



Glossaire des termes

Une compréhension commune des termes
courants utilisés pour décrire les

Traumatismes psychologiques
Version 2.2

Une compréhension commune des termes courants utilisés pour décrire les traumatismes psychologiques
(Version 2.1)

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

Tous les droits sont réservés

Coordonnées :

ICRTSP

Université de Regina

3737 Wascana Parkway

Regina, SK, S4S 0A2

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

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

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

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

Comment citer ce glossaire :

L'Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique (ICRTSP). (2019). Glossaire des termes: Une compréhension commune des termes courants utilisés pour décrire les Traumatismes psychologiques (version 2.1). Regina, SK: Auteur. <http://hdl.handle.net/10294/9057>

(CIPSRT, 2019)

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

Références

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

Remerciements

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

Nous tenons à remercier particulièrement les Anciens Combattants Canada, l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans (ICRMSV), Sécurité publique Canada, et l'Agence de la santé publique du Canada de leur soutien qui a nous permis de réaliser ce glossaire. De plus, nous aimerions remercier les employeurs et les universités de nos collaborateurs qui ont donné aux membres du comité le temps nécessaire pour réaliser cette ressource.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ACRONYMS

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

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

Les mots définis dans ce glossaire sont indiqués en **italique**.

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

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

Bien-être

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

Blessure de stress opérationnel (BSO)

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

Blessure de stress post-traumatique (BSPT)

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

Blessure de stress professionnel / Blessure de stress organisationnel

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

Blessure en santé mentale / Blessure psychologique

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

Blessure morale

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

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

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

Croissance post-traumatique (CPT)

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

Diagnostic

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

Épuisement professionnel

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

Événement traumatique / Stress traumatique / Facteur de stress traumatique

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

Expériences négatives de l'enfance (ENE)

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

Fatigue de compassion

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

Incident critique

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

Maladie mentale

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

Mieux-être

Pour les experts

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

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

Pour le grand public

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

Personnel de la sécurité publique (PSP)

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

Personnes ayant une expérience vécue / Experts d'expérience

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

Premier répondant

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

Problème de santé mentale / Difficultés d'ordre psychologique

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

Résilience

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

Rétablissement

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

Santé

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

Santé mentale

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

Stress / Facteur de stress / Événement stressant

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

Stress post-traumatique (SPT)

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

Stress traumatique vicariant ou secondaire

Pour les experts

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

Pour le grand public

- N'est pas actuellement un *diagnostic* dans le DSM ou la CIM.
- *Stress* ressenti par une personne lorsqu'elle apprend qu'une autre personne a subi un *traumatisme*.

Syndrome de stress post-traumatique

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

Traumatisme / Blessure traumatique

Pour les experts

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

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

Pour le grand public

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

Traumatisme complexe

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

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

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

Traumatisme vicariant ou secondaire

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

Trois services d'intervention d'urgence

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

Trouble de stress aigu (TSA)

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

Trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

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

Pour les experts

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

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

Pour le grand public

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

Troubles mentaux

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

Violence interpersonnelle

Pour les experts

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

Pour le grand public

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

Références

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

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

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

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