont à l'encontre de leurs croyances morales et de leurs attentes, d'en être témoin ou ne réussissent pas à les empêcher⁴⁴.
- Une blessure morale est susceptible de se produire en réaction à l'adoption de comportements ou d'actions qui vont à l'encontre des valeurs et des croyances morales d'une personne ou après en avoir été témoin. Les événements qui entraînent une blessure morale sont :
 - des actes commis (ce qu'on a fait);
 - des actes omis (ce qu'on n'a pas réussi à faire);
 - des actes de trahison.

Définition scientifique

- La *blessure morale*, la *détresse morale*, et le *dilemme moral* ne figurent pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11. Il s'agit de concepts en évolution.
- La *blessure morale* correspond à la détresse, au mal ou à la déficience psychologique, sociale et spirituelle qui résulte d'une violation de l'éthique ou des valeurs morales profondément ancrées.
- On appelle l'événement qui peut entraîner une blessure morale un *événement potentiellement moralement dommageable*.
- La *blessure morale* qui se développe à la suite d'un événement potentiellement moralement dommageable peut ressembler au trouble de stress post-traumatique, qui se développe à la suite d'un événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique.
- Une blessure morale peut toucher les domaines suivants :
 - émotionnel (augmentation des sentiments de culpabilité, de honte, de colère);
 - spirituel (perte de croyances spirituelles ou religieuses, perte du sentiment d'avoir un but dans la vie);
 - le self (changements dans l'identité, la perception de soi);
 - moral (changements dans l'évaluation morale de soi et d'autrui);
 - relationnel (difficulté à maintenir les relations ou à en favoriser de nouvelles).
- Lors d'événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique ou dans d'autres circonstances anormalement stressantes, les personnes risquent de contribuer à des événements qui vont à l'encontre de leurs croyances, leurs valeurs et leurs attentes morales profondément ancrées, de ne pas réussir à les prévenir ou encore d'en être témoin³⁸.
- «Lorsqu'une personne fait quelque chose qui va à l'encontre de ses croyances, on y fait référence comme étant un acte commis, et lorsqu'elle ne réussit pas à faire quelque chose qui correspond à ses croyances, on parle d'acte omis. Les personnes peuvent être trahies par leur direction, par d'autres personnes en position de pouvoir, ou par des pairs, ce qui peut entraîner des conséquences néfastes »⁴⁵ [traduction].
- « La blessure morale est une conséquence bouleversante sur le plan psychologique, comportemental, social et parfois spirituel de l'exposition » à des actes commis, omis ou de trahison⁴⁶ [traduction].
- « Une blessure morale peut se produire en réaction à l'adoption de comportements ou au fait d'être témoin de comportements qui vont à l'encontre des valeurs et des croyances morales de la personne »⁴⁷.
- «Pour qu'une blessure morale se produise, la personne doit sentir qu'une transgression a été commise et qu'elle ou quelqu'un d'autre a dépassé les bornes en matière de croyances morales. La culpabilité, la honte, le dégoût et la colère sont des réactions typiques d'une blessure morale»⁴⁷[traduction].

Compétence culturelle

Définition pour le grand public

- Le terme *compétence culturelle* est utilisé pour décrire le fait que les professionnels de la santé doivent mieux comprendre les expériences de travail et le milieu de travail de leurs patients ou clients (comme les militaires ou le personnel de la sécurité publique qui sont vulnérables en raison de l'exposition à des événements traumatisants sur le plan psychologique dans l'exercice de leurs fonctions).
- La *compétence culturelle* est la capacité qu'ont les prestataires de soins de santé de travailler avec respect, et de manière plus efficace, auprès de patients et de clients en reconnaissant et en remettant en question leurs préjugés et en s'éduquant activement sur le milieu de travail et la culture des personnes auprès de qui ils travaillent.
- Le personnel de la sécurité publique définit la *compétence culturelle* comme le sentiment qu'on fait valoir leur point de vue, qu'«on les comprend».
- Dans les milieux de la sécurité publique et des forces armées, la *compétence culturelle* fait souvent référence à la connaissance du milieu de travail, du vocabulaire et du genre d'événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique auxquels sont exposés les membres d'un secteur particulier.

Définition scientifique

- Le terme *compétence culturelle* est utilisé pour décrire le fait que les professionnels de la santé doivent mieux comprendre les expériences de travail et le milieu de travail de leurs patients et clients (comme les militaires ou le personnel de la sécurité publique, qui risquent davantage d'être exposés à des événements traumatisants sur le plan psychologique du fait de leurs expériences en milieu de travail dans l'exercice de leurs fonctions).
- Le terme *compétence culturelle* définit la capacité que possèdent les prestataires de soins de santé (par extension, tous les professionnels) de travailler avec respect, et de manière plus efficace, auprès de personnes de cultures variées, incluant les cultures des milieux de travail, tout en reconnaissant et en remettant en question leurs propres préjugés et en s'éduquant activement sur les cultures du milieu de travail des personnes auprès desquelles ils travaillent.
- Le personnel de sécurité publique définit la *compétence culturelle* comme le sentiment qu'on valorise leur point de vue, qu'«on les comprend».
- Un prestataire de soins de santé mentale qui connaît bien la culture mène toutes les interventions auprès de ses patients et de ses clients d'une manière qui reconnaît, affirme, valorise et préserve la dignité de la personne et de ses expériences.

Crise de panique

Définition pour le grand public

- Le terme *crise de panique* ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11. Il s'agit d'un groupe de symptômes susceptibles de relever d'un diagnostic de trouble panique.
- Les crises de panique peuvent se produire « tout à coup » sans raison apparente, ou peuvent être déclenchées par une situation redoutée.
- Les symptômes d'une crise de panique sont, notamment, le souffle court, des palpitations cardiaques, une douleur ou une pression à la poitrine, de la transpiration, des tremblements, de la nausée, des étourdissements, une sensation d'engourdissement ou de picotement, des sentiments d'irréalité et la peur de perdre le contrôle ou de mourir.
- Habituellement, les symptômes commencent brusquement et s'intensifient rapidement.
- Les crises de panique sont extrêmement effrayantes et peuvent entraîner beaucoup de problèmes lorsqu'elles se produisent à répétition et qu'elles ne sont pas traitées.
- Le traitement à la fois par la psychothérapie et par la médication est très efficace.

Définition scientifique

- Le terme *crise de panique* ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11. Il s'agit d'un groupe de symptômes spécifiques susceptibles de relever d'un diagnostic du trouble panique.
- Le DSM-5-TR définit une crise de panique comme une poussée soudaine et intense de peur et d'inconfort qui culmine rapidement, associée à des symptômes physiques et cognitifs typiques. Le DSM-5-TR exige un minimum de quatre symptômes, entre autres :
 - des sensations physiologiques (palpitations, sueurs, tremblement, souffle court, sentiments d'étouffement, douleur à la poitrine, nausée, étourdissement, sensations d'engourdissement ou de picotement, sentiments d'irréalité et de dépersonnalisation);
 - des sensations cognitives (peur de perdre le contrôle ou peur de mourir).
- Si moins de quatre symptômes sont présents, l'épisode est classé comme une *crise de panique à symptômes limités*.
- Une crise de panique n'est pas un trouble mental en soi. Par contre, si elle répond à un certain nombre de critères, on peut la classer comme trouble panique, un trouble mental spécifique. Si les crises de panique sont susceptibles de survenir dans le contexte de tous les troubles mentaux ou médicaux, elles sont le plus souvent associées à des troubles d'anxiété. Lorsque des crises de panique sont présentes, elles sont inscrites comme prescripteur du trouble diagnostiqué, sauf pour le trouble panique, où leur présence est un critère essentiel au diagnostic.
- LA CIM-11 décrit une crise de panique comme étant un épisode de « peur intense » caractérisé par une poussée de symptômes physiques (par exemple des palpitations, une douleur à la poitrine, des sensations d'étouffement, des étourdissements, un sentiment d'irréalité) ou des symptômes cognitifs, en particulier la peur de mourir, de perdre le contrôle ou de « devenir fou »¹⁰. La CIM-11 inscrit les crises de panique comme des caractéristiques du trouble panique.
- Les crises de panique peuvent se produire tout à coup, ou « venir de nulle part ». À l'inverse, elles peuvent se produire à cause de l'exposition à une situation redoutée ou à un déclencheur (par exemple, une personne qui a peur des serpents est susceptible de faire une crise de panique en voyant l'image d'un serpent).
- Si elles ne sont pas traitées, les crises de panique peuvent être extrêmement invalidantes.
- Le traitement des crises de panique combinant la médication et la psychothérapie est très efficace.

Croissance post-traumatique (CPT)

Définition pour le grand public

- Le terme *croissance post-traumatique* (CPT) ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Le terme *croissance post-traumatique* fait référence aux changements personnels positifs susceptibles de résulter des efforts fournis par une personne pour gérer les conséquences de l'exposition à un ou plusieurs événements potentiellement traumatisants sur le psychologique.
- Les changements personnels positifs de la croissance post-traumatique sont en général une nouvelle appréciation de la vie et des possibilités à venir, un sentiment retrouvé de force personnelle, de meilleures relations avec les autres (comme une nouvelle disposition à aider les autres) ainsi que des changements spirituels ou existentiels.
- Une *croissance post-traumatique* ne signifie pas simplement revenir au niveau de fonctionnement antérieur au traumatisme, mais intègre la croissance personnelle positive au-delà des niveaux de fonctionnement et de bien-être antérieurs au traumatisme.

Définition scientifique

- Le terme *croissance post-traumatique* (CPT) ne figure pas actuellement sur la liste des diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Le terme *croissance post-traumatique* fait référence aux changements personnels positifs susceptibles de résulter des efforts fournis par une personne pour gérer les conséquences psychologiques de l'exposition à un ou plusieurs événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique.
- Les principales dimensions de la croissance post-traumatique sont l'amélioration des relations (empathie, humilité, et altruisme accrus), des changements dans la perception de soi (comme de la résilience et de la force personnelles), une meilleure acceptation des vulnérabilités et des limites, des changements dans la philosophie de vie (comme réévaluer ses priorités) et des changements spirituels ou existentiels^{56,57}.
- Le terme *croissance post-traumatique* ne signifie pas simplement de revenir au niveau de fonctionnement antérieur au traumatisme, mais également de vivre une croissance positive au-delà des niveaux de fonctionnement antérieurs au traumatisme.
- La *croissance post-traumatique* et le *stress post-traumatique* peuvent advenir simultanément.

Dépression majeure

Définition pour le grand public

- Le terme *dépression majeure* ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Le terme *dépression majeure* est utilisé familièrement pour décrire les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé qui nécessite un traitement médical formel.
- Un épisode dépressif caractérisé dure habituellement plusieurs semaines à éprouver un sentiment de tristesse ou d'abattement, une humeur dépressive, un manque d'intérêt pour les activités ou relations habituelles, des difficultés à se concentrer, un sommeil de mauvaise qualité, un sentiment de désespoir et parfois, des pensées suicidaires. Sans traitement, ce type d'épisode peut durer de plusieurs mois jusqu'à un an, voire plus longtemps.
- Une dépression majeure peut révéler un besoin de traitements formels, comme la médication, la psychothérapie et une évaluation du risque de suicide.

Définition scientifique

- Le terme *dépression majeure* ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Le terme *dépression majeure* est utilisé familièrement pour décrire les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé qui nécessite un traitement médical formel.
- Un épisode dépressif caractérisé dure habituellement plusieurs semaines, durant lesquelles la personne éprouve un sentiment de tristesse ou de torpeur, une humeur dépressive, un manque d'intérêt pour ses activités ou ses relations habituelles, des difficultés à se concentrer, un sommeil de mauvaise qualité, un sentiment de désespoir et, parfois, des pensées suicidaires. Sans traitement, ce type d'épisode peut durer de plusieurs mois jusqu'à un an ou plus.
- La *dépression majeure* peut révéler un besoin de traitements formels, comme la médication, la psychothérapie et une évaluation du risque de suicide.

Diagnostic

Définition pour le grand public

- Un *diagnostic* est une explication, donnée par un professionnel de soins de la santé qualifié dans le cadre de sa pratique, d'un état de santé mentale ou physique ou bien d'une maladie.
- Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) et la *Classification internationale des maladies* (CIM) fournissent les critères diagnostiques des troubles de santé mentale.

Définition scientifique

- Un *diagnostic* est la conclusion d'un processus qui détermine la nature d'une maladie, d'un trouble ou d'un état de santé, en faisant la distinction avec d'autres maladies, troubles ou problèmes de santé possibles.
- Le terme *diagnostic* fait référence à une conclusion justifiable faite par un professionnel de la santé autorisé dans le cadre de sa pratique, habituellement à l'aide des critères soulignés dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) ou la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM).
- Les critères les plus largement acceptés pour faire un diagnostic de troubles mentaux sont ceux indiqués dans le DSM ou la CIM.
- En psychiatrie et en psychologie, le diagnostic est le processus qui explique l'état de santé mentale d'une personne, obtenu en effectuant un examen des antécédents pertinents et du statut mental et physique actuel de la personne et, à partir de ces renseignements, en tirant une conclusion (ou plusieurs) concernant son état de santé ou ses maladies.
- Un diagnostic de trouble de santé mentale ne devrait pas être fait sans envisager un diagnostic alternatif de troubles physiques et d'autres troubles de santé mentale susceptibles d'expliquer l'état de santé actuel de la personne. Des troubles physiques peuvent coexister parallèlement aux troubles de santé mentale.

Équité, diversité, et inclusion (ÉDI)

Définition pour le grand public

- L'expression *équité, diversité et inclusion* (ÉDI) renvoie à trois valeurs étroitement liées, qui favorisent un sentiment d'appartenance et un milieu de traitement équitable pour tous, y compris pour les personnes qui sans cela pourraient être exclues ou marginalisées.

Définition scientifique

- Le terme *équité* est défini comme étant le traitement juste, impartial et objectif des personnes.
- Le terme *diversité* fait référence à la gamme des différentes caractéristiques ou à l'hétérogénéité démographique d'un groupe de personnes.
- Le terme *inclusion* représente la création d'un milieu où une égalité d'accès aux possibilités et aux ressources est offerte aux personnes qui seraient autrement exclues ou marginalisées.
- Équité, diversité et inclusion favorisent un milieu où la diversité est acceptée et reconnue, où l'égalité d'accès permet une participation pleine et entière et où les disparités entre les personnes et entre les groupes sont réduites afin d'assurer des chances égales de réussite.
- Le programme *Équité, diversité et inclusion* fait référence aux moyens que les sociétés ou les milieux de travail prennent pour donner des chances égales à toutes les personnes et à tous les employés, quelles que soient leurs différences.
- En reconnaissant et en diminuant l'impact négatif de ces différences, le programme ÉDI établit un équilibre entre accepter les différences et donner des chances égales de réussite.

Épuisement professionnel

Définition pour le grand public

- Le terme *épuisement professionnel* ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics médicaux ou psychiatriques du DSM-5 TR ou de la CIM-11, bien qu'il soit classé comme un problème de santé dans la CIM-11.
- L'épuisement professionnel correspond à des circonstances professionnelles que vit un employé à cause du stress en milieu de travail, particulièrement du stress organisationnel (p. ex. être en conflit continu avec des superviseurs ou des collègues; faire énormément d'heures supplémentaires; ne pas avoir suffisamment de temps de pause au travail; sentir que l'employeur ne reconnaît pas les efforts et les contributions de l'employé).
- L'épuisement professionnel pourrait être la cause sous-jacente de fatigue accablante, de cynisme ou de sensation de détachement vis-à-vis du travail, ou encore de sentiment d'inefficacité ou de ressentiment devant l'absence de reconnaissance.

Définition scientifique

- L'*épuisement professionnel* est actuellement décrit comme étant un «phénomène professionnel» dans la CIM-11, mais ne figure pas sur la liste des diagnostics médicaux ou psychiatriques.
- L'Organisation mondiale de la santé décrit l'*épuisement professionnel* comme étant déclenché en grande partie par le fait que le milieu de travail ou l'organisation ont un impact nocif sur les personnes qui y travaillent.
- LA CIM-11 décrit l'épuisement professionnel comme étant «un syndrome conceptualisé résultant de stress chronique en milieu de travail inefficacement géré [...] L'épuisement professionnel fait référence plus précisément aux circonstances en contexte professionnel et ne devrait pas être utilisé pour décrire des expériences dans d'autres domaines de vie»¹⁰.
- L'*épuisement professionnel* est un «syndrome psychologique en réaction à des facteurs de stress interpersonnel chronique au travail. Les trois caractéristiques clés de cette réaction sont : une fatigue accablante, des sentiments de cynisme et de détachement du travail, et un sentiment d'inefficacité et d'échec»¹².
- L'épuisement professionnel peut conduire à des réactions négatives envers les autres (dont des attitudes inappropriées envers les coéquipiers), à de l'irritabilité, à une perte d'espoir et à de l'isolement¹³.
- Les perceptions «de volume de travail élevé, de manque de contrôle ou d'influence sur les politiques et les procédures de l'agence, de l'injustice de la structure et de la discipline organisationnelles, de faible soutien des pairs et des superviseurs et de la mauvaise formation par l'agence et en cours d'emploi»¹⁶, p. 59 ont été identifiées comme étant des facteurs de stress sous-jacents à l'épuisement professionnel¹⁴⁻¹⁶.
- L'*épuisement professionnel* se distingue de l'*usure de compassion*, du *stress traumatique indirect* ou *secondaire* et du *traumatisme indirect* dans la mesure où il n'est pas nécessairement lié à une exposition à des événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique, à un traumatisme complexe ou à des expériences négatives de l'enfance.

Événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique (ÉPTP) / Événement traumatisant sur le plan psychologique / Facteur de stress potentiellement traumatique sur le plan psychologique / Facteur de stress traumatique sur le plan psychologique (SPTP) / Événement traumatisant / Facteur de stress traumatique

Définition pour le grand public

- Les termes *événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique (ÉPTP)*, *événement traumatique sur le plan psychologique*, *facteur de stress traumatique sur le plan psychologique (SPTP)*, *événement traumatisant*, et *facteur de stress traumatique* ne figurent pas actuellement sur la liste du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Un *événement traumatique sur le plan psychologique (ÉTP)* est un événement stressant qui a causé un traumatisme psychique qui peut correspondre à un ou plusieurs états post-traumatiques de santé mentale (comme un trouble de stress post-traumatique [TSPT] ou un trouble panique).
- Un *événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique (ÉPTP)* est un événement qui a le potentiel de causer un TSPT ou d'autres problèmes de santé mentale liés aux traumatismes. Ce terme est plus précis que celui d'*incident critique*.
- Un traumatisme psychique peut causer des dommages sans présence d'une blessure physique.
- Des exemples typiques d'événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique (ÉPTP) sont :
 - les expériences négatives de l'enfance;
 - les accidents de la route;
 - les agressions sexuelles et d'autres formes de violence;
 - la mort subite violente ou accidentelle d'un proche ou un risque de décès d'un proche;
 - une blessure physique grave, réelle ou menacée, la participation à un combat militaire, une catastrophe naturelle ou l'exposition à des restes humains.

Définition scientifique

- Les termes *événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique (ÉPTP)*, *événement traumatique sur le plan psychologique*, *facteur de stress traumatique sur le plan psychologique (SPTP)*, *événement traumatisant*, et *facteur de stress traumatique* ne figurent pas actuellement sur la liste du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Un *événement traumatique sur le plan psychologique (ÉTP)* est un événement stressant qui implique une menace de mort réelle ou perçue, une blessure grave ou une agression sexuelle et qui a causé un *traumatisme psychique* qui peut correspondre à un ou plusieurs états post-traumatiques de santé mentale (comme un *trouble de stress post-traumatique [TSPT]* ou un *trouble panique*).
- Un *traumatisme psychique* est différent d'un *traumatisme physique* au sens où le *traumatisme psychique* ne nécessite pas la présence de lésions des tissus ou de dysfonctions.
- L'exposition à un ou plusieurs *événements traumatisants sur le plan psychologique (ÉTP)* est un critère servant à établir un diagnostic de trouble de stress aigu ou de trouble de stress post-traumatique selon le DSM-5-TR et la CIM-11.
- Le terme *événement traumatisant sur le plan psychologique* est précédé par le mot «potentiellement» (c'est-à-dire un *événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique*) étant donné que des expositions de ce type sont idiosyncrasiques. Le descripteur «potentiellement» relève de l'effort visant à souligner l'importance de facteurs dynamiques personnels et contextuels ayant une influence sur le fait qu'un événement est –ou non– traumatisant sur le plan psychologique pour un individu donné à un moment donné.
- L'exposition à un ÉPTP peut être directe, on peut en être témoin, on peut apprendre que c'est arrivé à un membre de sa famille ou un ami proche (dans ces cas, l'événement doit avoir été violent ou accidentel) ou elle peut survenir par des expositions répétées ou extrêmes à des détails répugnants.
- Un ÉPTP peut contenir une dimension morale, qui demande une attention spécifique (comme les événements potentiellement moralement dommageables, qui peuvent blesser sans toutefois être accompagnés de mort réelle ou menacée, de blessure grave ou de violence sexuelle).
- Les personnes exposées à un ÉPTP ne développeront pas toutes une blessure de stress post-traumatique ou un trouble de stress post-traumatique. Des facteurs préexistants et concurrents ou des blessures mentales ou physiques à la suite de l'ÉPTP peuvent avoir un impact sur le développement d'une blessure de stress post-traumatique. Il peut s'agir par exemple d'antécédents d'exposition à des événements traumatisants, d'impuissance perçue durant l'ÉPTP ou de la présence ou de l'absence perçues de soutien social durant et après l'ÉPTP.

-
- Le registre familier du langage contemporain en santé mentale conduit à utiliser les termes *facteur de stress*, *stresseur traumatique* ou *traumatisme* de manière interchangeable avec le terme ÉPTP.
 - Un ÉPTP renvoie à des événements qui ont le potentiel spécifique de causer un trouble de stress post-traumatique (TSPT) ou d'autres problèmes de santé mentale liés aux traumatismes et il est plus précis qu'un terme comme *incident critique*.
-

Expérience négative de l'enfance (ENE)

Définition pour le grand public

- Le terme *expérience négative de l'enfance* (ENE) ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Les expériences négatives de l'enfance sont des événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique dans la vie familiale ou sociale de l'enfant, nuisibles à sa santé et qui peuvent causer des blessures ou de la détresse.
- Les expériences négatives de l'enfance incluent :
 - la négligence psychologique ou physique;
 - la violence psychologique, physique ou sexuelle;
 - la violence conjugale.
- Les expériences négatives de l'enfance peuvent rendre les enfants vulnérables plus tard dans leur vie à des problèmes ou à des troubles de santé mentale.

Définition scientifique

- Le terme *expérience négative de l'enfance* (ENE) ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- «Les expériences négatives de l'enfance sont définies sur le plan opérationnel comme des événements dans l'enfance, variant en gravité et souvent chroniques, qui se produisent dans la famille ou dans l'environnement social de l'enfant, et qui causent des préjudices et de la détresse, perturbant ainsi le développement et la santé physique ou psychologique de l'enfant»¹¹.
- Les principales expériences négatives de l'enfance sont :
 - l'exposition à de la violence psychologique, physique ou sexuelle;
 - la négligence émotionnelle ou physique;
 - l'exposition à de la violence conjugale;
 - des dysfonctions au sein du ménage (en particulier une exposition à la séparation des parents ou un membre de la famille avec des antécédents de trouble de santé mentale, un mauvais usage de substances, une incarcération, une tentative de suicide ou une mort par suicide).

Fardeau des aidants naturels

Définition pour le grand public

- Le *fardeau des aidants naturels* désigne l'impact négatif pour l'aidant naturel ou le proche aidant qui prend soin d'une personne.
- Cet impact négatif peut inclure le fait d'avoir moins de temps pour des activités sociales, pour des passe-temps ou pour le travail et entraîner des problèmes financiers.
- L'aidant naturel ou le proche aidant peut aussi subir un impact physique, psychologique, social ou émotionnel et il peut se sentir fatigué, déprimé, anxieux, impuissant et socialement isolé¹⁷.

Définition scientifique

- Le *fardeau des aidants naturels* comporte deux catégories :
 - Le *fardeau objectif* de l'aidant naturel fait référence à l'impact négatif de la maladie de la personne sur le proche aidant, étant donné les exigences sur le temps que ce dernier consacre au travail et aux activités sociales et récréatives, ainsi que le fardeau financier associé.
 - Le *fardeau subjectif* de l'aidant naturel fait référence à l'impact physique, psychologique, social et émotionnel des responsabilités du proche aidant, comme des sentiments de fatigue, de dépression, d'anxiété, d'impuissance et d'isolement social¹⁷.

Incident critique

Définition pour le grand public

- Le terme *incident critique* ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Le terme *incident critique* est utilisé le plus souvent pour décrire un événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique subi par un membre du personnel de la sécurité publique et qui provoque des réactions émotionnelles exceptionnellement fortes.
- Un incident critique peut se produire lorsqu'une personne est bouleversée par l'ampleur, la gravité, le lien personnel ou le degré d'exposition à un événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique.
- Le terme *incident critique* est souvent utilisé de façon interchangeable avec les termes *événement potentiellement traumatique sur le plan psychologique* (ÉPTP) / *événement traumatisant sur le plan psychologique* / *facteur de stress potentiellement traumatique sur le plan psychologique* / *facteur de stress traumatique sur le plan psychologique* (SPTP) / *événement traumatisant* / *facteur de stress traumatique* ou *traumatisme* / *blessure traumatique*.

Définition scientifique

- Le terme *incident critique* ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Le terme *incident critique* est le plus souvent utilisé par le personnel de la sécurité publique pour décrire un événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique (ÉPTP).
- On pense que les incidents critiques impliquent le fait d'avoir des réactions émotionnelles exceptionnellement fortes qui pourraient nuire à la capacité de fonctionner de la personne, soit sur les lieux d'un ÉPTP ou à la suite de l'ÉPTP. Les *incidents critiques* peuvent impliquer «toutes les gardes physiques (arrestations), toutes les poursuites en voiture ou à pied, tous les codes de réponses répartis (urgence), tous les accidents de voiture qui demandent un travail physique et tous les appels qui présentent une menace active à la vie ou à la propriété»²⁴.
- Le terme *incident critique* était utilisé auparavant pour distinguer les expositions courantes d'une personne dans l'exercice de ses fonctions des expositions considérées comme davantage susceptibles d'entraîner des problèmes psychologiques.

Intersectionnalité

Définition pour le grand public

- Une population n'est pas composée d'un groupe simple, uni-dimensionnel. De nombreux facteurs d'identité, qui s'entrecroisent, ont un impact sur la façon dont chacun comprend et perçoit le monde qui l'entoure.
- Les facteurs principaux d'identité sont l'ethnicité, la religion, l'âge, les capacités physiques et cognitives, le sexe, l'identité de genre, l'orientation sexuelle et le statut socioéconomique.
- Le concept d'intersectionnalité est une manière de reconnaître les nombreuses facettes de l'identité qui influencent les expériences.

Définition scientifique

- Le terme *intersectionnalité* a été inventé en 1989 par l'universitaire et activiste des droits de la personne Kimberlé Crenshaw⁴⁰, dans le but d'expliquer comment la race interagit avec le sexe ou le genre et d'autres facteurs et aboutit à la création d'obstacles aux femmes noires. Aujourd'hui, l'intersectionnalité est considérée plus largement comme étant un cadre permettant de comprendre comment les facettes de l'identité d'une personne se combinent pour créer différents modes de discrimination et de privilèges.
- L'intersectionnalité est une approche de l'identité qui affirme que différentes catégories d'identité peuvent s'entrecroiser et coexister chez une même personne et que cela conduit à une expérience qualitativement différente que celle vécue par chacune de ces identités.

Maladie mentale

Définition pour le grand public

- Le terme *maladie mentale* fait référence aux émotions, aux comportements et aux difficultés de penser qui nuisent à la capacité d'une personne à bien comprendre la réalité, ce qui lui arrive et ce qui l'entoure. Ces émotions, ces comportements et ces difficultés sont généralement des signes ou des symptômes de maladie mentale.
- Les signes et les symptômes de maladie mentale peuvent varier sur une échelle de légers à graves.
- On peut habituellement diagnostiquer ces signes et symptômes comme un état spécifique de maladie mentale au sens du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- La maladie mentale est souvent accompagnée de détresse et d'une baisse du fonctionnement social, professionnel ou dans la pratique d'activités quotidiennes.

Définition scientifique

- Le terme *maladie mentale* fait référence aux troubles de santé mentale, diagnostiqués ou non diagnostiqués.
- La maladie mentale varie en intensité, allant de légère à grave.
- La maladie mentale est associée à une détresse significative au niveau social, professionnel, ou dans la pratique d'activités du quotidien.

Médecine fondée sur des données probantes (médecine factuelle)

Définition pour le grand public

- La *médecine fondée sur des données probantes*, ou médecine factuelle, consiste à intégrer systématiquement, à tous les soins de santé prodigués, trois éléments :
 - l'expérience et l'expertise du clinicien;
 - les meilleures données probantes accessibles obtenues par des recherches méthodiques (presque toujours publiées dans des revues à comité de lecture);
 - les attentes et les préoccupations du patient ou client.
- La médecine factuelle est aujourd'hui la norme en pratique clinique pour tous les médecins et les prestataires de soins de santé autorisés.
- Lorsqu'on consulte un prestataire de soins de santé pour la première fois, le mieux est de lui demander s'il pratique la *médecine fondée sur des données probantes* (afin d'être sûr qu'il sait de quoi il s'agit).

Définition scientifique

- Le terme *médecine fondée sur des données probantes*, ou médecine factuelle, a été inventé en 1992 par le docteur Gordon Guyatt de l'Université McMaster²⁵.
- La médecine factuelle consiste à intégrer systématiquement, à tous les soins de santé prodigués, les éléments suivants :
 - l'expérience et l'expertise du clinicien;
 - les meilleures données probantes actuellement accessibles obtenues par des recherches méthodiques;
 - les attentes et les préoccupations du patient ou du client.
- La médecine factuelle permet de mieux structurer et d'objectiver la prise de décision en pratique clinique en combinant les résultats les plus récents en recherche sur les populations avec l'expertise clinique du praticien à diagnostiquer et à prendre soin du patient ou du client et avec attention empathique envers les circonstances, les droits et les préférences de chaque patient ou client²⁶⁻²⁹.
- La médecine factuelle étant la norme acceptée pour la pratique clinique légitime, on devrait encourager les gens à demander à un nouveau prestataire s'il pratique la médecine fondée sur des données probantes (afin de s'assurer que le prestataire sait de quoi il s'agit).

Mieux-être

Définition pour le grand public

- Le terme *mieux-être* ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- À l'heure actuelle, il n'y a pas de consensus sur la définition du terme *mieux-être*. Certaines définitions du *mieux-être* chevauchent les définitions du *bien-être*.
- Le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations définit le mieux-être mental comme un équilibre «entre les aspects mental, physique, spirituel et émotionnel»⁷⁵. D'après ce cadre, l'équilibre est renforcé lorsqu'une personne a un but dans sa vie quotidienne, entretient de l'espoir pour l'avenir, éprouve un sentiment d'appartenance et a l'impression que sa vie a un sens.

Définition scientifique

- Le terme *mieux-être* ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- À l'heure actuelle, il n'y a pas de consensus sur une définition.
- Le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations définit le *mieux-être* mental comme un équilibre «entre les aspects mental, physique, spirituel et émotionnel. Il y a un renforcement de cet équilibre chez les individus qui ont un but dans leur vie quotidienne, (que ce but passe par l'éducation, l'emploi, la prestation de soins ou une façon d'être et de faire ancrée dans la culture), qui entretiennent à l'égard de leur avenir et de celui de leur famille un espoir découlant de leur volonté de vivre leur vie en se fondant sur la connaissance de soi, des valeurs autochtones uniques et une croyance en l'esprit, qui éprouvent un sentiment d'appartenance et d'attachement relativement à leur famille, à leur communauté et à leur culture et enfin qui ont le sentiment que la vie a un sens et qui comprennent de quelle façon leur vie et celles des membres de leur famille et de leur collectivité s'inscrivent dans la création et dans une histoire riche»⁷⁵.
- Les termes *bien-être*, *santé* et *mieux-être* se chevauchent et ils sont parfois utilisés de manière interchangeable.

Personnel de la sécurité publique (PSP)

Définition pour le grand public

- La définition du terme *personnel de la sécurité publique* (PSP) continue d'évoluer et est susceptible de changer.
- Il s'agit d'un terme général qui s'applique aux personnes qui assurent la protection et la sécurité de la population.
- Les premiers répondants peuvent aussi être qualifiés de membres du PSP.
- Au Canada, ce terme englobe les agents des Services frontaliers, les membres actifs ainsi que les vétérans des Forces armées canadiennes, les agents des services correctionnels et de libérations conditionnelles, les pompiers (professionnels et volontaires), les gestionnaires des urgences autochtones, le personnel opérationnel et du renseignement, les paramédics, les services de police, les communicateurs de la sécurité publique (comme les répartiteurs du 911) et le personnel de recherche et sauvetage.

Définition scientifique

- La définition du terme *personnel de la sécurité publique* (PSP) continue d'évoluer.
- Le terme est actuellement utilisé principalement au Canada.
- Il s'agit d'un terme général censé rassembler dans une même catégorie les personnes qui ont suivi une formation spécialisée et qui occupent un emploi visant à assurer la protection et la sécurité de la population.
- Dans le rapport de 2016 *Healthy minds, safe communities*, le comité permanent sur la sécurité publique et la sécurité nationale a défini généralement le terme *agent de la sécurité publique* «pour regrouper le personnel qui assure la protection et la sécurité des Canadiens, y compris les trois services d'intervention d'urgence (incendie, police, et paramédics), le personnel de recherche et sauvetage, les agents correctionnels, les agents des Services frontaliers, le personnel opérationnel et du renseignement et les gestionnaires des urgences autochtones »⁶⁰, p. 5.
- Des rétroactions à propos de l'usage de l'expression « agent de la sécurité publique » ont mentionné que plusieurs groupes professionnels se sentaient exclus par l'utilisation du mot «agent», parce qu'ils n'appartiennent pas aux forces policières ou militaires. Par conséquent, le terme *personnel de la sécurité publique* est maintenant employé pour faire référence aux personnes qui exercent des fonctions professionnelles en lien avec la sécurité publique.

Personnes ayant une expérience vécue [de trouble mental ou de problème de santé mentale] / Experts par expérience [de trouble mental ou de problème de santé mentale]

Définition pour le grand public

- Les *personnes ayant une expérience vécue* de trouble mental ou de problème de santé mentale, ou *experts par expérience*, vivent ou ont vécu un trouble mental ou un problème de santé mentale ou encore sont en phase de rétablissement.

Définition scientifique

- Les *personnes ayant une expérience vécue* de trouble mental ou de problème de santé mentale, ou *experts par expérience*, vivent ou ont vécu un trouble mental ou un problème de santé mentale ou sont en phase de rétablissement.
- Ces termes peuvent aussi désigner les personnes exposées à un ou plusieurs événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique.
- Ils peuvent également englober des membres de la famille ainsi que d'autres personnes aidantes qui s'intéressent aux personnes qui vivent ou ont vécu un trouble mental, un problème de santé mentale ou une exposition à un ou plusieurs événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique, ou sont en phase de rétablissement de ces expériences.

Premier répondant

Définition pour le grand public

- Un *premier répondant* est un professionnel spécialement formé qui arrive sur les lieux d'une urgence pour fournir immédiatement une aide médicale ou pour aider à l'évacuation. L'urgence est par exemple un accident de la route, une catastrophe naturelle ou une attaque terroriste.
- La définition de *premier répondant* évolue constamment et est susceptible de changer.
- Traditionnellement, les premiers répondants sont les pompiers, les paramédics et les agents de police.
- Plusieurs considèrent également comme premiers répondants d'autres membres qualifiés d'organisations qui fournissent un soutien professionnel lors d'une situation d'urgence (par exemple le personnel des forces armées ou les communicateurs en sécurité publique comme les répartiteurs du 911).

Définition scientifique

- Un *premier répondant* est une personne ayant une formation spécialisée et officiellement mandatée qui arrive sur les lieux d'une urgence, que ce soit un accident de la route, une catastrophe naturelle ou une attaque terroriste, afin de fournir de l'aide médicale ou d'aider à l'évacuation.
- La définition continue d'évoluer.
- Traditionnellement, les premiers répondants sont généralement les pompiers, les paramédics et les agents de police.
- D'autres membres qualifiés d'organisations qui fournissent de l'aide professionnelle en situation d'urgence (par exemple le personnel militaire ou les communicateurs en sécurité publique comme les répartiteurs du 911) peuvent également être considérés comme premiers répondants.

Prestataire

Définition pour le grand public

- Un *prestataire de soins de santé* est un clinicien ou un thérapeute qui fournit des soins directement à un patient ou à un client, parfois à un groupe de patients ou de clients. Cette personne peut offrir une grande variété de services.
- Un *prestataire* de soins de santé peut aussi être une organisation ou le personnel administratif d'un organisme ou d'une organisation de soins de santé, responsable de gérer ou d'administrer certaines composantes des soins offerts aux patients ou aux clients au sein de cette organisation.
- Tous les prestataires de soins de santé ont «l'obligation de diligence» envers leurs patients et leurs clients : plus précisément, cela signifie qu'ils doivent prendre des mesures raisonnables pour éviter tout ce qui pourrait nuire ou causer un tort aux personnes dont ils ont la responsabilité⁵⁸.
- Les médecins, les infirmières, les psychologues, les travailleurs sociaux, les infirmières praticiennes, les adjoints aux médecins, les techniciens médicaux, les technologues respiratoires, les dentistes, les physiothérapeutes, les optométristes et les organismes hospitaliers sont des prestataires de soins de santé.
- Les prestataires individuels de soins de santé sont susceptibles de travailler dans un établissement de soins de santé (hôpital, clinique, cabinet privé) et de donner des soins en personne, au téléphone ou virtuellement sur Internet.

Définition scientifique

- Un *prestataire de soins de santé* est une personne (un groupe de personnes ou un organisme) qui offre, à des patients ou à des clients, des services sur tout le continuum des soins de santé.
- Tous les prestataires de soins de santé (dont les administrateurs des hôpitaux et l'établissement hospitalier lui-même) ont «l'obligation de diligence» envers leurs patients et leurs clients, c'est-à-dire la « responsabilité ou obligation juridique [...] d'éviter les actes ou les omissions susceptibles de causer du tort à autrui »⁵⁸.
- Un prestataire de soins de santé est susceptible de travailler dans un établissement comme un hôpital, une clinique ou un cabinet privé et de donner des soins en personne, au téléphone ou virtuellement sur Internet. Le prestataire peut également être l'administrateur d'un hôpital, d'une clinique ou de l'organisme de réglementation d'un établissement de soins de santé.

Problème de santé mentale / Mauvais état de santé mentale

Définition pour le grand public

- Les termes *problème de santé mentale* ou *mauvais état de santé mentale* ne figurent pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Un problème de santé mentale peut correspondre à tous les mauvais états de santé mentale ou toutes les maladies mentales.
- Ces termes servent à décrire les réactions normales aux facteurs de stress quotidien tout autant que les troubles de santé mentale.
- On utilise souvent le terme *problème de santé mentale* pour tenter de réduire la stigmatisation liée aux maladies mentales.

Définition scientifique

- Les termes *problème de santé mentale* et *mauvais état de santé mentale* ne figurent pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Il s'agit de termes généraux qui englobent les troubles de santé mentale, les maladies mentales et les symptômes non diagnostiqués explicables par un diagnostic de trouble de santé mentale. Un problème de santé mentale est souvent causé par des éléments autres que l'exposition à un ou plusieurs événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique. Des exemples en sont notamment le trouble dépressif caractérisé, le trouble bipolaire, le trouble d'anxiété généralisée, les troubles de la personnalité et la schizophrénie.
- Les problèmes de santé mentale peuvent aussi inclure des états de mauvaise santé mentale qui ne répondent pas aux critères diagnostiques de trouble mental du DSM-5-TR ou de la CIM-11, comme des réactions culturellement adaptées aux facteurs de stress courants.
- On préfère souvent utiliser le terme *problème de santé mentale* afin de réduire la stigmatisation liée à la maladie mentale.

Purge LGBT

Définition pour le grand public

- Entre les années 1950 et 1990, les personnes lesbiennes, homosexuelles, bisexuelles ou transgenres (LGBT) membres des Forces armées canadiennes, de la Gendarmerie royale du Canada et de la fonction publique fédérale ont été systématiquement discriminées, harcelées, et souvent congédiées à titre de pratique de sanction et de politique, durant ce qu'on a plus tard appelé la purge LGBT.
- La purge LGBT a touché plus de 9 000 citoyens canadiens. En 2016, les survivants de la purge LGBT ont entamé un recours collectif à l'échelle nationale contre le gouvernement du Canada. L'entente parvenue en 2018 a inclus une indemnité financière de 145 millions de dollars⁴¹.

Définition scientifique

- Pendant plus de 40 ans à partir des années 1950, les personnes lesbiennes, homosexuelles, bisexuelles ou transgenres (LGBT) membres des Forces armées canadiennes, de la Gendarmerie royale du Canada et de la fonction publique fédérale ont été systématiquement discriminées, harcelées et souvent congédiés à titre de pratique de sanction et de politique, durant ce qu'on a plus tard appelé la purge LGBT^{41,42}.
- Lors de ce qui sera plus tard connu comme la purge LGBT, les membres du personnel LGBT ou soupçonnés d'être LGBT ont été suivis, interrogés, arrêtés, maltraités et, en conséquence, traumatisés.
- La purge LGBT effectuée par le gouvernement du Canada a touché plus de 9 000 citoyens canadiens. En 2016, les survivants de la purge LGBT ont entamé un recours collectif à l'échelle nationale contre le gouvernement du Canada. Une entente a été conclue en 2018, incluant une indemnité financière de 145 millions de dollars^{41,42}.

Résilience

Définition pour le grand public

- Le terme *résilience* ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- La *résilience* est la ténacité physique et mentale à long terme dont les gens se nourrissent pour faire face à l'adversité quotidienne.
- Parfois définie comme étant du « courage » ou de la « détermination », on pense que la résilience est une qualité qu'une personne peut posséder naturellement ou qu'elle développe à travers le travail et les expériences de la vie.

Définition scientifique

- Le terme *résilience* ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- La définition du terme continue d'évoluer. On emploie souvent le terme *résilience* parallèlement aux termes *résistance*, *rétablissement* et *reconfiguration* pour décrire les répercussions et les réactions possibles en face de divers facteurs de stress, que ces derniers persistent ou demeurent limités dans le temps.
- L'accent mis actuellement sur le renforcement de la résilience dans de nombreuses formations en santé comportementale et en santé mentale peut avoir des conséquences négatives non intentionnelles. En effet, si on offre une formation en résilience à une personne et que celle-ci n'obtient pas un état de *résilience*, elle pourrait se blâmer ou avoir honte, ce qui mène à davantage de stigmatisation, de sentiments d'impuissance et à une moindre recherche d'aide dans le futur. C'est le « côté négatif » de trop encourager les personnes à être résilientes, en plaçant « trop de blâmes sur des personnes en particulier pour des injustices ou des désavantages généraux systémiques, et trop de responsabilités sur ces personnes à les surmonter »⁶³. Ces programmes de résilience sont le fruit d'une bonne intention mais, dans l'ensemble, ils n'ont pas été systématiquement suivis ou évalués⁶⁴.

Rétablissement

Définition pour le grand public

- Le terme *rétablissement* ne figure pas actuellement sur liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Le *rétablissement* est défini comme étant le cheminement personnel vers un mode de vie qui permet à une personne atteinte d'un problème de santé mentale ou physique d'avoir une santé mentale positive et un bien-être sain.

Définition scientifique

- Le terme *rétablissement* ne figure pas actuellement sur liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Bien qu'il n'existe pas de définition universellement acceptée du terme *rétablissement*, le concept est largement approuvé.
- Le terme *rétablissement* fait référence au cheminement personnel contextualisé et autodéterminé vers le bien-être d'une personne qui souffre de trouble mental, d'état de santé physique chronique ou de douleur chronique.
- Le terme *rétablissement* décrit un processus de changement continu, qui améliore le bien-être de la personne, en particulier la réduction de ses symptômes, et qui lui permet aussi de mener une vie enrichissante avec une santé mentale positive, d'être optimiste et pleine d'espoir et de participer et contribuer à la société, à sa collectivité ou à tout initiative qu'elle juge louable^{61,62}.

Santé

Définition pour le grand public

- Le terme *santé* décrit le fonctionnement et l'état physique, mental, social ainsi que, dans certaines définitions, spirituel d'une personne.
- Le terme *santé* peut aussi décrire la manière dont une personne conçoit son fonctionnement « physique, mental, social et spirituel »³¹, ou comment les autres conçoivent son « fonctionnement physique, mental, social et spirituel »³¹.

Définition scientifique

- Le terme *santé* décrit le fonctionnement physique, mental, social et (selon certains) spirituel d'une personne et la santé peut varier sur un continuum de mauvaise à bonne³²⁻³⁵.
- La *santé* peut être décrite subjectivement, par exemple, lorsqu'une personne décrit son propre fonctionnement, son bien-être psychologique ou sa qualité de vie liée à la santé.
- La santé peut aussi être décrite objectivement, par exemple, à l'aide des observations d'un membre de la famille ou d'un professionnel de la santé à propos du fonctionnement physique, du bien-être psychologique ou de la qualité de vie liée à la santé d'une autre personne.

Santé mentale

Définition pour le grand public

- Le terme *mental* fait référence aux pensées, aux sentiments, aux émotions et au fonctionnement connexe du cerveau.
- La *santé mentale* se situe sur un continuum allant de mauvaise à bonne. Lorsqu'elle a une bonne santé mentale, une personne :
 - se comprend et reconnaît ses capacités;
 - gère bien un stress normal;
 - éprouve des sentiments agréables dans ses interactions et ses relations avec les autres;
 - est capable de travailler ou de fonctionner correctement dans le cadre de ses activités habituelles;
 - contribue à sa famille ou à sa collectivité.
- On peut recevoir un diagnostic de trouble mental, mais bien le gérer et avoir une bonne santé mentale. À l'inverse, on peut avoir une mauvaise santé mentale sans avoir reçu de diagnostic de trouble mental.
- La santé mentale est influencée par une variété de facteurs de stress personnel et social.

Définition scientifique

- Le terme *mental* fait référence aux pensées, aux sentiments, aux émotions et au fonctionnement connexe du cerveau.
- La *santé mentale* se situe sur un continuum allant de mauvaise à bonne, où la bonne santé mentale est un état de bien-être psychologique. Une bonne santé mentale permet généralement aux personnes de bien fonctionner dans la vie et de pratiquer leurs activités habituelles, de réaliser leur potentiel, de gérer le stress normal de la vie et de contribuer à leur famille ou à leur collectivité.
- Un *trouble mental* se situe sur un continuum différent, sur une échelle allant de léger à grave⁴³. Une personne peut avoir une bonne santé mentale même si elle est atteinte d'une maladie mentale ou d'un trouble mental. Plus souvent, une personne a une mauvaise santé mentale sans pour autant répondre aux critères diagnostiques d'un trouble mental particulier décrit dans le DSM-5-TR ou la CIM-11.
- La santé mentale est influencée par une variété de déterminants personnels, sociaux et économiques.

Satisfaction des aidants naturels

Définition pour le grand public

- Le terme *satisfaction des aidants naturels* fait référence à l'impact positif de la prestation de soins, soit la satisfaction personnelle, le fait de se sentir nécessaire, bien, utile ou plus proche de la personne à qui on fournit ces soins.

Définition scientifique

- Le terme *satisfaction des aidants naturels* est fréquemment utilisé en référence à l'impact positif lié à la prestation de soins.
- Cet impact positif inclut une relation plus solide avec la personne qui reçoit les soins, une croissance personnelle, une meilleure estime de soi et le sentiment d'avoir un but.

Soutien par les pairs

Définition pour le grand public

- Le *soutien par les pairs* est une relation de soutien axée sur le rétablissement entre des personnes qui vivent, ou ont vécu, la même expérience, c'est-à-dire qu'elles partagent une expérience vécue.
- Le soutien par les pairs consiste à offrir du soutien social, émotionnel, spirituel et matériel pour favoriser le bien-être et le rétablissement de problèmes de santé mentale.
- Les expériences vécues partagées sont à la base d'une relation de soutien par les pairs. Il peut s'agir d'expériences de problèmes de santé physique ou mentale, en milieu de travail, de problèmes de logement ou de finances ou encore d'expériences partagées de deuil et de perte.
- Le soutien par les pairs peut être offert individuellement ou en groupe, et parfois en une combinaison des deux.
- Pour qu'un pair aidant soit capable d'offrir à ses pairs un soutien sécuritaire efficace, ses compétences acquises lors de son expérience vécue doivent souvent être enrichies par une formation (en théorie et en techniques de base de thérapie, ainsi que sur les domaines liés à l'expérience partagée).
- Les Alcooliques Anonymes (AA) et le Soutien social sur les blessures de stress opérationnel (SSBSO) sont des exemples de soutien par les pairs.

Définition scientifique

- La littérature définit le terme *soutien par les pairs* de différentes façons : à la base, le soutien par les pairs est une relation de soutien axée sur le rétablissement entre des personnes, et est basé sur des caractéristiques communes et des expériences vécues ou encore un mode de vie partagé, comme être atteint du trouble de stress post-traumatique⁴⁸⁻⁵⁰.
- Les expériences vécues et le mode de vie partagés susceptibles d'être à la base d'une relation de soutien par les pairs sont, entre autres, des problèmes de santé physique ou mentale, des problèmes de logement, de finances ou en milieu de travail, ou encore le fait de vivre un deuil ou une perte.
- Le soutien par les pairs peut être offert individuellement ou en groupe, parfois en une combinaison des deux.
- Le soutien par les pairs offre un soutien axé sur le rétablissement social, émotionnel et spirituel, souvent accompagné de soutien matériel (psychoéducation, recommandation, système de navigation, etc.)⁵¹.
- Un pair qui offre du soutien par les pairs peut être appelé, en d'autres termes, *pair aidant*, *pair avec expérience vécue*, *travailleur en soutien par les pairs*, *répondant en bien-être* ou *paraprofessionnel*⁴⁸.
- La tendance chez un pair aidant à comprendre par empathie d'autres personnes qui vivent les mêmes expériences ou partagent le même mode de vie le rend automatiquement crédible pour les pairs qui cherchent du soutien.
- S'il n'existe actuellement aucune norme largement acceptée ou fondée sur des données probantes en ce qui concerne la formation en soutien par les pairs, on sait que les connaissances et les compétences de cette expérience sont améliorées lorsqu'elles sont accompagnées de formation (souvent sur la théorie et les techniques de base de thérapie, et concernant les domaines liés à l'expérience partagée)⁵²⁻⁵⁵.
- Les Alcooliques Anonymes (AA) et le Soutien social sur les blessures de stress opérationnel (SSBSO) sont des exemples de soutien par les pairs.

Soutien social

Définition pour le grand public

- Au fond, on peut concevoir le *soutien social* comme la mesure selon laquelle une personne se sent soutenue par d'autres.
- Les gens ont des réseaux de *soutien social* de différentes tailles. Le soutien social d'une personne englobe aussi divers groupes ou réseaux, en particulier ses collègues de travail, sa famille et ses amis provenant de différents domaines de sa vie.
- On choisit parfois dans nos réseaux sociaux respectifs les personnes qui «seront là pour nous» et, ainsi, les personnes qui nous aident à profiter d'une meilleure santé et d'un meilleur bien-être.

Définition scientifique

- Au fond, on peut concevoir le *soutien social* comme la mesure selon laquelle une personne se sent soutenue par d'autres.
- La perception de *soutien social* constitue un aspect clé de la construction du soutien social qui est positivement associée à la santé et au bien-être émotionnels, et négativement associée à la dépression et à d'autres répercussions négatives sur la santé.
- Le soutien social est défini comme la perception d'être soutenu par d'autres et de pouvoir compter sur les autres pour du soutien émotionnel ou matériel, ou encore la conviction que les autres vont être «là pour nous» en cas de besoin.
- Les variables inversement associées au soutien social, que ce soit conceptuellement ou empiriquement, sont principalement la solitude, l'isolement social, la perception d'être un fardeau pour autrui et la détresse sociale; les variables qui sont positivement ou directement associées au soutien social sont principalement l'acceptation, la connectivité, le rapport ou l'identification positifs aux autres et l'impression d'«avoir de l'importance».
- Les mesures et les méthodes d'évaluation de la présence, de la nature et du degré de soutien social varient selon la dimension du soutien social en question.
- Les interventions visant à promouvoir le soutien social varient en complexité, de soutien en personne ou en groupes et de thérapies de groupe en ligne à des interventions psychologiques individuelles conçues afin d'encourager et de renforcer le soutien social et la camaraderie, et ainsi réduire ou prévenir les symptômes et les répercussions psychologiques négatives.

Stigmatisation

Définition pour le grand public

- Le terme *stigmatisation* ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM5-TR ou de la CIM-11.
- La *stigmatisation* est un ensemble de notions et de croyances très négatives qui circulent dans la société. Être stigmatisé signifie être symboliquement considéré comme étant une honte.
- Les maladies mentales sont parmi les états de santé les plus stigmatisés dans la société. Lorsqu'un état de santé est stigmatisé, la personne subit non seulement les symptômes de la maladie en soi, mais aussi le rejet et la désapprobation de la société ainsi que la honte que la stigmatisation conduit à ressentir.
- Comme les maladies mentales n'ont souvent aucune manifestation physique, c'est-à-dire qu'elles sont « invisibles », les gens n'ont pas facilement à faire face à leurs attitudes et à leurs croyances sur le sujet. L'invisibilité encourage aussi les personnes qui souffrent de maladie mentale ou de problèmes de santé mentale à continuer à se cacher et à rester silencieux concernant leur maladie, ce qui ajoute à leurs sentiments de honte et peut faire durer les croyances et les attitudes stigmatisées à propos de la maladie.
- Dans les dernières années, les campagnes de santé publique concernant la maladie mentale et la santé mentale ainsi que les témoignages de personnalités publiques qui ont parlé ouvertement de leurs problèmes de santé mentale ont aidé à réduire la stigmatisation liée à la maladie mentale.
- Il existe quatre types de stigmatisation liée à la santé mentale :
 - la stigmatisation structurelle, se produisant lorsque les politiques et les pratiques d'une organisation sont injustes envers les personnes qui souffrent de troubles de santé mentale⁶⁵;
 - la stigmatisation publique ou interpersonnelle, se produisant lorsque le public pense ou agit négativement envers des personnes atteintes de troubles de santé mentale⁶⁶;
 - l'autostigmatisation, se produisant lorsque les personnes qui souffrent d'un trouble de santé mentale croient les opinions négatives du public et se les attribuent⁶⁷;
 - la stigmatisation par association, se produisant lorsque les proches ou les parents du groupe stigmatisé (en particulier la famille, les amis ou les prestataires en santé mentale) sont aussi stigmatisés⁶⁸.

Définition scientifique

- Le terme *stigmatisation* ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- « Dans la Grèce antique, les citoyens marquaient leurs esclaves en les piquant avec un instrument pointu, afin de démontrer à la fois qu'ils en étaient propriétaires et que ces personnes n'étaient pas aptes à devenir citoyens. En fait, le terme en grec ancien pour piquer est “stig” et la marque qui s'ensuit, un “stigma” »⁶⁹ [traduction]. De nos jours, être stigmatisé signifie être marqué symboliquement comme étant une honte.
- « La stigmatisation est profondément dévalorisante et aliénante, et entraîne des sentiments de culpabilité, de honte et d'infériorité ainsi que l'envie de se cacher et le désir de se dissimuler »⁶⁹ [traduction].
- Les maladies mentales sont parmi les problèmes de santé les plus stigmatisés dans la société. Lorsqu'un problème de santé est stigmatisé, la personne subit non seulement les symptômes de la maladie en soi mais aussi le rejet et la désapprobation de la société, ainsi que la honte que la stigmatisation conduit à ressentir.
- Une définition générale de la stigmatisation qui englobe de nombreux éléments étroitement liés est ce qui est le plus représentatif des expériences quotidiennes des personnes qui font face à des problèmes de santé mentale.
 1. Le premier élément implique l'identification et l'étiquette apposées à des différences socialement importantes (comme une maladie mentale).
 2. Ensuite, cette étiquette est associée à un stéréotype négatif (ou plusieurs), par exemple que les gens atteints de TSPT sont violents et imprévisibles.
 3. Une fois étiquetées, les personnes sont placées dans une catégorie sociale particulière et considérées comme en marge de la norme (« nous contre eux »). Elles ne sont plus considérées individuellement, mais comme faisant partie d'un groupe homogène partageant les mêmes caractéristiques indésirables.
 4. Une fois classées de cette façon, les personnes stigmatisées font face à de la discrimination et à une perte de statut, ce qui mène à des iniquités sociales dans plusieurs domaines de leur vie⁷⁰.
- Il existe quatre principaux types de *stigmatisation* :
 - la stigmatisation structurelle, constituée des politiques et des pratiques accumulées d'organisations qui créent intentionnellement ou non des inégalités sociales envers les personnes qui souffrent de troubles de santé mentale⁶⁵;
 - la stigmatisation publique ou interpersonnelle, correspondant aux attitudes et aux comportements négatifs de la part de la population générale envers les personnes souffrant de troubles de santé mentale⁶⁶;

- l'autostigmatisation, se produisant lorsque des personnes souffrant de troubles de santé mentale ou d'autres problèmes de santé mentale internalisent les opinions stigmatisantes de la population et se les attribuent personnellement, ce qui conduit à ce qu'elles se sentent diminuées, marginalisées, avec une plus faible estime de soi, un mauvais moral et une moins bonne qualité de vie⁶⁷;
- la stigmatisation par association, se produisant lorsque des réactions négatives sont attribuées aux proches des personnes stigmatisées, en particulier les services et les organismes de soutien, comme les prestataires de soins de santé mentale, les programmes de santé mentale et la recherche sur la santé mentale⁶⁸.

Stress / Facteur de stress / Événement stressant

Définition pour le grand public

- Les termes *stress*, *facteur de stress* et *événement stressant* ne figurent pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Le terme *stress* décrit la façon dont se sent ou semble se sentir une personne touchée par un facteur de stress.
- Si le stress est une expérience courante et si un certain stress peut être positif lorsqu'il mène à la croissance et à l'adaptation, le stress peut également entraîner un traumatisme psychique.
- Lorsqu'on vit un événement stressant, on est touché par un ou plusieurs *facteurs de stress*, qui exercent sur soi une pression physique ou mentale. Si l'expérience est assez grave, le stress peut entraîner un traumatisme psychique susceptible de mener à un problème de santé mentale, comme le trouble de stress post-traumatique.
- Les termes *stress*, *facteur de stress* et *événement stressant* sont souvent utilisés de manière interchangeable pour faire référence à un événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique ou bien à une expérience négative de l'enfance.

Définition scientifique

- Les termes *stress*, *facteur de stress* et *événement stressant* ne figurent pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Le terme *stress* décrit l'expérience qu'une personne vit lorsqu'elle est touchée par un *facteur de stress* ou plusieurs. On caractérise souvent le stress par une détresse psychologique et des changements psychologiques (par exemple augmentation de la fréquence cardiaque, respiration peu profonde, tension musculaire).
- Si le stress est une expérience courante et si un certain stress peut être bénéfique lorsqu'il mène à la croissance et à l'adaptation, le stress peut aussi conduire à un traumatisme psychique.
- Un facteur de stress est une force physique, radiologique, biologique, socioéconomique ou psychologique qui agit sur une personne lors d'événements comme un accident de la route, la perte d'une relation importante, la perte d'un emploi, la confrontation avec un agresseur, une perte financière ou à la suite d'expériences négatives de l'enfance.
- Lors d'un événement stressant sur le plan psychologique, le facteur de stress provoque une expérience émotionnelle accompagnée de changements biochimiques, physiologiques et comportementaux prévisibles.
- Le terme *stress* est souvent utilisé comme synonyme, parfois par erreur ou par confusion, lorsque les personnes font référence au stress traumatique, à un traumatisme psychique, à un problème de santé mentale ou à un trouble de santé mentale associés à l'expérience d'un événement stressant.
- Les termes *stress*, *facteur de stress* et *événement stressant* sont souvent utilisés de manière interchangeable pour faire référence à un événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique ou bien à une expérience négative de l'enfance.

Stress post-traumatique (SPT)

Définition pour le grand public

- Le terme *stress post-traumatique* (SPT) ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Le terme *stress post-traumatique* a été utilisé pour faire référence au stress résultant de l'exposition à un ou plusieurs événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique. Le stress post-traumatique a aussi été utilisé en référence au *trouble de stress post-traumatique* et à d'autres problèmes de santé mentale susceptibles de survenir à la suite de l'exposition à un ou plusieurs événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique, et qui nuit au fonctionnement quotidien des activités sociales, professionnelles ou familiales.
- Le terme *stress post-traumatique* est souvent utilisé de manière interchangeable avec d'autres termes. Il est généralement plus utile d'employer des termes plus précis.

Définition scientifique

- Le terme *stress post-traumatique* (SPT) ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Le terme *stress post-traumatique* peut faire référence au trouble de stress post-traumatique, mais on l'a également utilisé en référence à des problèmes de santé mentale qui présentent des caractéristiques du trouble de stress post-traumatique sans toutefois répondre aux critères de diagnostic d'un *trouble de stress post-traumatique*. Dans les deux cas, le stress post-traumatique nuit quand même au fonctionnement quotidien des activités sociales, professionnelles ou familiales.
- Le stress post-traumatique peut se développer tôt après une exposition à un seul événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique ou progressivement, avec le temps, à la suite d'expositions cumulatives.
- Le terme *stress post-traumatique* ne fait pas référence aux réactions à des événements stressants ou à des changements importants dans la vie autres que des événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique et ne fait pas référence aux réactions normales à des facteurs de stress courants.
- Le terme *stress post-traumatique* est un terme familier, souvent utilisé de manière interchangeable avec le terme du diagnostic du *trouble de stress post-traumatique* (TSPT). L'utilisation appropriée de terme du diagnostic du *trouble de stress post-traumatique*, ou TSPT, est plus précise et elle prête moins à confusion.

Stress psychologique post-traumatique / Stress consécutif à un traumatisme / Syndrome de stress post-traumatique / Symptômes de stress post-traumatique / Stress psychologique / Traumatisme psychique / Stress traumatique sur le plan psychologique / Stress traumatique

Définition pour le grand public

- Les termes *stress psychologique post-traumatique*, *stress consécutif à un traumatisme*, *syndrome de stress post-traumatique*, *symptômes de stress post-traumatique*, *stress psychologique*, *traumatisme psychique*, *stress traumatique sur le plan psychologique* et *stress traumatique* ne figurent pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Ces termes sont utilisés pour décrire les conséquences possibles de l'exposition à un ou plusieurs événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique (ÉPTP).
- Le terme *symptômes de stress post-traumatique* (SSPT) est le terme le plus couramment utilisé.

Définition scientifique

- Les termes *stress psychologique post-traumatique*, *stress consécutif à un traumatisme*, *syndrome de stress post-traumatique*, *symptômes de stress post-traumatique*, *stress psychologique*, *traumatisme psychique*, *stress traumatique sur le plan psychologique* et *stress traumatique* ne figurent pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Ce sont des termes familiers utilisés pour décrire les conséquences possibles de l'exposition à un ou plusieurs événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique (ÉPTP). Ces termes sont utilisables pour qualifier un diagnostic de TSPT.

Stress traumatique indirect

Définition pour le grand public

- Le terme *stress traumatique indirect* ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Le *stress traumatique indirect* est le stress qu'une personne ressent lorsqu'elle est exposée aux événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique vécus par une autre personne.
- Il est équivalent au *stress traumatique secondaire*.
- Voir aussi « Traumatisme indirect ».

Définition scientifique

- Le terme *stress traumatique indirect* ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Le *stress traumatique indirect* est le stress qui se produit à la suite de l'exposition indirecte à des événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique (par exemple apprendre l'expérience traumatisante d'une autre personne) ou l'exposition à une personne traumatisée (par exemple en offrant du soutien ou des soins professionnels ou personnels à une personne qui a subi un traumatisme).
- Il est équivalent au *stress traumatique secondaire*.
- Voir aussi « Traumatisme indirect ».

Stress traumatique secondaire

Définition pour le grand public

- Le terme *stress traumatique secondaire* ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Le *stress traumatique secondaire* décrit un problème de santé mentale qui résulte de l'exposition indirecte, dans l'exercice de fonctions professionnelles, aux détails d'un ou de plusieurs événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique. Une exposition indirecte de ce type est aussi connue sous le terme de *traumatisme indirect*.
- Ce terme évolue. Le stress traumatique secondaire peut constituer un risque professionnel lié aux professions d'aide, c'est-à-dire que les personnes qui exercent ces professions pourraient faire face à un risque plus élevé de développer un stress traumatique secondaire.

Définition scientifique

- Le terme *stress traumatique secondaire* ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Le *stress traumatique secondaire* est un problème de santé mentale qui risque de se produire à la suite d'une exposition indirecte, dans l'exercice de fonctions professionnelles, aux détails d'un ou plusieurs événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique, comme les récits des patients ou des clients qui partagent le contenu de leurs expériences d'événements traumatisants sur le plan psychologique à leur thérapeute. Il s'agit d'un risque professionnel pour les premiers répondants, le personnel des soins de traumatologie et les professionnels de la santé qui travaillent auprès de personnes traumatisées.
- Les réactions du *stress traumatique secondaire* ressemblent aux symptômes que vivent les personnes qui souffrent de trouble de stress post-traumatique, comme le sentiment de revivre l'événement traumatique, l'hypervigilance et l'évitement.
- Le *stress traumatique secondaire* se situe au sein de la catégorie des répercussions du stress « fondées sur l'empathie » chez les aidants. Cette catégorie comprend aussi l'*usure de compassion* ainsi que le *traumatisme indirect*. C'est la relation empathique agissant comme intermédiaire de l'exposition aux détails d'un ou plusieurs événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique qui est à l'origine du *stress traumatique secondaire*.

Traumatisme / Blessure traumatique

Définition pour le grand public

- Les termes *traumatisme* et *blessure traumatique* ne figurent pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Un *traumatisme* est quelque chose qui cause un préjudice physique, émotionnel, spirituel ou psychologique.
- En contexte de santé mentale, le *traumatisme* est l'expérience d'une personne lors d'un événement tellement éprouvant qu'il la bouleverse sur le plan émotionnel : un traumatisme psychique peut être la cause de troubles de santé mentale comme le trouble de stress post-traumatique.
- Les expériences stressantes sur le plan psychologique ne sont toutefois pas nécessairement traumatisantes.

Définition scientifique

- Les termes *traumatisme* et *blessure traumatique* ne figurent pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Un *traumatisme* peut être :
 - physique, comme une blessure à des tissus vivants causée par un facteur extrinsèque, physique, biologique ou radiologique;
 - psychologique, comme un état psychique ou comportemental confus, à la suite d'un stress mental ou émotionnel important.
- En contexte de santé mentale, un *traumatisme* représente l'expérience que vit une personne durant un événement tellement stressant, lorsqu'elle est bouleversée sur le plan émotionnel. Un traumatisme psychique grave est considéré comme l'étiologie (la cause) du trouble de stress post-traumatique.
- Une personne peut subir un traumatisme physique sans toutefois subir de traumatisme psychique, comme dans le cas d'une lacération mineure, une entorse, une infection cutanée ou un coup de soleil mineur. En revanche, le traumatisme physique grave qui cause un polytraumatisme instable touchant plusieurs organes est généralement associé à un traumatisme psychique.
- Les expériences stressantes sur le plan psychologique ne sont pas nécessairement traumatisantes. Les gens peuvent se sentir stressés sans subir de traumatisme.
- Par le mot «blessure», on entend généralement un état aigu, mais il est utilisé en langage familier pour décrire un état chronique découlant d'une expérience ou d'un état aigus ou bien un état chronique qui survient à la suite d'un traumatisme physique ou psychologique (comme une blessure de stress opérationnel [BSO]).

Traumatisme complexe

Définition pour le grand public

- Le *traumatisme complexe* ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Le *traumatisme complexe* est une blessure psychologique qui se produit à la suite de graves événements traumatisants sur le plan psychologique.
- Le terme *traumatisme complexe* est souvent utilisé en référence au *trouble de stress post-traumatique complexe* (TSPT-C).
- Voir « Trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT-C) » pour plus d'information.

Définition scientifique

- Le terme *traumatisme complexe* ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Un *traumatisme complexe* désigne une blessure psychologique entraînée par l'exposition à de multiples événements traumatisants sur le plan psychologique ou à un seul événement traumatisant sur le plan psychologique prolongé, particulièrement lorsqu'il a été difficile d'échapper à l'événement, comme dans le cas de violence sexuelle et répétée durant l'enfance, de violence conjugale prolongée, de torture, d'asservissement ou de crimes de génocide²¹⁻²³.
- Voir « Trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT-C) » pour plus d'information.

Traumatisme du sanctuaire

Voir le terme « Abandon institutionnel / Traumatisme du sanctuaire ».

Traumatisme indirect

Définition pour le grand public

- Le terme *traumatisme indirect* ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Le *traumatisme indirect* est un traumatisme psychique qui risque de se produire chez les personnes indirectement exposées à un événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique (par exemple en offrant du soutien ou des soins professionnels ou personnels à une personne qui a subi un traumatisme).
- Le terme *traumatisme indirect* est souvent utilisé pour décrire les symptômes qu'éprouvent un psychologue ou un thérapeute travaillant auprès de patients ou de clients qui ont vécu des événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique.
- Le *traumatisme indirect* correspond au *stress traumatique secondaire*.

Définition scientifique

- Le terme *traumatisme indirect* ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Le *traumatisme indirect* est un traumatisme psychique qui se produit à la suite de l'exposition indirecte à des événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique ou de l'exposition à une personne qui a subi un traumatisme (p. ex. en apprenant le traumatisme d'une autre personne, ou en offrant du soutien ou des soins professionnels ou personnels à une personne qui a subi un traumatisme).
- Le terme *traumatisme indirect* renvoie à «la transformation qui se produit chez le thérapeute à la suite de l'empathie dont il fait preuve concernant les expériences traumatisantes et les séquelles que vivent ses clients»⁷¹.
- On croit que le *traumatisme indirect* est exacerbé, et peut être développé, par la démonstration ouverte d'empathie, ou le rapport avec le client inhérent aux relations thérapeutiques^{72,73}.
- Le *traumatisme indirect* découle de l'exposition du thérapeute aux récits des expériences traumatisantes de ses clients et englobe les perturbations cognitives, émotionnelles et comportementales que subit le thérapeute⁷²⁻⁷⁴.

Traumatisme psychique / Blessure traumatisante sur le plan psychologique

Définition pour le grand public

- Les termes *traumatisme psychique* ou *blessure traumatisante sur le plan psychologique* ne figurent pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Le terme *traumatisme psychique* renvoie aux problèmes psychologiques susceptibles de survenir à la suite d'expositions à un événement traumatisant sur le plan psychologique.
- Le *traumatisme psychique* est une expérience personnelle qui ne survient pas obligatoirement de la même façon pour chaque personne.
- Voir aussi « Trouble mental », « Blessure de santé mentale / Blessure psychologique », « Trouble de stress post-traumatique (TSPT) » et « Trouble de stress aigu ».

Définition scientifique

- Les termes *traumatisme psychique* ou *blessure traumatisante sur le plan psychologique* ne figurent pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Un *traumatisme psychique* est causé par l'exposition à un événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique^{22,59}.
- Les manifestations d'une blessure psychologique, d'un traumatisme psychique ou d'une blessure traumatisante sur le plan psychologique peuvent correspondre à un ou plusieurs troubles mentaux, mais peuvent aussi correspondre à des problèmes de santé mentale pour lesquels aucune catégorie de diagnostic n'existe dans le DSM ou la CIM.

Traumatisme sexuel militaire (TSM)

Définition pour le grand public et définition scientifique

- Le terme TSM ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Le terme TSM fait référence à toute activité sexuelle ou sexualisée qui se produit sans le consentement de la personne, durant son service comme membre des Forces armées canadiennes, ainsi que l'impact traumatique physique ou psychologique de cette activité sur la personne. Le spectre du TSM peut varier, allant de répercussions légères à des troubles graves.
- Parmi ces activités sexuelles ou sexualisées sans le consentement de la personne, ou auxquelles la personne est incapable de donner son consentement, on relève :
 - prendre part à des activités sexuelles sous coercition ou sous menaces (menaces à la sécurité physique, à la réputation ou à l'avancement de la carrière de la personne, ou encore menaces d'autres traitements négatifs si la personne refuse d'obéir);
 - toute situation coercitive utilisée comme faisant partie d'une obligation professionnelle ou d'une promotion, où les attentes sont que la personne participe à des expériences sexuelles non désirées ou les tolère;
 - toute situation impliquant des commentaires de nature sexuelle, des attouchements non désirés, des avances sexuelles, du harcèlement physique, y compris les activités ou les rituels d'initiation;
 - des contacts ou des activités sexuels impliquant une personne endormie ou inconsciente ou encore toute autre circonstance dans laquelle la personne est incapable de donner son consentement parce que ses facultés sont affaiblies par la drogue ou l'alcool;
 - des commentaires de nature sexuelle ou la présentation de matériel pornographique ou dévalorisant en milieu de travail;
 - demandes répétées et non désirées de relation sexuelle;
 - être témoin de n'importe lequel des exemples d'activités sexuelles ou sexualisées énumérés sur cette liste;
 - toute activité ou manifestation de nature sexuelle non désirée qui crée un milieu de travail hostile, intimidant ou offensant.
- On relève, parmi les répercussions du TSM sur la personne touchée :
 - un sommeil perturbé et des cauchemars;
 - se sentir triste ou déprimé;
 - des souvenirs perturbants de reviviscence de l'événement;
 - des difficultés à se sentir en sécurité;
 - l'absence de sensations ou d'émotions;
 - éprouver des sentiments de culpabilité ou de honte, de colère ou de rage;
 - des problèmes au travail (comme être moins productif, en conflit avec ses coéquipiers);
 - des problèmes dans ses relations intimes et des difficultés dans son rôle de parent;
 - des problèmes d'alcool ou de drogue;
 - des blessures physiques ou des douleurs;
 - une répugnance à se présenter au travail ou à porter l'uniforme.

Trois services d'intervention d'urgence

Définition pour le grand public

- Le terme *trois services d'intervention d'urgence* englobe le personnel de la sécurité publique, soit les pompiers, les paramédics et les policiers.

Définition scientifique

- Le terme *trois services d'intervention d'urgence* renvoie à un sous-ensemble du personnel de la sécurité publique composé des pompiers, des paramédics et des policiers.
-

Trouble d'anxiété

Définition pour le grand public

- Le terme *trouble d'anxiété* ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11, bien que les troubles d'anxiété fassent partie d'une catégorie de troubles psychiatriques du DSM-5-TR.
- L'anxiété est un élément du système d'alerte précoce du corps en cas de danger anticipé. L'anxiété est une réaction normale en cas de confrontation à quelque chose d'effrayant ou de menaçant. Les caractéristiques communes de l'anxiété sont l'inquiétude, la nervosité, l'instabilité psychomotrice, la transpiration, une fréquence cardiaque élevée, des tensions musculaires, l'irritabilité, des difficultés de concentration et une sensation de terreur.
- Les personnes ressentent parfois des symptômes d'anxiété sans qu'il y ait de menace évidente. Cela peut provenir de ressentis et d'inquiétudes internes chez la personne, qui déclenchent les mêmes réactions physiques et psychologiques qu'une menace. Si ces symptômes d'anxiété sont graves ou durent longtemps, ils relèvent peut-être d'un trouble d'anxiété. Le trouble panique, la phobie sociale et le trouble d'anxiété généralisée sont quelques-uns des diagnostics classés parmi les troubles d'anxiété.
- Les troubles d'anxiété se traitent avec succès par la psychothérapie ou par la médication.

Définition scientifique

- Le terme *trouble d'anxiété* ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ni de la CIM-11, bien que les troubles d'anxiété fassent partie d'une catégorie de troubles psychiatriques du DSM-5-TR.
- Les troubles d'anxiété semblent être causés par une hyperactivation cognitive, émotionnelle et physiologique de la réaction de peur, qui entraîne des symptômes d'anxiété et perturbe le fonctionnement psychosocial normal. Selon le DSM-5-TR, plusieurs diagnostics (énumérés ci-dessous) partageant des caractéristiques communes d'anxiété, de peur excessive et de perturbation comportementale sont classés comme des troubles d'anxiété :
 - anxiété de séparation;
 - mutisme sélectif;
 - phobie spécifique;
 - phobie sociale;
 - trouble panique;
 - agoraphobie;
 - trouble d'anxiété généralisée;
 - trouble d'anxiété induit par un médicament ou une substance;
 - trouble d'anxiété lié à un autre problème de santé.
- Les symptômes de trouble d'anxiété sont souvent déplaisants et déstabilisent le fonctionnement normal. Il s'agit habituellement de sentiments d'inquiétude, de nervosité, d'instabilité psychomotrice, de fréquence cardiaque élevée, de tensions musculaires, d'irritabilité, d'hyperventilation, d'un sommeil perturbé, de sensations de terreur et de difficultés d'attention et de concentration.

Trouble de stress aigu

Définition pour le grand public

- Le terme *trouble de stress aigu* (TSA) figure sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR et de la CIM -11.
- Le *trouble de stress aigu* décrit une série de sensations, de comportements et d'expériences susceptibles de se produire durant le premier mois suivant l'exposition d'une personne à un événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique (par exemple exposition à un décès, menace de mort, blessure grave ou violence sexuelle). L'exposition peut se manifester des différentes façons. Voir à « Événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique (ÉPTP) » pour des détails sur les expositions pouvant être associées à un diagnostic de *trouble de stress aigu*.
- Les réactions liées au trouble de stress aigu sont principalement :
 - des sensations instantanées de terreur, de panique, d'anxiété, de rage ou de nausée lors de l'exposition à un son, un lieu ou une odeur qui rappelle l'événement;
 - des souvenirs vides et dérangement qui donnent l'impression de revivre l'événement (« flash-back »);
 - des cauchemars et un sommeil perturbé;
 - l'absence de souvenir de l'événement (amnésie) ou se sentir émotionnellement engourdi;
 - l'évitement des lieux, des personnes ou des circonstances qui rappellent l'événement;
 - une extrême vigilance face à une menace ou un danger;
 - une impression que les choses ne sont pas réelles ou de vivre dans un rêve (dépersonnalisation ou déréalisation).
- Après un mois, le *trouble de stress aigu* peut se transformer en *trouble de stress post-traumatique*.
- Un *trouble de stress aigu* est diagnostiqué si aucune autre maladie physique ou mentale n'explique mieux l'état de la personne.

Définition scientifique

- Le terme *trouble de stress aigu* figure actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR et de la CIM-11.
- Le *trouble de stress aigu* est un trouble de santé mentale qui survient après l'exposition réelle à un décès ou à une menace de mort, une blessure grave, de la violence sexuelle ou à plusieurs expositions concomitantes. Des détails sur les expositions pouvant être associées à un diagnostic de trouble de stress aigu sont fournis à « Événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique (ÉPTP) ».
- Comme dans le cas des symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT), les symptômes du *trouble de stress aigu* sont principalement :
 - des souvenirs récurrents involontaires lors de l'exposition à des rappels de l'événement;
 - une altération de la perception de la réalité, comme si l'événement se reproduit ou que le patient ou le client vit dans un rêve (« flash-back »);
 - une amnésie des aspects importants de l'événement;
 - une réaction de sursaut exagérée et autres formes d'hyperexcitation lors de l'exposition à des rappels de l'événement;
 - une détresse psychologique intense ou prolongée en réaction à des signaux qui ressemblent à un aspect de l'événement;
 - une irritabilité et accès de colère;
 - une hypervigilance;
 - un sommeil perturbé et cauchemars;
 - des difficultés de concentration;
 - une incapacité à ressentir des émotions positives, ou sentiments persistants d'engourdissement ou de détachement;
 - un évitement de tous les rappels de l'événement traumatisant sur le plan psychologique (en particulier souvenirs, pensées, sensations ou encore personnes, lieux et activités qui rappellent l'événement).
- Un trouble de stress aigu peut être diagnostiqué si les signes et les symptômes ont duré plus de deux jours mais moins d'un mois et qu'ils entraînent de la détresse cliniquement significative ou une déficience sociale, professionnelle ou dans d'autres domaines importants de fonctionnement.
- Un diagnostic de trouble de stress aigu peut être posé si aucun autre problème de santé mentale ou physique ou aucun effet d'une substance expliquent mieux les symptômes et les signes.
- Le *trouble de stress aigu* peut évoluer et se transformer en *trouble de stress post-traumatique* ou en d'autres troubles mentaux.

Trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Définition pour le grand public

- Le terme *trouble de stress post-traumatique* (TSPT) figure sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR et de la CIM-11.
- Le trouble de stress post-traumatique consiste en un ensemble de sentiments, de comportements et d'expériences susceptibles de survenir à la suite d'une exposition à un événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique (comme le décès d'un proche, une menace de mort, une blessure grave ou de la violence sexuelle). L'exposition peut se manifester de différentes façons. Voir le terme « Événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique (ÉPTP) » pour des détails sur les expositions pouvant être associées à un diagnostic de TSPT.
- Les principales réactions au trouble de stress post-traumatique sont :
 - ressentis immédiats de terreur, panique, anxiété, rage ou nausée lors de l'exposition à un son, une image ou une odeur qui rappelle l'événement;
 - souvenirs vifs et intrusifs de l'événement, qui parfois donnent l'impression de revivre l'événement (« flash-back »);
 - cauchemars et sommeil perturbé;
 - absence de souvenir de l'événement (amnésie) ou sensation d'engourdissement émotionnel;
 - évitement des lieux, personnes ou circonstances qui rappellent l'événement;
 - vigilance extrême devant des menaces ou un danger;
 - impression que les choses ne sont pas réelles ou de vivre dans un rêve (dépersonnalisation ou déréalisation).
- Les symptômes de trouble de stress post-traumatique peuvent également inclure les pensées négatives et les difficultés à se sentir émotionnellement engagé envers sa famille, ses amis ou d'autres personnes que l'on considère comme étant importantes.
- Une personne reçoit un diagnostic de trouble de stress post-traumatique si les expériences et les symptômes durent plus d'un mois et entraînent de la détresse significative, ou ont un impact sur le fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants de la vie.
- Le diagnostic de trouble de stress post-traumatique est posé lorsque l'état de la personne ne s'explique pas mieux par un autre problème physique ou un trouble de santé mentale.

Définition scientifique

- Le terme *trouble de stress post-traumatique* (TSPT) figure sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR et de la CIM-11.
- Le trouble de stress post-traumatique est un trouble mental qui peut se produire après l'exposition, réelle ou menacée, à une mort, une blessure grave, de la violence sexuelle ou à plusieurs expositions concomitantes. Des détails sur les expositions pouvant être associées à un diagnostic de trouble de stress post-traumatique sont fournis dans le terme « Événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique (ÉPTP) ».
- Les principaux symptômes sont :
 - des souvenirs récurrents involontaires, lorsque la personne est exposée à des rappels de l'événement;
 - une altération de la perception de la réalité, comme si l'événement se reproduisait ou que le patient ou le client vit dans un rêve (p. ex. « flash-back »);
 - une amnésie de certains éléments importants de l'événement;
 - une réaction de sursaut exagérée et d'autres formes d'hyperexcitation lorsque la personne est exposée à des rappels de l'événement;
 - une détresse psychologique intense ou prolongée en réaction à des signaux qui ressemblent à un aspect de l'événement;
 - de l'irritabilité et accès de colère;
 - de l'hypervigilance;
 - un sommeil perturbé et des cauchemars;
 - des difficultés à se concentrer;
 - une incapacité à ressentir des émotions positives ou bien des sentiments persistants d'insensibilité ou de détachement;
 - un évitement de tous les rappels de l'événement traumatisant sur le plan psychologique (les souvenirs, les pensées, les sentiments, ou les personnes, les lieux, les activités qui rappellent l'événement).
- On peut diagnostiquer un trouble de stress post-traumatique si les signes et les symptômes ont duré plus d'un mois et entraînent de la détresse cliniquement significative ou une déficience sociale, professionnelle ou dans d'autres domaines importants du fonctionnement.
- Le diagnostic de trouble de stress post-traumatique est posé si les symptômes et les signes ne s'expliquent pas mieux par un autre problème de santé mentale ou physique, ni par les effets d'une substance.

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

Définition pour le grand public

- Le *trouble de stress post-traumatique complexe* (TSPT-C) figure actuellement sur la liste de diagnostics de la CIM-11, mais pas du DSM-5-TR.
- Le TSPT-C est un type de trouble de stress post-traumatique qui se produit après qu'une personne ait vécu des événements traumatisants sur le plan psychologique, répétés et graves, auxquels elle n'a pu échapper, comme les expériences négatives de l'enfance ou des situations de mise en captivité et de torture.
- Les personnes atteintes de TSPT-C vivent une profonde perte ou une absence du sentiment d'identité et elles contrôlent difficilement leurs émotions. Elles sont souvent impliquées dans des relations instables comme adultes, ont souvent tendance à faire des choix impulsifs et présentent des sentiments d'instabilité émotionnelle et des problèmes de comportement. Parfois, elles vivent un chagrin chronique, des pensées suicidaires et des tentatives de suicide.
- Des données indiquent que les personnes atteintes de TSPT-C sont plus susceptibles de présenter des symptômes dissociatifs comme des épisodes d'amnésie où elles ne se souviennent pas de leurs actes, d'avoir des sentiments d'irréalité ou de perdre la notion du temps ou encore de faire l'expérience de personnalités multiples ou éclatées.
- Le terme *traumatisme complexe* est souvent utilisé en référence au TSPT-C.

Définition scientifique

- Le *trouble de stress post-traumatique complexe* (TSPT-C) figure actuellement sur la liste de diagnostics de la CIM-11, mais pas du DSM-5-TR.
- Le TSPT-C répond aux critères de trouble de stress post-traumatique du DSM-5-TR, avec des critères supplémentaires, précisés dans la CIM-11.
- Le TSPT-C se distingue du *trouble de stress post-traumatique* principalement par la nature prolongée et interpersonnelle des événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique (en particulier de la violence sexuelle chronique dans l'enfance infligée par une personne de confiance comme un parent, ou une longue période de captivité et de torture, dont l'incarcération dans un camp de concentration), par les déformations subséquentes au sentiment d'identité personnelle et sociale de la personne et par une dysrégulation émotionnelle significative. Le trouble de stress post-traumatique est plus généralement associé à un événement traumatisant sur le plan psychologique plus simple ou à une série d'événements traumatisants sur le plan psychologique se produisant habituellement après l'enfance^{19,20}.
- D^{re} Judith Herman, l'une des pionnières à étudier les traumatismes psychologiques subis durant l'enfance, a décrit le TSPT-C en détail.

Trouble mental

Définition pour le grand public

- Le *trouble mental* est un type de problème de santé mentale qui répond aux critères de diagnostic publiés dans le DSM-5-TR ou la CIM-11 (ou d'autres versions équivalentes).
- Un praticien de la santé diagnostiquera un trouble mental lorsque les antécédents et l'examen clinique de la personne répondent aux critères diagnostiques qui expliquent le mieux l'état actuel de la personne.
- Les troubles mentaux sont souvent causés par des mécanismes autres que l'exposition à des événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique. Ils peuvent être causés par l'interaction de plusieurs facteurs : la famille et les antécédents de l'enfance, les expériences ou les facteurs de stress récents, la génétique, la biologie, les facteurs socio-économiques, les problèmes de santé physique et les facteurs liés à l'environnement physique.
- Des exemples de troubles mentaux sont le trouble dépressif caractérisé, le trouble bipolaire, le trouble d'anxiété généralisée, les troubles de la personnalité et la schizophrénie.
- On peut être atteint de plus d'un trouble mental à la fois, et ces troubles peuvent interagir.
- Les réactions habituelles aux facteurs de stress, comme le décès d'un être cher, la pression normale en milieu de travail ou le fait de vivre avec un problème de santé physique ou avec des douleurs chroniques ne sont pas des troubles mentaux, à moins que ces réactions persistent sur une longue période, entraînent des niveaux très élevés de détresse ou provoquent des symptômes dont la personne ne peut se rétablir.

Définition scientifique

- Un *trouble mental* est une perturbation cliniquement significative de la cognition, du contrôle des émotions ou du comportement d'une personne qui reflète un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-jacents à un diagnostic de fonctionnement et lors duquel l'état de la personne répond aux critères diagnostiques du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Un trouble mental est associé à une détresse importante dans le cadre d'activités sociales, professionnelles ou autres.
- Les causes des troubles mentaux sont multiples et interreliées, non linéaires et associées à une variété de combinaisons d'événements traumatisants sur le plan physique ou psychologique, à la génétique, à la biologie, aux facteurs socio-économiques, aux problèmes de santé physique, aux facteurs de l'environnement physique ainsi qu'à d'autres facteurs.
- Les symptômes et les signes d'un trouble mental sont ceux qui ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, un problème de santé physique ou les effets d'une substance.
- Les réactions courantes sur le plan culturel à un facteur de stress ou à une perte qui ne répondent pas aux critères diagnostiques acceptés, comme le décès d'un proche, ne constituent pas des troubles mentaux.
- Un comportement déviant vis-à-vis de la norme sociale (politique ou sexuel) et des conflits existant principalement entre une personne et la société ne sont pas nécessairement des troubles mentaux, à moins que ces comportements résultent d'un dysfonctionnement de la personne causé par un problème de santé mentale ou physique.

Usure de compassion

Définition pour le grand public

- Le terme *usure de compassion* ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- *L'usure de compassion* est une maladie en émergence, c'est-à-dire qu'elle n'a pas été bien étudiée et qu'elle n'est pas encore complètement définie. C'est un type de problème de santé mentale qui est susceptible de se manifester chez les aidants.
- Le terme *usure de compassion* fait référence au stress lié à s'occuper de patients ou de clients, de membres de la famille ou d'autres personnes.
- *L'usure de compassion* peut entraîner un sentiment d'impuissance, de confusion et, dans certains cas, une perte d'empathie envers les autres.
- Les personnes qui souffrent d'*usure de compassion* peuvent se sentir émotionnellement isolées de leurs collègues, des membres de leur famille et d'autres personnes importantes dans leur vie.

Définition scientifique

- Le terme *usure de compassion* ne figure pas actuellement sur la liste des diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- *L'usure de compassion* est une maladie en émergence qui n'a pas encore été bien étudiée, élaborée, comprise ou ayant fait l'objet de recherches, et ce terme demeure controversé. *L'usure de compassion* semble être composée d'une série de réactions psychologiques indésirables liées au fait de s'occuper des autres. Ces réactions semblent associées au fardeau et au stress émotionnel liés à prendre soin des autres.
- *L'usure de compassion* est souvent décrite comme se manifestant chez les personnes qui prennent soin de patients ou de clients ayant vécu un ou plusieurs événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique¹⁸.
- L'usure de compassion peut entraîner un sentiment d'impuissance ou de confusion et une perte d'empathie envers la personne qu'on traite ou qu'on aide, ainsi qu'un sentiment d'isolement émotionnel vis-à-vis de ses collègues, de sa famille et d'autres soutiens sociaux.
- L'usure de compassion peut se produire à la suite d'une seule exposition comme d'une accumulation d'expositions à des patients ou à des clients qui décrivent leurs expériences traumatisantes sur le plan psychologique.
- *L'usure de compassion* est parfois associée à, ou confondue avec, le *stress traumatique secondaire* ou le *traumatisme indirect*. *L'usure de compassion* est généralement considérée comme distincte de l'*épuiement professionnel*.

Vérification du bien-être

Définition pour le grand public

- La *vérification du bien-être* est «un [type d'appel] durant lequel les policiers sont chargés de confirmer l'état du bien-être d'une personne. Ces appels peuvent [provenir de] membres de la famille ou du public, ou [survenir à la suite] d'observations faites par des policiers, et pour toutes sortes de raisons différentes. Ces appels peuvent également avoir une multitude de conséquences, y compris la confirmation de l'état du bien-être de la personne, une recommandation vers des ressources communautaires, une arrestation conforme à la Loi sur la santé mentale, et même une mise en arrestation si un crime a été commis»⁷⁶ [traduction].

Définition scientifique

- «L'expression *vérification du bien-être* demeure très ambiguë, à la fois par sa définition et son application»⁷⁶ [traduction]. Le terme doit encore être «officiellement défini de manière largement acceptée et normalisée»⁷³ [traduction]. Cette lacune a entraîné plusieurs interprétations différentes⁷⁶.
- D'autres expressions, qui semblent être utilisées de manière interchangeable, font aussi référence aux mêmes genres d'interactions, comme *vérification du mieux-être* ou *contrôle du bien-être*. Aucun de ces termes n'est actuellement bien défini. Les termes et les définitions associées varient aussi selon les régions, les services et les organisations en sécurité publique.
- «Bien qu'abstrait, le terme [*vérification du bien-être*] est généralement compris comme étant un type d'appel lors duquel les policiers sont responsables de confirmer l'état du bien-être d'une personne. Ces appels peuvent provenir de membres de la famille ou du public ou encore survenir à la suite d'observations faites par des policiers, et ce, pour toutes sortes de raisons. Ces appels peuvent aussi avoir une multitude de conséquences, comme la confirmation de l'état du bien-être de la personne, une recommandation vers des ressources communautaires, une arrestation conforme à la Loi sur la santé mentale et même une mise en arrestation si un crime a été commis»⁷⁶ [traduction].

Violence fondée sur le genre

Définition pour le grand public

- Le terme *violence fondée sur le genre* ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- La *violence fondée sur le genre* fait référence à tous les comportements nuisibles envers une personne ou un groupe de personnes à cause de leur sexe, leur genre, leur orientation sexuelle ou leur identité de genre.

Définition scientifique

- Le terme *violence fondée sur le genre* ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Le gouvernement du Canada définit la violence fondée sur le genre comme étant la «violence fondée sur les normes de genre et sur une dynamique du pouvoir inégale exercée à l'encontre d'une personne en raison de son genre, de son expression de genre, de son identité de genre ou de son genre perçu. La violence fondée sur le sexe prend de nombreuses formes, en particulier la violence physique, économique et sexuelle, ainsi que la maltraitance émotionnelle (psychologique)»³⁰.

Violence interpersonnelle

Définition pour le grand public

- Le terme *violence interpersonnelle* ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11
- La violence interpersonnelle se manifeste par un comportement physique ou psychologique préjudiciable de la part d'une personne ou un groupe de personnes envers une autre personne.
- La violence interpersonnelle est un type d'événement ou de facteur de stress potentiellement traumatisant sur le plan psychologique. Elle peut conduire à des problèmes de santé mentale à la fois chez la personne qui blesse et chez celle qui est blessée.
- Parmi les exemples de violence interpersonnelle, on compte la violence entre partenaires intimes, la maltraitance des personnes âgées et la violence en milieu de travail.

Définition scientifique

- Le terme *violence interpersonnelle* ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics, ni du DSM-5-TR ni de la CIM-11.
- La *violence interpersonnelle* se manifeste lorsqu'une personne cause une blessure physique ou psychologique à une autre, par le biais d'un ou plusieurs comportements. La *violence interpersonnelle* englobe en particulier la violence envers les enfants, la violence entre partenaires intimes, la maltraitance des personnes âgées ainsi que la violence liée aux crimes contre les biens, en milieu de travail ou au sein d'autres établissements.
- Les événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique qui impliquent de la violence interpersonnelle peuvent causer des problèmes de santé mentale plus graves et plus complexes (dont des troubles mentaux) en raison de la trahison interpersonnelle et de la rupture affective. D'autres événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique (comme les catastrophes naturelles ou l'incendie d'un bâtiment) peuvent également avoir des conséquences graves et complexes similaires en matière de santé mentale. Cependant, la nature personnelle et relationnelle de la violence interpersonnelle entraîne souvent des problèmes de santé mentale plus complexes.

Remerciements

Nous remercions les organismes partenaires suivants (en ordre alphabétique) pour leur soutien dans la réalisation de cette ressource : Anciens Combattants Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, l'Institut Atlas pour les vétérans et leur famille, l'Institut canadien d'éducation et d'intervention en cas de pandémie (ICÉIP), l'Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique (ICRTSP), l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans (ICRSMV), le ministère de la Défense nationale, l'Université McMaster et l'Université Queen's. De plus, nous tenons à remercier les employeurs et les universitaires de nos collaborateurs qui ont permis à leurs membres de prendre le temps nécessaire pour contribuer à ce glossaire.

L'équipe des auteurs principaux est reconnaissante envers toutes les personnes avec une expérience vécue et les autres intervenants qui ont consacré de leur temps et contribué à une définition collaborative du traumatisme sexuel militaire.

L'équipe des auteurs principaux remercie les personnes suivantes pour leur contribution à l'élaboration de ce glossaire (en ordre alphabétique par nom de famille) :

Lcol (ret.) Suzanne Bailey, responsable de l'élaboration du programme d'instruction, En route vers la préparation mentale, Quartier général du groupe des services de santé des forces canadiennes, ministère de la Défense nationale

Dre Mary Bartram, Ph. D., travailleuse sociale autorisée, Directrice des politiques, Commission de la santé mentale du Canada, professeure de recherche associée, École de politique publique et d'administration, Université Carleton

Dre Suzette Brémault-Phillips, Ergothérapeute, Ph. D., DAC, Professeure agrégée, Département de réadaptation par le travail, Université de l'Alberta; Directrice CRSDH (Consortium de recherche sur le soutien et la défense des héros), Université de l'Alberta

Dre Lori Buchart, Ph. D., D.B.A., cofondatrice et ancienne coprésidente de INJ20K (*anciennement INJ700)

Col Marilyn S. Chenette, CD, C.H.E., Commandant Adjoint, Division des services de santé (Div SS), Forces armées canadiennes

Conseil de terminologie du ministère de la Défense nationale

Dre Heidi Cramm, Ph. D., O.T. Reg. (Ont.), Professeure, École de réadaptation fonctionnelle, Université Queen's

Michelle Douglas, Directrice générale, Fonds Purge LGBT

Dre Susan Dowler, Ph. D., Psychologue clinicienne, Psychologue clinicienne en chef, Quartier général du groupe des services de santé des forces canadiennes, ministère de la Défense nationale

Surintendante intérimaire Lorraine Downey, B.B.A., opérations, coordonnatrice du soutien par les pairs, Service paramédic d'Ottawa

Gabrielle Dupuis, M. Sc., Directrice, Partenariats de recherche, Institut Atlas pour les vétérans et leur famille

Dre Maya Eichler, Ph. D. Professeure agrégée, Études politiques et canadiennes, Étude de la condition féminine, Université Mount Saint Vincent; Chaire de recherche du Canada en Innovation sociale et engagement communautaire, et directrice du Centre pour l'innovation sociale et l'engagement communautaire en affaires militaires, Université Mount Saint Vincent

Dr Murray Enns, MD, FRCPC, Professeur, Département de psychiatrie, Université du Manitoba, Directeur médical et psychiatre membre du personnel, Clinique pour les blessures de stress opérationnel; Psychiatre membre du personnel, Centre des sciences de la santé des adultes; scientifique associé, Centre de la politique de la santé du Manitoba

Dr Kyle Handley, Psychologue clinicien, York Regional Police, Président du comité des services psychologiques de l'Association canadienne des chefs de police

Dr Marnin J. Heisel, Ph. D., Psychologue clinicien, Professeur, Facultés de psychiatrie et d'Épidémiologie et biostatistiques de l'Université Western Ontario, Scientifique Lawson Health Research Institute

Christine Hutchins, Directrice principale, Bureau des vétérans femmes et LGBTQ2, Anciens Combattants Canada

Dre Ruth Lanius, M.D., Ph. D., FRCPC, Professeure, Département de psychiatrie; Directrice de l'unité de recherches sur le trouble de stress post-traumatique; titulaire de la chaire Harris-Woodman Psyche and Soma, École de médecine et de dentisterie Schulich, Université Western; Scientifique clinique collaboratrice, Homewood Research Institute

Dre Vivien Lee, Ph. D., Psychologue clinicienne, Psychologue en chef, commandante, Healthy Workplace Team, Police provinciale de l'Ontario; conseillère clinique, Boots on the Ground

Sergent Brent MacIntyre, B.A. (Hon) en criminologie, B.A. en sociologie, Respect, éthique et valeurs, Service de police d'Ottawa

Dre Randi McCabe, Ph. D., Psychologue clinicienne, Professeur, Faculté de psychiatrie et neurosciences du comportement, Université McMaster; Cofondatrice du Hamilton Centre for Cognitive Behavioural Therapy

Dre Megan McElheran, R. Psych., Psychologue clinicienne, Wayfound Mental Health Group

Dre Margaret McKinnon, Ph. D., Psychologue clinicienne, titulaire de la chaire Homewood en santé mentale et en traumatisme, Professeur et Chaire adjointe en recherche, à la faculté de Psychiatrie et des neurosciences du comportement, Université McMaster; Chef de la recherche, Services en santé mentale et en dépendances, St. Joseph's Healthcare Hamilton; Scientifique principale, Homewood Research Institute

Dr Anthony Nazarov, Ph. D., PSM, Codirecteur scientifique, Centre de recherche sur les blessures de stress opérationnel MacDonald Franklin; chercheur scientifique et professeur de recherche associé, Département de psychiatrie, École de médecine et de dentisterie Schulich, Université Western; chercheur scientifique associé, Lawson Health Research Institute; professeur de recherche associé, Département de psychiatrie et de neurosciences du comportement, Université McMaster

Dr Andrew Nicholson, Ph. D., Professeur adjoint, École de psychologie, Université d'Ottawa; Directeur de la recherche

clinique, Institut Atlas pour les vétérans et leur famille

Dre Deborah Norris, Ph. D., Professeur, Département d'études familiales et de gérontologie, Université Mount Saint Vincent

Lieutenant Scott Patey, co-coordonnateur du Soutien par les pairs SIO, Services des incendies d'Ottawa

Alain Pellegroni, coordonnateur de la formation, coordonnateur du programme médical SIO, coordonnateur du Soutien par les pairs SIO, Division de la formation, Services des incendies d'Ottawa

Dre Jill Price, Ph. D., Boursière de recherches postdoctorales, Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique (ICRTSP); Chargée de cours, Campion College, Université de Regina

Dre Rosemary Ricciardelli, Ph. D., Professeur et Chaire de recherche en sécurité, protection et mieux-être, École des études maritimes, Institut de pêche et de technologie marine, Université Memorial de Terre-Neuve

Dr J. Don Richardson, MD, FRCPC, Psychiatre consultant, Directeur médical, St. Joseph's Health Care London's Operational Stress Injury Clinic; Directeur scientifique, MacDonald Franklin OSI Research Centre; conseiller médical, Institut Atlas pour les vétérans et leur famille; Professeur et chef du mieux-être, Chaire Tanna Schulich en neurosciences et en santé mentale, École de médecine et de dentisterie Schulich, Université Western; Scientifique adjoint, Lawson Health Research Institute

Dre Maya Roth, Ph. D., Psychologue clinicienne, St. Joseph's Healthcare London's Operational Stress Injury Clinic; scientifique associé, MacDonald Franklin OSI Research Centre; Membre associée, Yeates School of Graduate Studies, Université métropolitaine de Toronto; Professeure clinique associée, École de médecine et de dentisterie Schulich, Université Western; Scientifique agrégée, Lawson Health Research Institute

Martine Roy, Présidente du conseil d'administration, Fonds Purge LGBT

Capt. Sam Samplonius, cofondateur de INJ20K

PC Benny Seto, B.B.E., Équipe mobile d'intervention d'urgence, Service de police de Toronto

Dr Norman Shields, Ph. D., Psychologue clinicien, Psychologue en chef national, Direction de la santé et de la sécurité au travail, Gendarmerie royale du Canada

Dre Lorraine Smith-MacDonald, Ph. D., MA, MDiv, CCC, Boursière de recherches postdoctorales, Heroes in Mind, Consortium de recherche sur le soutien et la défense des héros (CRSDH), Faculté de médecine de réadaptation, Université de l'Alberta

Dre Heather Stuart, Ph. D., FRSC, C.M., Professeur, Faculté des Sciences de la santé publique, Département de psychiatrie et École de réadaptation fonctionnelle, Université Queen's; Titulaire de la chaire Bell Canada en recherche sur la santé mentale et la stigmatisation, Université Queen's

Lcol Dre Andrea Tuka, C.D., M.D., FRCPS, Professeure adjointe d'enseignement clinique, Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique; Psychiatre en chef, Forces armées canadiennes

Équipe des auteurs principaux

L'équipe des auteurs principaux comprend les personnes suivantes (en ordre alphabétique par nom de famille) :

Elizabeth Bose, M. Sc, Coordinatrice de l'application des connaissances, Institut canadien d'éducation et d'intervention en santé en cas de pandémie (ICÉISP)

R. Nicholas Carleton, Ph. D., Psychologue en R.D., Directeur scientifique, Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique (ICRTSP), Université de Regina; Professeur de psychologie, Département de psychologie, Université de Regina

Dre Dianne Groll, Ph. D., Professeure agrégée adjointe, Départements de psychiatrie et de psychologie, Université Queen's

Lcol (Ret.) Dre Alexandra Heber, FRCPC, Cheffe de la psychiatrie, Anciens Combattants du Canada; Directrice générale, Institut canadien d'éducation et d'intervention en santé en cas de pandémie (ICÉISP); Professeure agrégée, Département de psychiatrie et de neurosciences du comportement, Université McMaster

Yasaman Jabbari, Ph. D., Coordinatrice de la recherche, Unité de recherche des traumatismes et du rétablissement, Département de psychologie, neurosciences et

comportements, Université McMaster; étudiante postdoctorale, Psychologie cognitive, Département de psychologie, neurosciences et comportements, Université McMaster

Jillian Lopes, M. Sc., Psychologie clinique, Département de psychologie, neurosciences et comportements, Université McMaster; assistante en recherche, Unité de recherche des traumatismes et du rétablissement, Département de psychiatrie et des neurosciences du comportement, Université McMaster

Ashlee Mulligan, M. Sc., Directrice, Partnerships and Stakeholder Engagement, Institut Atlas pour les vétérans et leur famille, Le Royal

Dre Kimberley Ritchie, Ph. D., MN, B. Sc. N., Professeure adjointe, Trent/Fleming School of Nursing, Université Trent; Professeure associée, Département de psychiatrie et de neurosciences du comportement, Université McMaster

Amber Schick, M.A., Associée de recherche, Institut canadien d'éducation et d'intervention en santé en cas de pandémie (ICÉISP)

Emily Sullo, MMA.Sc, B.Sc. (Hon), Assistante de recherche, Unité de traumatismes et de rétablissement, Département de psychiatrie et de neurosciences du comportement, Université McMaster; étudiante au doctorat, Psychologie clinique, Département de psychologie, neurosciences et comportements, Université McMaster

Dre Linna Tam-Seto, Ph. D., OTReg (Ont.), Professeure adjointe, Department of Occupational Science and Occupational Therapy, Faculté de médecine Temerty, Université métropolitaine de Toronto

Valerie Testa, M.Sc., B. Ed., B.A. (Hon), OCT, CCRP, Analyste principale des politiques, Unité de soutien aux traumatismes et au bien-être, Division de la santé mentale et du bien-être, Agence de la santé publique du Canada

Avis

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Agence de la santé publique du Canada. Cadre fédéral relatif au trouble stress post-traumatique (TSPT) : reconnaissance, collaboration et soutien [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2020 [consultation le 8 août 2023]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/cadre-federal-trouble-stress-post-traumatique.html>
2. Carleton RN, Afifi TO, Turner S, et al. Mental disorder symptoms among public safety personnel in Canada. *Can J Psychiatry*. 2018;63(1):54-64. <https://doi.org/10.1177/0706743717723825>
3. Patel H, Easterbrook B, D'Alessandro A, et al. Associations between trauma and substance use among healthcare workers and public safety personnel during the SARS-CoV-2 (COVID-19) pandemic: the mediating roles of dissociation and emotion dysregulation. *Eur J Psychotraumatol*. 2023;14(1):2180706.
4. Gouvernement du Canada. Loi sur le cadre fédéral relatif à l'état de stress post-traumatique (L.C. 2018, ch. 13) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Site Web de la législation (Justice); 2018 [mise à jour le 18 août 2023; consultation le 18 août 2023]. En ligne à : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/l-7.38/page-1.html>
5. Stelnicki AM, Carleton RN, Reichert C. Nurses' mental health and well-being: COVID-19 Impacts. *Can J Nurs Res*. 2020;52(3):237-239. <https://doi.org/10.1177/0844562120931623>
6. Stelnicki AM, Jamshidi L, Angehrn A, Carleton RN. Suicidal behaviors among nurses in Canada. *Can J Nurs Res*. 2020;52(3):226-236. <https://doi.org/10.1177/0844562120934237>
7. Institut canadien d'information sur la santé. Le personnel infirmier au Canada, 2020 — tableaux de données [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2021 [consultation le 30 mai 2023]. En ligne à : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nursing-in-canada-2011-2020-data-tables-fr.xlsx>
8. Gouvernement du Canada. Soutenir le personnel de la sécurité publique du Canada : plan d'action sur les blessures de stress post-traumatique [Internet]. Ottawa (Ont.) : Sécurité publique Canada; 2019 [consultation le 8 août 2023]. En ligne à : <https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/2019-ctn-pln-ptsj/index-fr.aspx>
9. American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition, texte révisé (DSM-5-TR). Paris : Elsevier Masson; 2023.
10. Organisation mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies, 11^e révision [Internet]. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé; 2019 [consultation le 30 mai 2023]. En ligne à : <https://icd.who.int/fr>
11. Kalmakis KA, Chandler GE. Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning. *J Adv Nurs*. 2014;70(7):1489-1501. <https://doi.org/10.1111/jan.12329>
12. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Dev Int*. 2009;14(3):204-220. <https://doi.org/10.1108/13620430910966406>
13. Maslach C, Leiter MP, Schaufeli W. Measuring burnout. Dans : Cartwright S, Cooper CL. The Oxford handbook of organizational well-being. Berkeley (CA) : Oxford University Press; 2008. p. 86-108. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199211913.003.0005>
14. Barak ME, Nissly JA, Levin A. Antecedents to retention and turnover among child welfare, social work, and other human service employees: what can we learn from the past research? A review and metanalysis. *Soc Serv Rev*. 2001;75(4):625-661. <https://doi.org/10.1086/323166>
15. Maslach C, Leiter MP. The truth about burnout. San Francisco (CA): Jossey-Bass; 1997.
16. Newell JM, MacNeil GA. Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue. *Best Practices Ment Health*. 2010;6(2):57-68.
17. Hastrup LH, Van Den Berg B, Gyrd-Hansen D. Do informal caregivers in mental illness feel more burdened? A comparative study of mental versus somatic illnesses. *Scand J Public Health*. 2011;39(6):598-607. <https://doi.org/10.1177/1403494811414247>
18. Figley CR. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder. Dans : Figley CR, directeur. Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York (NY) : Taylor & Francis Group; 1995. p. 1-20.
19. Herman JL. Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress*. 1995;5(3):377-391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
20. Herman JL. Trauma and recovery: The aftermath of violence – From domestic abuse to political terror. New York (NY): Hachette UK; 2015.
21. Greeson JK, Briggs EC, Kiesel CL, et al. Complex trauma and mental health in children and adolescents placed in foster care: findings from the National Child Traumatic Stress Network. *Child Welfare*. 2011;90(6):91-108.
22. Briere J, Scott C. Complex trauma in adolescents and adults: effects and treatment. *Psychiatr Clin North Am*. 2015;38(3):515-527. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2015.05.004>
23. National Child Traumatic Stress Network. What is childhood trauma? [Internet]. Date inconnue. Rockville (MD): NCTSN; [consultation le 30 mai 2023]. En ligne à : <https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma>
24. Mitchell JT. When disaster strikes... the critical incident stress debriefing process. *JEMS*. 1983;8(1):36-39.
25. Guyatt G, Cairns J, Churchill D, et al.; Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*. 1992;268(17):2420-2425. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03490170092032>

26. Grobbee DE, Hoes AW. Clinical epidemiology: principles, methods, and applications for clinical research. Burlington (MA) : Jones and Bartlett Publishers; 2009.
27. Katz DL. Clinical epidemiology & evidence-based medicine: Fundamental principles of clinical reasoning & research. Thousand Oaks (CA) : Sage Publications; 2001.
28. Newman TB, Kohn MA. Evidence-based diagnosis: an introduction to clinical epidemiology. 2^e éd. Cambridge (R.-U.) : Cambridge University Press; 2020. <https://doi.org/10.1017/9781108500111>
29. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312(7023):71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
30. Gouvernement du Canada. Glossaire de la violence fondée sur le sexe [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 7 mai 2021 [consultation le 30 mai 2023]. En ligne à : <https://femmes-egalite-genres.canada.ca/fr/violence-fondée-sur-le-sexe/glossaire-violence-fondée-sur-le-sexe.html#f1>
31. Anciens Combattants Canada. Votre bien-être est important [Internet]: Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; [mise à jour le 25 janvier 2022; consultation le 20 août 2023]. En ligne à : <https://www.veterans.gc.ca/fra/about-vac/news-media/salute/2019-se/wellbeing>
32. Huber M. Invitational conference 'Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health': Report of the meeting December 10-11, 2009 [Internet]. The Hague (NL) : Health Council of the Netherlands; 13 juillet 2010 [consultation le 15 janvier 2023]. En ligne à : <https://www.healthcouncil.nl/documents/advisory-reports/2010/07/13/invitational-conference-is-health-a-state-or-an-ability-towards-a-dynamic-concept-of-health>
33. Huber M, Knottnerus JA, Green L, et al. How should we define health? *BMJ*. 2011;26(343):d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
34. Thompson JM, MacLean MB, Roach MB, et al. A well-being construct for veterans' policy, programming and research [Internet]. Charlottetown (Î.-P.-É.) : Anciens Combattants Canada; 2016 [consultation le 8 août 2023]. En ligne à : <https://publications.gc.ca/site/eng/9.857304/publication.html>
35. Thompson JM, Heber A, VanTil L, et al. Life course well-being framework for suicide prevention in Canadian Armed Forces Veterans. *J Mil Veteran Fam Health*. 2019;5(2):176-194. <https://doi.org/10.3138/jmvfh.2018-0020>
36. Freyd JJ. The psychology of betrayal trauma: Memory, health, and gender [conférence]. Tacoma (WA) : Thompson Hall Science and Mathematics Seminar, University of Puget Sound; 6 mars 2008.
37. Smith CP, Freyd JJ. Dangerous safe havens: institutional betrayal exacerbates sexual trauma. *J Trauma Stress*. 2013;26(1):119-124. <https://doi.org/10.1002/jts.21778>
38. Smith CP, Freyd JJ. Institutional betrayal. *Am Psychol*. 2014;69(6):575-587. <https://doi.org/10.1037/a0037564>
39. Silver S. An inpatient program for post-traumatic stress disorder: context as treatment. Dans : Figley CR, éditeur. *Trauma and its wake*. Volume 2. New York (NY) : Routledge; 1987. <https://doi.org/10.4324/9781315803869>
40. Crenshaw KW. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics [Internet]. *U Chi Legal F*. 1989;139-167. En ligne à : https://scholarship.law.columbia.edu/faculty_scholarship/3007
41. Le Fonds LGBT Purge. À propos [Internet]. sd [consultation le 8 août 2023]. En ligne à : <https://lefondspurgegbt.com/a-propos/>
42. Gouvernement du Canada. Plan d'action fédéral 2ELGBTQI+ [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2022 [consultation le 8 août 2023]. En ligne à : <https://femmes-egalite-genres.canada.ca/fr/sois-toi-meme/plan-action-federal-2elgbtqi-plus/plan-action-federal-2elgbtqi-plus-2022.html>
43. Keyes CL. Flourishing. Dans : Weiner IB, Craighead WE, éditeurs. *The Corsini encyclopedia of psychology*. Hoboken (NJ) : Wiley; 2010. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0363>
44. Litz BT, Stein N, Delaney E, et al. Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. *Clin Psychol Rev*. 2009;29(8):695-706. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003>
45. Shay J. Moral injury. *Psychoanal Psychol*. 2014;31(2):182-191. <https://doi.org/10.1037/a0036090>
46. Griffin BJ, Purcell N, Burkman K, et al. Moral injury: an integrative review. *J Trauma Stress*. 2019;32(3):350-362. <https://doi.org/10.1002/jts.22362>
47. Norman SB, Maguen S. Moral injury [Internet]. Washington (DC) : U.S. Department of Veterans Affairs; sd [consultation le 26 août 2023]. En ligne à : https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/cooccurring/moral_injury.asp
48. Deans C. Benefits and employment and care for peer support staff in the veteran community: a rapid narrative literature review. *J Mil Veterans Health*. 2020;28(4):6-15. <https://jmvh.org/article/benefits-and-employment-and-care-for-peer-support-staff-in-the-veteran-community-a-rapid-narrative-literature-review/>
49. Jones C, Bright K, Smith-MacDonald L, Pike AD, Bremault-Phillips S. Peers supporting reintegration after occupational stress injuries: a qualitative analysis of a workplace reintegration facilitator training program developed by municipal police for public safety personnel. *Police J*. 2022;95(1):152-169. <https://doi.org/10.1177/0032258X211030896>
50. Sunderland K, Mishkin W, Mahajan S, et al.; Comité de direction sur le soutien par les pairs. Lignes directrices relatives au soutien par les pairs – Pratique et formation [Internet]. Calgary (Alb.) : Commission de la santé mentale du Canada; 2013. En ligne à : https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2018-06/peer_support_guidelines_fr.pdf

51. Gartner AJ, Riessman F. Self-help and mental health. *Hosp Community Psychiatry*. 1982;33(8):631-635. <https://doi.org/10.1176/ps.33.8.631>
52. Charles A, Nixdorf R, Ibrahim N, et al. Initial training for mental health peer support workers: systematized review and international Delphi consultation. *JMIR Ment Health*. 2021; 8(5):e25528. <https://doi.org/10.2196/25528>
53. Creamer MC, Varker T, Bisson J, et al. Guidelines for peer support in high-risk organizations: an international consensus study using the Delphi method. *J Trauma Stress*. 2012;25(2): 134-141. <https://doi.org/10.1002/jts.21685>
54. Davidson L, Bellamy C, Guy K, Miller R. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*. 2012;11(2):123-128. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009>
55. Pistrang N, Solomons W, Barker C. Peer support for women with breast cancer: the role of empathy and self-disclosure. *J Community Appl Soc Psychol*. 1999;9(3):217-229. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1298\(199905/06\)9:33.0.CO;2-5](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1298(199905/06)9:33.0.CO;2-5)
56. Tedeschi RG, Calhoun LG, Groleau JM. Clinical applications of posttraumatic growth. Dans : S. Joseph, éditeur. *Positive psychology in practice: promoting human flourishing in work, health, education and everyday life*. Hoboken (NJ) : Wiley & Sons; 2015. p. 503-518.
57. Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG. Posttraumatic growth: conceptual issues. Dans : Tedeschi RG, Park CL, Lawrence G. Calhoun LG, directeurs. *Posttraumatic growth: positive changes in the aftermath of crisis*. New York (NY) : Routledge; 1998. p. 9-30. <https://doi.org/10.4324/9781410603401-5>
58. Association canadienne de santé publique. Aide-mémoire sur le devoir de diligence : définitions clés [Internet]. Ottawa (Ont.) : ACSP; [consultation le 20 août 2023]. En ligne à : <https://www.cpha.ca/fr/aide-memoire-sur-le-devoir-de-diligence>
59. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Trauma and violence [Internet]. Rockville (MD): SAMHSA; [mise à jour le 27 septembre 2022; consultation le 25 avril 2023]. En ligne à : <https://www.samhsa.gov/trauma-violence>
60. Oliphant R, Miller L, Dube M, et al.; Comité permanent de la sécurité publique et nationale. Santé mentale et sécurités des collectivités : appuyer nos agents de sécurité publique à l'aide d'une stratégie nationale sur les blessures de stress opérationnel [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2016 [consultation le 24 juillet 2023]. En ligne à : <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/SECU/Reports/RP8457704/securp05/securp05-f.pdf>
61. Commission de la santé mentale du Canada. Déclarer notre engagement envers le rétablissement [Internet]. Ottawa (Ont.) : Commission de la santé mentale du Canada; 2017. En ligne à : https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2017-03/Recovery_Declaration_march_2017_fr.pdf
62. Le Collège des Médecins de famille du Canada. Soins en santé mentale et en médecine des toxicomanies axés sur le rétablissement dans le Centre de médecine de famille [Internet]. Toronto (Ont.) : Le Collège des Médecins de famille du Canada; 2018. En ligne à : https://patientsmedica.wpengine.com/files/uploads/BAG_Mental_Health_FRE_web.pdf
63. Hamby S, Banyard V, Grych J. Strengths, narrative, and resilience: restorying resilience research. *Psychol Violence*. 2016;6(1):1-7. <https://doi.org/10.1037/vio0000027>
64. Kees M, Rosenblum K. Evaluation of a psychological health and resilience intervention for military spouses: a pilot study. *Psychol Serv*. 2015;12(3): 222-230. <https://doi.org/10.1037/ser0000035>
65. Corrigan PW, Markowitz FE, Watson AC. Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophr Bull*. 2004;30(3):481-491 <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007096>
66. van Boekel LC, Brouwers EP, van Weeghel J, Garretsen HF. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2013;131(1-2):23-35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>
67. Corrigan PW, Larson JE, Rüschi N. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*. 2009; 8(2):75-81. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>
68. Kulik CT, Bainbridge HT, Cregan C. Known by the company we keep: stigma-by-association effects in the workplace. *Acad Manage Rev*. 2008; 33(1):216-230. <https://doi.org/10.5465/amr.2008.27752765>
69. Stuart H. Stigma and work. *Healthc Pap*. 2004;5(2):100-111. <https://doi.org/10.12927/hcpap.16829>
70. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001; 27(1):363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
71. Pearlman LA, Mac Ian PS. Vicarious traumatization: an empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Prof Psychol Res Pr*. 1995; 26(6):558-565. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.6.558>
72. Figley CR, éditeur. *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Abingdon-on-Thames (Royaume-Uni): Taylor & Francis Group; 1995.
73. Trippany RL, Kress VE, Wilcoxon SA. Preventing vicarious trauma: what counselors should know when working with trauma survivors. *J Couns Dev*. 2004;82(1):31-37. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00283.x>
74. McCann IL, Pearlman LA. Vicarious traumatization: a framework for understanding the psychological effects of working with victims. *J Trauma Stress*. 1990;3(1):131-149. <https://doi.org/10.1007/BF00975140>

-
75. Santé Canada et l'Assemblée des Premières Nations. Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2014 [consultation le 14 mai 2023]. En ligne à : <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1576093687903/1576093725971>
76. Pearce J, Simpson R. The role of police in conducting wellness checks: insight from a study of police data. *Police Pract Res.* 2022;23(4):400-413. <https://doi.org/10.1080/15614263.2022.2042292>

